

*Maurice M. Mittelmark, Marguerite Daniel, Helga B. Urke*

## **Introduzione**

Il capitolo analizza le differenze concettuali e pratiche tra risorse generali di resistenza e risorse specifiche di resistenza all'interno del modello salutogenico di salute. Analizza altresì come le risorse generali di resistenza (GRR) e quelle specifiche di resistenza (SRR) si sviluppano in modo diverso, con diverse implicazioni per la pratica della promozione della salute.

In sintesi, l'idea principale è che le GRR hanno origine dalle condizioni culturali, sociali e ambientali di vita, dall'educazione ricevuta nella prima infanzia e dalle esperienze di socializzazione, oltre che da fattori idiosincratici e dal caso (Lamprecht & Sack, 2003; Lindström & Eriksson, 2005). Le SRR, invece, vengono ottimizzate dall'azione sociale, nella quale la promozione della salute apporta il suo contributo, ad esempio attraverso ambienti sociali e fisici di supporto.

## **La logica del modello salutogenico di salute**

Antonovsky (1987) auspicava che la ricerca sviluppasse conoscenze scientifiche sul potenziamento del senso di coerenza. Questo può essere fatto basandosi sulle risorse di resistenza (RR), che sono proprie degli individui, dei gruppi e persino delle situazioni. Le GRR facilitano il coping nei confronti degli stressor e rafforzano il senso di coerenza. Affrontando la problematica del modo in cui un forte senso di coerenza si traduce in una salute migliore, Antonovsky suggeriva che “un forte SOC [...] permette in qualsiasi situazione di “allungare la mano” e di applicare le risorse a quello stressor” (Antonovsky, 1996, p. 15). La logica del modello salutogenico di salute può essere schematizzato con il seguente diagramma:

$RR \rightarrow \uparrow SOC \rightarrow \uparrow \text{uso di RR} \rightarrow \uparrow \text{SALUTE}$

Le GRR e le SRR saranno definite formalmente in seguito. Per ora si può dire che le GRR hanno una utilità di ampia portata (ad esempio, la rete sociale di un individuo) e, al contrario, le SRR hanno un'utilità specifica per la situazione (ad esempio, un numero di telefono di emergenza per raggiungere la polizia). Antonovsky riteneva che fosse

imperativo concentrarsi sullo sviluppo di una visione più completa di quelle risorse generali di resistenza che si possono applicare per soddisfare tutte le richieste (Antonovsky, 1972, p. 541), mentre ... [le SRR] sono spesso utili in particolari situazioni di tensione. Un certo farmaco, linee tele-

foniche salvavita delle agenzie di prevenzione dei suicidi... possono essere di grande aiuto per far fronte a particolari stressor. Ma troppo spesso si tratta di questioni di casualità o di fortuna, inoltre sono utili solo in particolari situazioni... [ed] ... è la GRR che determina fino a che punto le risorse specifiche di resistenza sono a nostra disposizione (Antonovsky, 1979, p. 98-99). Questo spiega molto bene il motivo per cui l'attenzione di Antonovsky si è concentrata soprattutto sul lato sinistro di questo diagramma più dettagliato del modello salutogenico di salute:

GRR → ↑ SOC → ↑ uso di GRR  
& ↑ uso di SRR → ↑ SALUTE

Una rappresentazione più realistica può essere un diagramma sistemico, con frecce a doppia punta che collegano tutto a tutto. La semplificazione presentata sopra è utile ai fini del presente scopo, che è quello di chiarire la distinzione tra GRR e SRR.

Le SRR non devono necessariamente essere “questioni di caso o di fortuna”. Anzi, un aspetto essenziale della promozione della salute è quello di sostituire il caso e la fortuna con una disponibilità equa e affidabile di SRR che sostengano la salute. Una delle priorità della promozione della salute è quella di fornire ambienti che siano favorevoli alla salute (OMS, 2009). Gli ambienti favorevoli comprendono sia GRR che SRR, ma come suggerito nel modello salutogenico della logica di salute, ci sono delle differenze.

La maggior parte di questo capitolo è dedicata all'analisi della natura delle SRR e del ruolo della promozione della salute nel sostenerle. Tuttavia, una parte è dedicata a una breve panoramica sulla natura delle GRR, per contribuire a chiarire le differenze, i punti in comune e le relazioni reciproche tra GRR e SRR. Si rinvia il lettore interessato ad un'esposizione completa delle GRR al Cap. 12 del presente manuale e al capitolo 4 dell'opera di Antonovsky *Health, Stress and Coping* (1979). Antonovsky (1979, p. 99) ha definito una GRR come “qualsiasi caratteristica della persona, del gruppo o dell'ambiente che può facilitare una gestione efficace della tensione”. È stato decisamente chiaro sul fatto che GRR ed SRR non sono concetti intercambiabili: “... sono le GRR che determinano la misura in cui specifiche risorse di resistenza sono disponibili per noi ... essere alfabetizzati o essere ricchi ... aprono la strada allo sfruttamento di molte risorse specifiche di resistenza ...” (Antonovsky, 1979, pp. 99-100). Una formulazione forse più precisa è che, quando si ha a che fare con un particolare stressor, un forte senso di coerenza migliora la capacità di un individuo di riconoscere e attivare la SRR più appropriata tra quelle disponibili.

