Il modello biopsicosociale della malattia - Parte seconda

Data 15 febbraio 2026
Categoria scienze_varie

Come si è passati dal modello biomedico di malattia a quello biopsicosociale.

Nella prima parte abbiamo visto quali sono i pregi e i limiti del modello biomedico di malattia. A partire dagli anni 70 del ventesimo secolo ha cominciato a farsi strada una concezione più ampia che vede salute e malattia come un quadro complesso su cui interagiscono molteplici fattori. Si tratta del modello biopsicosociale.

Gli studi Whitehall

Gli studi Whitehall, condotti nel Regno Unito, hanno dimostrato che anche in sistemi sanitari universalistici le differenze sociali incidono profondamente sulla salute. Il primo studio Whitehall, avviato nel 1967, ha seguito oltre 18.000 uomini dipendenti pubblici e ha mostrato che i lavoratori con status occupazionale più basso avevano un rischio di morte tre volte superiore rispetto ai colleghi nei ranghi più elevati. Il Whitehall II, lanciato nel 1985 e tuttora attivo, ha incluso anche le donne e ha indagato le cause di queste disuguaglianze, evidenziando il ruolo centrale esercitato sulla salute dallo stress cronico, dalla mancanza di autonomia, dall'insicurezza lavorativa e dalla carenza di supporto sociale.

Le Marmot Reviews

Sir Michael Marmot, che ha partecipato al Whitehall I e condotto direttamente il Whitehall II, ha sfruttato i risultati ottenuti per identificare, nel suo rapporto del 2010 intitolato "Fair Society, Healthy Lives" (noto come Marmot Reviews), sei aree di intervento per ridurre le disuguaglianze sanitarie:
 dare il miglior inizio possibile di vita ai bambini;
 permettere a tutti gli individui di sfruttare al massimo le pro-prie capacità e di controllare la propria vita;
 creare occupazione equa e giusta per tutti;
 garantire a tutti un livello di vita sano;
 sviluppare comunità salubri e sostenibili;
 rafforzare la prevenzione delle malattie.

Il modello biopsicosociale

Gli studi Whitehall e le Marmot Reviews dimostrano che le disuguaglianze sociali influenzano la salute non solo nell'immediato ma anche a lungo termine, in linea con il modello di salute noto come modello biopsicosociale. Questo modello è stato proposto nel 1977 da George L. Engel e si pone come alternativa al tradizionale modello biomedico, ritenuto troppo riduttivo. Esso si articola in tre livelli:
 livello biologico: genetica, biochimica;
 livello psicologico: emozioni, credenze, pensieri, personalità, meccanismi di adattamento (coping);
 livello sociale: stato socio-economico, relazioni sociali e fami-liari, istruzione, ambiente.
Il modello bio-psico-sociale permette di integrare i vari spetti della malattia facilitandone la comprensione e il trattamento. Un sem-plice esempio mostra come funzione questo approccio.

Supponiamo ad esempio di avere un paziente affetto da diabete. Possiamo identificare tre livelli:

 un livello biochimico (predisposizione genetica, resistenza all'insulina, iperglicemia);
 un livello psicologico (difficoltà ad accettare la diagnosi, la malattia provoca stress cronico e ansia per il timore dicompli-canze);
 un livello sociale (la malattia può incidere sulla vita lavorativa e quindi sulle disponibilità economiche, sulle relazioni sociali e familiari).

Si comprende quindi che la salute non è una condizione statica ma si modifica nel tempo e risente continuamente delle influenze psicologiche (percezione dello stress, esclusione sociale, ansia e de-pressione) e sociali (reddito, opportunità lavorative). Chi si trova in uno status sociale inferiore è più vulnerabile all'accumulo dei fattori di rischio nel corso dell'esistenza e a una maggiore incidenza di patologie croniche.
Gli studi Whitehall e le Marmot Reviews suggeriscono che un'applicazione concreta del modello biopsicosociale è efficace nel migliorare esiti di salute e sottolineano che essa non può essere separata dal contesto sociale e psicologico in cui vivono le persone. Ignorare le condizioni di vita e lavoro delle persone significa con-dannarsi a spiegazioni parziali e a interventi inefficaci.

Renato Rossi

Bibliografia

Reid, D.D., Brett, G.Z., Hamilton, P.J., Jarrett, R.J., Keen, H., & Rose, G. (1974). Cardiorespiratory disease and diabetes among middle-aged male Civil Servants. A study of screening and intervention. The Lancet, 1(7856), 469-473.

Marmot, M.G., Rose, G., Shipley, M., & Hamilton, P.J. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. Journal of Epidemiology and Community Health, 32(4), 244-249.

Marmot, M.G., Shipley, M.J., & Rose, G. (1984). Inequalities in death--specific explanations of a general pattern? The Lancet, 1(8384), 1003-1006.

Smith, G.D., Shipley, M.J., & Rose, G. (1990). Magnitude and causes of socioeconomic differentials in mortality: further evidence from the Whitehall Study. Journal of Epidemiology and Community Health, 44(4), 265-270.

Marmot, M.G., & Shipley, M.J. (1996). Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. British Medical Journal, 313(7066), 1177-1180.

Van Rossum, C.T., Shipley, M.J., van de Mheen, H., Grobbee, D.E., & Marmot, M.G. (2000). Employment grade differences in cause specific mortality. A 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. Journal of Epidemiology and Community Health, 54(3), 178-184.

Marmot, M.G., Smith, G.D., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E., & Feeney, A. (1991). Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II study. The Lancet, 337(8754), 1387-1393.

Marmot, M., & Brunner, E. (2005). Cohort Profile: The Whitehall II study. International Journal of Epidemiology, 34(2), 251-256.

North, F.M., Syme, S.L., Feeney, A., Shipley, M., & Marmot, M. (1996). Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: The Whitehall II Study. American Journal of Public Health, 86(3), 332-340.

Chandola, T., Britton, A., Brunner, E., Hemingway, H., Malik, M., Kumari, M., Badrick, E., Kivimaki, M., & Marmot, M.G. (2008). Work stress and coronary heart disease: What are the mechanisms? European Heart Journal, 29(5), 640-648.