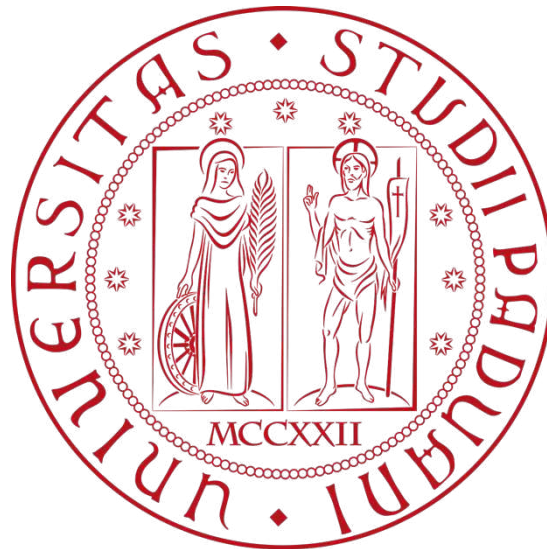


**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia  
applicata**



**Corso di laurea in SCIENZE SOCIOLOGICHE**

***Le tendenze contemporanee della medicina in Occidente***

Relatore: Prof. Salvatore La Mendola

Laureando: Margherita Pancotti

Matricola 2003413

A.A. 2022/2023



# **INDICE**

<b><i>INTRODUZIONE</i></b>	<b>1</b>
<b><i>CAPITOLO 1 – L’INDIVIDUO CONTEMPORANEO E I SUOI NUOVI BISOGNI</i></b>	<b>3</b>
<b>1.1 PREMESSA STORICA: IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE</b>	<b>3</b>
<b>1.2 L’INFLUENZA DEI MUTAMENTI SOCIALI SULLA FORMAZIONE DELL’INDIVIDUO CONTEMPORANEO</b>	<b>5</b>
<b>1.3 L’INDIVIDUO-PAZIENTE</b>	<b>8</b>
1.3.1 L’IDEALTIPO DEL PAZIENTE CONTEMPORANEO SECONDO I MEDICI	10
<b>1.4 L’ESPERIENZA DELLA MALATTIA</b>	<b>12</b>
<b>1.5 UNA STRATEGIA DI <i>EXIT</i>: IL RICORSO ALLE TERAPIE NON CONVENZIONALI</b>	<b>18</b>
<b><i>CAPITOLO 2 – SOCIETA’ DEL BENESSERE E MEDICALIZZAZIONE</i></b>	<b>23</b>
<b>2.1 SOCIETA’ DEL BENESSERE E DELLA PREVENZIONE</b>	<b>23</b>
2.1.1 CULTURA E INDUSTRIA DEL BENESSERE	24
2.1.2 RESPONSABILIZZAZIONE DELL’INDIVIDUO E AUTO-SORVEGLIANZA	28
<b>2.2 MEDICALIZZAZIONE</b>	<b>31</b>
<b><i>CAPITOLO 3 – I NUOVI APPROCCI AL PERCORSO E AL RAPPORTO DI CURA</i></b>	<b>39</b>
<b>3.1 MEDICINA NARRATIVA</b>	<b>39</b>
<b>3.2 MEDICINA DELLE 4P</b>	<b>41</b>
<b>3.3 PERSON-CENTRED CARE</b>	<b>44</b>
<b>3.4 MEDICINA INTEGRATIVA</b>	<b>46</b>
<b>3.5 ETNOPSICHIATRIA</b>	<b>50</b>
<b><i>CONCLUSIONI</i></b>	<b>57</b>
<b><i>BIBLIOGRAFIA</i></b>	<b>61</b>



## **INTRODUZIONE**

Il panorama contemporaneo della medicina in Occidente rappresenta un terreno fertile per l'analisi sociologica, in quanto è caratterizzato da una serie di trasformazioni sociali, culturali ed economiche che incidono profondamente sul rapporto tra individuo, salute e sistema medico. Questo elaborato si prefigge l'obiettivo di esplorare le dinamiche che definiscono questo scenario, delineando un quadro delle principali tematiche e problematiche che ne emergono.

Il primo capitolo inizia con una premessa storica, delimitando le origini della biomedicina e analizzando il suo ruolo nella definizione delle dinamiche medico-paziente. In seguito, sarà approfondita l'influenza delle trasformazioni sociali e culturali sul modo in cui l'individuo contemporaneo concepisce la sua identità. Successivamente, sarà esplorato il concetto di paziente contemporaneo e la sua esperienza di malattia. Infine, verrà dedicata attenzione al crescente ricorso alle terapie non convenzionali, un fenomeno che riveste un ruolo significativo nel contesto medico odierno.

Il secondo capitolo approfondisce il ruolo dell'industria e della cultura del benessere nell'ambito della medicina contemporanea. Si esaminerà come questi fattori abbiano contribuito a ridefinire la percezione collettiva della salute e del corpo. Inoltre, saranno analizzate le dinamiche di medicalizzazione, biomedicalizzazione e farmacologizzazione, fenomeni che hanno trasformato i concetti di salute e malattia, portando l'individuo a cercare soluzioni mediche nella gestione di un insieme sempre più vasto di aspetti della propria esistenza.

Infine, nel terzo capitolo saranno presentati esempi di modelli emergenti che cercano di rispondere alle nuove esigenze sociali e individuali in materia di salute e medicina. Esploreremo alcune delle nuove modalità di approccio al rapporto di cura che sono nate e si stanno sviluppando nella società occidentale.