Antonovsky (1979, pp. 103-119) ha esaminato le GRR che operano attraverso meccanismi fisici e biochimici (ad esempio, funzione immunitaria) che consentono di acquisire SRR (come può fare il denaro), che sono intrapersonali (ad esempio l'identità dell'io, l'intelligenza e il coping), che sono sociali (legami interpersonali e radicamento sociale) e che sono culturali (guida su come affrontare gli stressor). Le GRR svolgono due ruoli importanti nell'ambito del coping: contribuiscono a determinare la forza del senso di coerenza e consentono l'uso di risorse specifiche di resistenza.

### **Risorse specifiche di resistenza**

Né Antonovsky, né i pochi altri che hanno scritto riguardo le SRR hanno mostrato molto interesse per le differenze tra GRR e SRR. Per esempio, nella descrizione estremamente dettagliata di Antonovsky (1979) del modello salutogenico di salute (ibid, pp. 184-185), viene mostrato che un forte senso di coerenza mobilita sia GRR che SRR, senza una chiara distinzione tra le due. Entrambi i tipi di risorse di resistenza svolgono un ruolo nell'evitare gli stressor, nella definizione di stimoli e di non-stressor e nel superamento degli stressor. Antonovsky non ha quasi mai menzionato le SRR nel suo libro *Unraveling the Mystery of Health* e non si è soffermato sulla distinzione tra GRR e SRR:

Ciò che fa la persona con un forte SoC è ... [scegliere] dal repertorio di risorse generali e di risorse specifiche di resistenza a sua disposizione... (Antonovsky, 1987, p. 138).

Altri sembrano essere d'accordo sul fatto che la distinzione GRR/SRR non sia particolarmente importante. Poppius (2007) ha scritto sulla scelta "dal repertorio delle risorse generali e risorse specifiche di resistenza [...] quella che sembra essere la combinazione più appropriata". Nene (2006) ha osservato che il senso di coerenza è influenzato da GRR e da SRR e non fa alcuna distinzione tra queste. Sullivan (2006) ne fa una, affermando che l'assistenza infermieristica è una GRR, mentre l'infermiere che fornisce aiuto per un problema particolare è una SRR. Tuttavia, Sullivan non sviluppa questa distinzione in riferimento al ruolo del senso di coerenza. Haldeman e Peters (1988) intendevano misurare le SRR in uno studio, volto a identificare la combinazione tra SRR e tensione che potesse predire lo stress nel modo migliore. Hanno descritto operativamente le SRR come soddisfazione per la vita familiare e per le finanze familiari, frequenza delle interazioni con amici e parenti, e risorse comunitarie utilizzate. Anche se viene considerato il numero di risorse comunitarie, queste misure sono lontane dall'idea di SRR distinte da GRR. Le SRR sono risorse particolari utilizzate nell'incontro con particolari stressor, come nell'esempio di Antonovsky dell'utilizzo di una linea telefonica contro il suicidio da parte di un suicida. Reininghaus et al. (2007) hanno messo in evidenza la distinzione tra GRR e SRR, in uno studio sullo stress legato all'aggressione di infermieri psichiatrici, e poi hanno rigettato la distinzione creando una misura di "risorse di resistenza allo stress" composta da autostima (una GRR), fiducia in sé stessi (una GRR), supervisione clinica ricevuta (una SRR) e servizi di supporto agli operatori (una SRR). Taylor (2004) ha distinto GRR ed SRR nella sua review di letteratura sulla salutogenesi, utilizzata come un framework per la tutela dell'infanzia, ma le ha caratterizzate, senza fare distinzioni, come un aiuto alle persone a strutturare le esperienze di vita per rafforzare il senso di coerenza. Queste citazioni non sono "ciliegine sulla torta" ma contro-esempi, altamente selezionati da un'ampia letteratura in cui sono discusse GRR e SRR: si tratta di tutti i casi in cui le SRR hanno ricevuto un'attenzione esplicita in una ricerca ragionevolmente approfondita della letteratura.

Perché le SRR ricevono così poca attenzione? Una risposta è che, seguendo

l'esempio di Antonovsky, vi è stata un'attenzione totale per le GRR e per il senso di coerenza (Eriksson & Lindström, 2005) e per la loro relazione con salute e benessere (Eriksson & Lindström, 2006, 2007). Anche se Antonovsky desiderava che la promozione della salute si concentrasse sul senso di coerenza come variabile dipendente, la maggior parte dei ricercatori si è concentrata su di essa come variabile indipendente. Sebbene si possa ipotizzare che questo favorisse l'interesse per le SRR come mediatori nella relazione tra senso di coerenza e salute, tale interesse non si è manifestato. Al contrario, vi è stato scarso interesse sulla questione su cosa *media* la connessione tra senso di coerenza e salute, nonostante l'affermazione di Antonovsky secondo cui un forte senso di coerenza permette, in qualsiasi situazione, di applicare le GRR e/o le SRR appropriate (Antonovsky, 1979).

Per chiarire il motivo per cui le SRR hanno ricevuto poca attenzione nella ricerca nell'ambito della salutogenesi e perché questa deve essere corretta, è necessario fare un'ulteriore analisi critica. Come già detto, Antonovsky considerava le SRR troppo spesso questioni di caso o di fortuna. A metà degli anni '90, osservava che la promozione della salute non aveva:

affrontato la questione della creazione di condizioni sociali adeguate, che sono alla base dei comportamenti di promozione della salute, e che li facilitano, come ad esempio la presenza di strutture assistenziali diurne adeguate e l'accesso all'assistenza sanitaria, per non parlare di redditi adeguati per un'alimentazione e un alloggio dignitosi. (Antonovsky, 1996, p. 12)

In termini attuali, Antonovsky si riferiva ai determinanti sociali di salute (ad esempio la GRR "reddito") e ad ambienti sociali di supporto (ad esempio la SRR "asili nido"). Vista da vicino, quella che può essere una GRR dal punto di vista di una persona può essere una SRR dal punto di vista di un'altra. Ad esempio, un asilo nido è una SRR per i genitori e, si spera, auspicabilmente, una fonte di GRR per i bambini. Al contrario, una struttura per anziani è una SRR per gli ospiti e una SRR per i familiari che hanno bisogno di assistenza professionale.

La critica di Antonovsky alla promozione della salute per non aver preso in considerazione le condizioni sociali era forse valida per l'approccio alla promozione della salute che dominava in Europa e negli Stati Uniti negli anni '70 e '80, che si concentrava soprattutto sulla responsabilità individuale nei confronti della propria salute e che richiedeva agli individui di abbandonare i comportamenti a rischio per prevenire le malattie croniche.

Tuttavia, la promozione della salute si è evoluta. La Carta di Ottawa per la promozione della salute del 1986 riconosceva la responsabilità degli individui, ma sottolineava l'importanza dei determinanti sociali di salute e della creazione di ambienti di sostegno (Eriksson & Lindström, 2008; Kickbusch, 2003). Negli ultimi decenni, la promozione della salute è passata da un interesse quasi miope per gli stili di vita legati alla salute degli individui a un interesse equilibrato per i processi di empowerment di individui e comunità per governare la salute.

In buona parte, questo si realizza creando ambienti favorevoli alla salute, o “condizioni sociali appropriate”, utilizzando le parole di Antonovsky. L’interesse della promozione della salute per condizioni sociali adeguate ha assunto due forme. Una è un’ enfasi generale sulla riduzione delle disuguaglianze sociali in materia di salute, attraverso una distribuzione più equa delle risorse sociali (Marmot et al., 2008). L’altra è l’approccio alla promozione della salute basato sui setting, in cui scuole, luoghi di lavoro e intere comunità sono considerate ambienti per la promozione della salute, espandendosi dai luoghi tradizionali dell’assistenza sanitaria, gli studi medici, gli ambulatori e gli ospedali (Dooris et al. 2007; Poland et al. 2009). L’approccio alla promozione della salute basato sui setting significa che è coinvolto il concetto di SRR o quello di GRR? La risposta è sfumata e dipende in parte da una definizione precisa delle risorse specifiche di resistenza.

### Definizione delle risorse specifiche di resistenza

Una definizione utile delle SRR deve distinguerle dalle GRR. Bengt Lindström è famoso per le sue lezioni illustrate sulla salutogenesi. Sulla lavagna si muove un personaggio di fumetti, nel fiume della vita, e incontra stressor, prove e difficoltà, equipaggiato con uno zainetto pieno di GRR acquisite nel corso della vita (Fig. 13.1). Il punto principale è che le GRR sono già disponibili per essere impegnate secondo le necessità, quando vi sono situazioni che creano tensione. In accordo con questa metafora, vediamo le SRR disponibili nel fiume, da prendere e usare secondo le necessità nello specifico incontro con gli stressor, e non necessariamente riposte in seguito nello zaino. La relazione tra GRR e SRR è che attraverso il senso di coerenza, le GRR permettono a una persona di riconoscere, raccogliere e utilizzare le SRR in forme che evitano che la tensione si trasformi in stress debilitante, sempre che siano disponibili SRR utili.

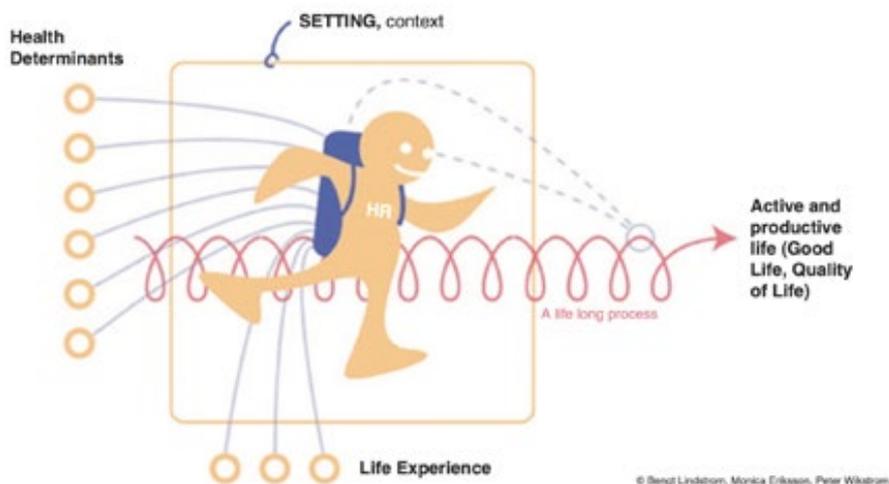


Figura 13.1 Risorse Generali di resistenza nello zainetto (© Bengt Lindström, Monica Eriksson, Peder Wikström. Tutti i diritti riservati)

Un breve esempio: avere accesso e comprendere il potenziale di Internet per l'empowerment è una GRR. La disponibilità di informazioni su Wikipedia riguardo a sintomi che preoccupano al momento è una SRR. Il fatto che avete accesso a, e che cercate, leggete, valutate in modo critico, e utilizzate in modo proattivo le informazioni di Wikipedia esemplifica il modello salutogenico di logica della salute:

- (a) GRR → ↑ uso di SRR → ↑ SALUTE  
 (b) INTERNET → ↑ WIKI SPECIFICO → ↑ SALUTE

Si tratta, ovviamente, di una semplificazione eccessiva. Ad esempio, pur avendo indubbiamente contribuito a migliorare il senso di coerenza per molte persone, Internet non è altro che una delle molte GRR che hanno influenza uguale o più importante sul senso di coerenza. Lo scopo del diagramma non è quello di rappresentare il modello salutogenico di salute, ma di mostrare come GRR e SRR siano sostanzialmente diverse. Naturalmente, gli interventi di promozione della salute possono concentrarsi su entrambi, aumentando l'accesso libero delle persone a Internet e la loro competenza nell'usarlo (GRR potenziata) e creando siti web che affrontano problemi di salute specifici, che sono rilevanti quando compaiono sintomi negativi particolari (SRR potenziata).

Una definizione formale delle SRR viene mostrata nella Fig. 13.2, utilizzando la *Facet Theory* (Borg & Shye, 1995; Canter, 2012), approccio basato su una mappa di frasi. Antonovsky (1979) ha utilizzato lo stesso approccio per definire i concetti chiave, ad esempio la salute lungo il continuum salute-malattia (ibidem, p. 65), le GRR (ibidem, p. 103) e il senso di coerenza (Antonovsky, 1987, p. 77). Gli elementi presenti nelle tre matrici della definizione tramite la mappa di frasi non sono da intendersi come esaustivi ma piuttosto come illustrativi.

Le SRR sono strumenti, il cui significato è definito in termini di specifici stressor che vengono chiamati in causa per gestirli.

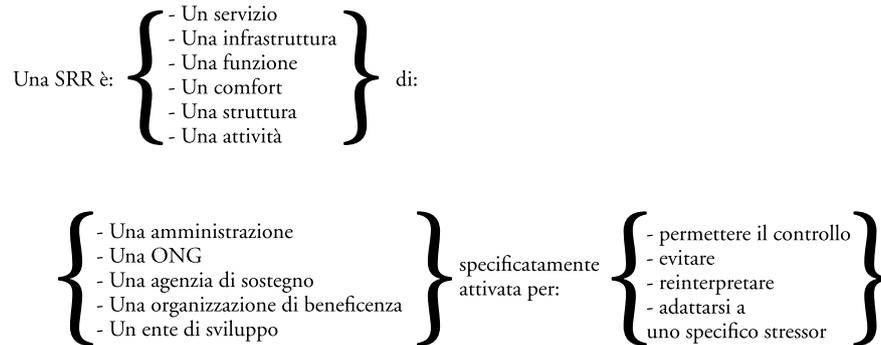
**Una GRR è una generalità, e una SRR è una particolarità.**

Di solito, le SRR non vengono chiamate in causa a meno che non si percepisca una tensione che minaccia di trasformarsi in uno stress debilitante, cosa che molte tensioni non fanno. Il modello salutogenico di salute riguarda tensioni onnipresenti che possono trasformarsi in livelli di stress pericolosi per la salute. Antonovsky (1979, pag. 89-90) ha elencato queste:

... incidenti e sopravvissuti; esperienze impreviste di altre persone nelle nostre reti sociali; orrori della storia in cui siamo coinvolti; conflitti intrapsichici e inconsci e ansie; paura di aggressioni, mutilazioni e distruzioni; eventi della storia portati nei nostri salotti; cambiamenti del mondo più limitato in cui viviamo, crisi psicosociali specifiche di una fase; altre crisi comuni nella vita: entrata e uscita da un ruolo; socializzazione non adeguata, sotto carico e sovraccarico; conflitti inerenti tutte le relazioni sociali e

gap tra obiettivi inculcati culturalmente e mezzi strutturati socialmente.

Un utile esame delle differenze tra GRR e SRR deve essere realizzato, tenendo presente questa visione degli stressor psicosociali. Agli estremi – sopravvivere a un incidente aereo, svolgere un esame – gli stressor iniziali sono stressor o tensioni che restano semplicemente tensioni.



e così prevenire che la tensione venga trasformata in stress

Fig. 13.2 Frasi schematiche per definire le Risorse Specifiche di Resistenza (riprodotto con l'autorizzazione di Mittelmark et al. (2017))

### Esempi di risorse specifiche di resistenza

#### *Scuole che promuovono la salute in Norvegia*

Praticamente tutti gli adolescenti che frequentano la scuola sono stressati dalle richieste della crescita, dalle relazioni con i pari, dalle richieste degli insegnanti, dalle condizioni della casa e della comunità, e così via. In questo calderone di tensione, le scuole in Norvegia (e in molti altri paesi) hanno sviluppato i programmi *Scuole che promuovono salute* che si propongono di sostenere gli obiettivi educativi occupandosi della salute e del benessere di tutti coloro che vivono nell'ambiente scolastico: studenti, insegnanti, amministratori, genitori e vicinato (Langford et al., 2015; Tjomsland et al., 2009; Wold & Mittelmark, 2018). La scuola che promuove salute si impegna per raggiungere questi obiettivi:

- Promuovere la salute e il benessere degli studenti.
- Migliorare i risultati di apprendimento degli studenti.
- Sostenere le idee di giustizia sociale e di equità.
- Fornire un ambiente sicuro e solidale.
- Promuovere la partecipazione e l'empowerment degli studenti.
- Collegare questioni e sistemi di salute e di istruzione.
- Affrontare i problemi di salute e benessere di tutto il personale della scuola.
- Collaborare con i genitori e la comunità locale.
- Integrare la salute nelle attività correnti, nei curriculum e negli standard di valutazione della scuola.
- Stabilire obiettivi realistici basati su dati accurati e su solide evidenze scientifiche.

- Cercare il miglioramento continuo attraverso un monitoraggio e una valutazione costanti.

In questo modo, la scuola che promuove salute tende a essere una potente GRR per i giovani, il personale, i genitori e la comunità vicina. La scuola norvegese è anche un contenitore o un portale per alcune SRR, offerte attraverso il servizio infermieristico scolastico (Moen & Skundberg-Kletthagen, 2018) e altri servizi di supporto per gli studenti. Tra gli esempi vi sono il sostegno a studentesse in gravidanza per aiutarle a rimanere a scuola, insegnanti di sostegno e strutture attrezzate per aiutare gli studenti con difficoltà di apprendimento, e per l'invio ai servizi di protezione dell'infanzia comunitari in caso di necessità.

Queste SRR sono presenti all'interno o intorno alla scuola, ma non sono particolarmente evidenti per gli adolescenti che non ne hanno bisogno e quindi non le utilizzano. La scuola come GRR contribuisce in maniera generale a rafforzare il senso di coerenza di molti studenti, e un forte senso di coerenza facilita adozione e utilizzo di particolari SRR quando se ne presenta la necessità. Consideriamo due studenti. Jack ha una giornata tipica, con sforzi e problemi "normali", ma non accade nulla di straordinario. Le SRR abbondano, ma questo studente non ne fa uso, non sono importanti. Lo stesso giorno Jill scopre di essere incinta e il suo senso di sicurezza è così alto da non andare nel panico e sprofondare nella depressione. Al contrario, contatta il programma di sostegno alla gravidanza, che conosce e di cui si fida grazie alle esperienze positive di altre allieve. Il programma di sostegno alla gravidanza è per questa studentessa una SRR e offre servizi molto importanti in questo momento difficile della vita.

C'è una dimensione di equità che preoccupa in tutto questo. Se SRR sono più facilmente disponibili per coloro che hanno molte GRR (ad es. denaro), le SRR possono contribuire ad aumentare il gap di equità. L'uguaglianza nell'accesso a SRR dipende da una distribuzione ragionevolmente equa di GRR; quindi, la promozione della salute deve concentrarsi su entrambe le tipologie.

#### *La salute dei bambini negli altopiani andini del Perù*

Le SRR più evidenti sono forse i servizi sociali istituiti per fornire assistenza mirata a gruppi che vivono in condizioni di severa vulnerabilità (Mittelmark, 2021). Un esempio emblematico è stato documentato da una ricerca in un distretto remoto e a basso reddito negli altopiani andini del Perù (Urke et al., 2013). Il ricercatore sul campo (Urke) ha intervistato madri che godevano di buona reputazione a livello locale per come avevano cura dei bambini. Tutte le madri partecipavano a un programma sociale e sanitario gestito da una ONG peruviana. L'intervistatore non ha menzionato il programma della ONG, un chiaro esempio di servizio sociale, per evitare di mettere pressione. Le intervistate vi hanno fatto esplicito riferimento e hanno attribuito il miglioramento delle conoscenze e delle competenze in materia di salute agli interventi della ONG, che comprendevano l'educazione alla preparazione di pasti nutrienti, le competenze nella cura dei bambini e nelle pratiche igienico-sanitarie.

Questo progetto ha messo in luce anche la stretta relazione tra GRR e SRR. Vi sono state alcune evidenze che le donne con più GRR (come denaro e sostegno sociale in casa e nella comunità) hanno beneficiato di più delle attività della ONG rispetto alle donne con meno GRR.

#### *Servizi di sostegno per bambini e adolescenti orfani e adolescenti in Botswana*

Un altro esempio di ONG come SRR è descritto in una ricerca nel Botswana (Thamuku & Daniel, 2012). In collaborazione con il Dipartimento dei Servizi Sociali del Botswana, l'ONG *Botswana People and Nature Trust* ha sviluppato un programma chiamato *Ark for Children* per fornire servizi di supporto a bambini e adolescenti orfani. Il programma si avvale di interventi culturalmente appropriati per rendere gli orfani più forti e integrarli in gruppi coesi di compagni di età che si sostengono a vicenda. *Ark for Children* organizza soggiorni di 16 giorni per un massimo di 40 adolescenti orfani dello stesso villaggio. I soggiorni si rifanno ai riti di iniziazione storici del *Setswana* e si collegano alle tradizioni culturali riconosciute dai membri della comunità degli adolescenti. Gli adolescenti sono seguiti con un programma di sostegno di tre anni. Questo è un esempio illuminante di una SRR (*Ark for Children*) che costruisce GRR (coesione sociale e legami di sostegno).

#### **Orientamento sessuale e identità di genere**

##### *Servizi di sostegno negli Stati Uniti*

Le difficoltà basate sull'identità di genere iniziano a manifestarsi presto nella vita di un individuo, influenzando la disponibilità e lo sviluppo delle GRR. Le esperienze vissute dai giovani a causa di pregiudizi legati all'orientamento sessuale sono rappresentate in molti casi da bullismo, molestie, rifiuto, isolamento sociale e interiorizzazione di atteggiamenti e convinzioni negative. Le difficoltà legate all'identità di genere sono caratterizzate dallo stigma derivante dalle norme e dai pregiudizi della società (Horn, C., 2004). Mentre le difficoltà legate alle preferenze sessuali di solito emergono nell'adolescenza e nella giovane età adulta, le tensioni legate al ruolo di genere possono affondare le proprie radici nei comportamenti della prima infanzia. I bambini vengono incoraggiati a vestirsi, pensare e comportarsi come "devono" fare i bambini, e le bambine a comportarsi da bambine, con norme che variano in base alla cultura di appartenenza. In molte culture, il fatto che due ragazzi si tengono per mano dopo la prima infanzia non è coerente con il genere di appartenenza, ma è usuale in altre. Questo mette in evidenza che la rilevanza della salutogenesi riguardo difficoltà, tensioni e capacità di far fronte all'identità è complessa, radicata nella cultura, con un impatto sulle prime esperienze di vita, sull'acquisizione delle GRR, la disponibilità e l'uso di SRR, e quindi lo sviluppo del SOC.

In questo capitolo si tratta la natura delle SRR, tuttavia, per il momento, facciamo un passo indietro, osservando che l'esperienza e lo sviluppo di resilienza verso i pregiudizi legati al genere può essere una GRR. Nel corso delle ricerche svolte negli Stati Uniti con la partecipazione di giovani, le persone che

hanno risposto alle domande di Schmitz e Tyler (2018) hanno fornito questa spiegazione: “[La mia identità lesbica] apre molte più porte ... Penso che [essa] apre opportunità di amicizia perché ti piace confidarti con le persone che vivono situazioni simili alle tue, quindi credo che possa permettere di costruire relazioni più forti”.

Limitando ora la discussione alle SRR, ci concentriamo solo su una dimensione della salutogenesi e dell'identità di genere: la tensione, lo stress e le SRR che permettono il coping di giovani con identità lesbiche, gay, bisessuali, transgender e queer (LGBTQ)<sup>1</sup>. Nelle ricerche sul coping riguardanti persone lesbiche, gay, e giovani adulti bisessuali (LGB) americani, latini e non latini, Toomey et al. (2018) ha esaminato l'utilizzo di tre tipi di strategie di coping: utilizzo di SRR, strategie che consistono nel cercare alternative (ad esempio, trovare nuovi amici) e strategie cognitive (ad esempio, immaginare un futuro migliore). Per quanto riguarda le SRR, gli intervistati riferivano di impiegare una costellazione di comportamenti di coping, tra cui la partecipazione a gruppi e organizzazioni LGBT, la ricerca di servizi rivolti ai giovani LGBT e la ricerca di informazioni sulle tematiche LGBT.

Risultati simili vengono riportati da Asakura (2016): gli intervistati LGBTQ hanno riferito il coping attraverso l'impegno in azioni collettive, partecipando a spazi sociali sicuri come alleanze gay-eterosessuali e accedendo a servizi sociali di organizzazioni che accolgono la diversità di genere e sessuale. In modo analogo, Schmitz e Tyler (2018) hanno osservato l'importanza del sostegno istituzionale nel coping LGBT. Come ha affermato uno studente universitario, “[il campus] è molto aperto e accogliente... vi sono moltissime risorse nel campus, in particolare per gli studenti LGBT”.

### **SRR non istituzionali in coppie di caregiver in Svezia**

La figura 13.2 può dare l'impressione che le SRR siano esclusivamente strutture e organizzazioni la cui missione è quella di fornire tipi particolari di assistenza a persone con particolari necessità. Tuttavia, la definizione abbraccia anche il concetto di SRR nella sfera privata (“le attività”, elencate al sesto posto nella prima parte della definizione). Questo aspetto è stato ben descritto in un programma svedese di ricerca con coppie di caregiver in cui veniva fornita assistenza a persone di età superiore ai 65 anni (Wennerberg et al., 2016). Il fatto che i caregiver si sentano competenti nell'essere caregiver - una GRR nell'analisi dei ricercatori - è stato potenziato dalle SRR del caregiver, come ad esempio la forza fisica sufficiente a svolgere attività di assistenza fisicamente impegnative (ad esempio, attività consistenti nel sollevare) e il possesso delle conoscenze professionali e tecniche necessarie per gestire regimi terapeutici complessi. In queste coppie di caregiver, il fatto di avere figli e nipoti ha agito come SRR, un'esperienza condivisa che era un piacere reciproco per la coppia (Wennerberg et al., 2019). Una comprensione reciproca della situazione di caregiver e buone capacità di comunicazione si sono rivelate una importante

<sup>1</sup> Alcuni degli acronimi utilizzati di seguito sono diversi da questa forma, in quanto seguono l'uso dei vari autori citati.

SRR (ibidem). Per le coppie in strutture assistenziali, la struttura - una SRR - ha permesso ai caregiver di ottenere e recuperare SRR personali che erano problematiche a casa (deficit di SRR). Esempi citati dagli intervistati comprendono strutture per lo shopping presenti nell'isolato, ascensori e appartamenti adattati alla disabilità (Eriksson et al., 2017).

Gli studi svedesi sopra citati riportano anche conclusioni sui deficit generali e specifici di risorse (GRD e SRD) (Wennerberg et al., 2019). Un'analisi di GRD e SRD esula dal presente capitolo. Tuttavia, è opportuno ricordare che la distinzione tra generale e specifico riguarda anche le esperienze di vita negative, una gestione della tensione non riuscita e un senso di coerenza indebolito. La perdita da parte del caregiver di un partner ben funzionante è contemporaneamente un GRD - il venir meno della qualità e della parità di una relazione di cura e di una condivisione reciproca - e un SRD, ad esempio la ridotta capacità di ricambiare le cure (ibidem).

### Conclusioni

L'obiettivo di questo capitolo era limitato: illustrare una parte del modello salutogenico di salute che sembra essere trascurato. Le SRR hanno altrettanta o maggiore rilevanza per la pratica della promozione della salute rispetto alle GRR. Rivolgendo l'attenzione alle SRR, si rivolge l'attenzione anche su quello che deve essere un obiettivo centrale della promozione della salute: garantire che la disponibilità di una SRR giusta al momento giusto non sia troppo spesso una questione di "caso o fortuna", come Antonovsky temeva.

### Bibliografia

- Antonovsky, A. (1972). Breakdown. A needed fourth step in the conceptual armamentarium of modern medicine. *Social Science and Medicine*, 6, 537–544.
- 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. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18.
- Asakura, K. (2016). Paving pathways through the pain: A grounded theory of resilience among lesbian, gay, bisexual, trans and queer youth. *Journal of Research on Adolescence*, 27(3), 521–536.
- Borg, I., & Shye, S. (1995). *Facet theory: Form and content*. Sage.
- Canter, D. (Ed.). (2012). *Facet theory: Approaches to social research*. Springer.
- Dooris, M., Poland, B., Kolbe, L., De Leeuw, E., McCall, D. S., & Wharf-Higgins, J. (2007). Healthy settings. In D. V. McQueen & C. M. Jones (Eds.), *Global perspectives on health promotion effectiveness* (pp. 327–352). Springer.
- 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. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter.

- Health Promotion International*, 23(2), 190–199.
- Eriksson, M., Wennerberg, M. M. T., Lundgren, S. M., & Danielson, E. (2017). “Self-employed” in caregiving hood: The contribution of Swedish informal caregivers’ environmental and contextual resistance resources and deficits. *Societies*, 7(3), 19. <https://doi.org/10.3390/soc7030019>
- Haldeman, V. A., & Peters, J. M. (1988). Using resistance resources to reduce stress: A study of rural Nevadans. *Journal of Family and Economic Issues*, 9(4), 357–366.
- Horn, S. S. (2019). Sexual orientation and gender identity-based prejudice. *Child Development Perspectives*, 13(1), 21–27.
- Kickbusch, I. (2003). The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American Journal of Public Health*, 93(3), 383–388.
- Lamprecht, F., & Sack, M. (2003). Vulnerability and salutogenesis in health and disease. *Public Health Reviews*, 31(1), 7–21.
- Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Poulidou, T., Murphy, S., Waters, E., ... Campbell, R. (2015). The World Health Organization’s Health Promoting Schools framework: A Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 15(1), 130.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 440–442.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S., & Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669.
- Mittelmark, M. B. (2021). Resilience in the salutogenic model of health. In M. Ungar (Ed.), *Multisystemic resilience: Adaptation and transformation in changing*. Springer.
- Mittelmark, M. B., Bull, T., Daniel, M., & Urke, H. (2017). Specific resistance resources in the salutogenic model of health. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espnes (Eds.), *The handbook of salutogenesis*. Springer International Publishing.
- Moen, Ø. L., & Skundberg-Kletthagen, H. (2018). Public health nurses’ experience, involvement and attitude concerning mental health issues in a school setting. *Nordic Journal of Nursing Research*, 38(2), 61–67.
- Nene, N. (2006). *Compassion fatigue and the sense of coherence in caregivers working with sexually abused children in Soweto*. Doctoral dissertation, University of the Witwatersrand, Johannesburg.
- Poland, B., Krupa, G., & McCall, D. (2009). Settings for health promotion: An analytic framework to guide intervention design and implementation. *Health Promotion Practice*, 10(4), 505–516.
- Poppius, E. S. K. O. (2007). *The sense of coherence and health. The effects of the sense of coherence on risk of coronary heart disease, cancer, injuries and all-cause mortality*. Tampereen yliopisto.
- Reininghaus, U., Craig, T., Gournay, K., Hopkinson, P., & Carson, J. (2007). The high secure psychiatric hospitals’ nursing staff stress survey 3: Identifying stress resistance resources in the stress process of physical assault. *Personality and Individual Differences*, 42(3), 397–408.
- Schmitz, R. M., & Tyler, K. A. (2018). ‘Life has actually become more clear’: An examination of resilience among LGBTQ young adults. *Sexualities*, 22(4), 710–733.
- Sullivan, G. C. (2006). Evaluating Antonovsky’s Salutogenic Model for its adaptability to nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 14(4), 336–342.
- Taylor, J. S. (2004). Salutogenesis as a framework for child protection: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 45(6), 633–643.
- Thamuku, M., & Daniel, M. (2012). The use of rites of passage in strengthening the psychosocial well-being of orphaned children in Botswana. *African Journal of AIDS Research*, 11(3), 215–224.
- Tjomsland, H. E., Iversen, A. C., & Wold, B. (2009). The Norwegian network of health promoting schools: A three-year follow-up study of teacher motivation, participation and perceived outcomes. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 53(1), 89–102.

- Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., & Russell, S. T. (2018). Coping with sexual orientation-minority stress. *Journal of Homosexuality*, *65*(4), 484–500.
- Urke, H. B., Bull, T., & Mittelmark, M. B. (2013). Child diet and healthy growth in the context of rural poverty in the Peruvian Andes: What influences primary caregivers' opportunities and choices? *Global Health Promotion*, *20*(3), 5–13.
- Wennerberg, M. M. T., Eriksson, M., Danielson, E., & Lundgren, S. M. (2016). Unravelling Swedish caregivers' generalized resistance resources. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *30*, 602–613.
- Wennerberg, M. M. T., Lundgren, S. M., Eriksson, M., & Danielson, E. (2019). Me and you in caregivinghood – Dyadic resistance resources and deficits out of the informal caregiver's perspective. *Aging & Mental Health*, *23*(8), 1041–1048.
- Wold, B., & Mittelmark, M. B. (2018). Health-promotion research over three decades: The social-ecological model and challenges in implementation of interventions. *Scandinavian Journal of Public Health*, *46*(20\_suppl), 20–26.
- World Health Organization. (2009). *Milestones in health promotion. Statements from global conferences*. WHO Press, World Health Organization.