In definitiva, questa tesi si impegna a esplorare il panorama contemporaneo della medicina in Occidente attraverso una lente sociologica, offrendo un

contributo alla comprensione delle dinamiche sociali e culturali che ne definiscono la natura e l'evoluzione.

# CAPITOLO 1 – L’INDIVIDUO CONTEMPORANEO E I SUOI NUOVI BISOGNI

## 1.1 PREMESSA STORICA: IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

La biomedicina si afferma tra la fine dell’Ottocento e l’inizio del Novecento, sulla scia del successo della corrente filosofica positivista, caratterizzata dall’esaltazione del progresso tecnologico e della scienza, e grazie ai rivoluzionari apporti della teoria evolucionista di Charles Darwin e le scoperte di Gregor Mendel nell’ambito della genetica.

Il nuovo approccio alla cura della persona, basato sull’applicazione dei principi della chimica e della fisica all’anatomia e al funzionamento del corpo umano, inaugura una nuova visione molecolare della vita.

Le due guerre mondiali, soprattutto la seconda, contribuiscono ad accelerare la ricerca in questo ambito: le nuove scoperte permettono di salvare molte vite, con interventi svolti direttamente sul campo di battaglia. Con l’avvento dello stato sociale, la cui prerogativa è di farsi carico dei suoi cittadini proprio in ambito sanitario, la biomedicina inizia a intrecciarsi sempre di più con la politica. Si stringono rapporti con le università per sovvenzionare la ricerca e orientarla verso una lotta sempre più dura e intransigente alla malattia e al dolore<sup>1</sup>.

In questo contesto emerge la figura del cittadino-paziente come soggetto fragile, debole e soprattutto ignorante in materia medica. Uno scenario inevitabile, dato il basso livello di scolarizzazione dell’epoca. Si dà per scontato che il cittadino medio non sappia nulla di anatomia o di medicina, né possa capirci nulla, trattandosi di una scienza sempre più tecnica e pertanto sempre più caratterizzata da termini specialistici comprensibili solo a chi ha studiato e difficilmente traducibili in un linguaggio accessibile a tutti.

---

<sup>1</sup> [https://www.treccani.it/enciclopedia/la-seconda-rivoluzione-scientifica-scienze-biologiche-e-medicina-la-biomedicina\\_%28Storia-della-Scienza%29/#:~:text=La%20biomedicina,-di%20Gilberto%20Corbellini&text=La%20nascita%20e%20l'affermazione,va%20dal%201870%20al%201970](https://www.treccani.it/enciclopedia/la-seconda-rivoluzione-scientifica-scienze-biologiche-e-medicina-la-biomedicina_%28Storia-della-Scienza%29/#:~:text=La%20biomedicina,-di%20Gilberto%20Corbellini&text=La%20nascita%20e%20l'affermazione,va%20dal%201870%20al%201970) consultato il 2 ottobre 2023

Pertanto, il tipo di rapporto che si instaura tra il medico e il “suo” paziente è asimmetrico e di tipo paternalistico. Siamo in pieno modello “paternalista”, come lo definiscono Emanuel ed Emanuel (1992): il medico è guida unica del percorso di cura, unico detentore di informazioni preziose e il paziente nutre e deve nutrire fiducia totale nei suoi confronti.

Successivamente, la relazione cambia perché cambiano le condizioni sociali. Innanzitutto, il livello medio di scolarizzazione si alza e le informazioni, anche quelle più specialistiche, diventano più accessibili. È l’epoca in cui nascono e si affermano diversi movimenti sociali (quelli giovanili degli anni Settanta, femministi, ecologisti, solo per fare qualche esempio) che divulgano nuovi valori di autodeterminazione e libertà. È in questo periodo che si comincia a parlare di “ruolo attivo” del paziente (Newman e Tonkens, 2011) contrapposto a quello passivo che lo precede. Riprendendo Emanuel ed Emanuel (1992), il modello paternalista muta in quello “informativo”, caratterizzato dall’introduzione del consenso informato nei percorsi di cura: al paziente qui viene lasciato più potere decisionale. Il medico diventa anche informatore; è tenuto a fornire al paziente tutte le informazioni a disposizione per permettergli di prendere decisioni sul proprio benessere con spirito critico.

I due autori introducono poi altri due modelli emergenti. Nel modello “interpretativo” il medico svolge il ruolo di consigliere, ascoltatore e interprete, appunto, del vissuto soggettivo manifestato dal paziente. L’esperienza del malato entra nelle valutazioni che il medico e il personale sanitario compiono sul percorso terapeutico. Nel modello “deliberativo”, rielaborato da Ingrosso (2019) come “collaborativo”, la persona in cura e l’équipe che se ne occupa cooperano con il comune obiettivo di trovare una soluzione a uno specifico problema di salute, attingendo da tutte le competenze di ciascuno dei soggetti coinvolti.

In un suo lavoro più recente Ingrosso (2022) aggiunge un quinto modello che chiama “conflittualista”, emerso negli ultimi 15 anni e intensificatosi con la pandemia da Covid-19. Si tratta di un modello “*media-centred*”, che “si basa su una fiducia incondizionata riposta su una galassia di siti internet e messaggi che



formano una sorta di bolla informativa dentro cui i soggetti aderenti si muovono” (Ingrosso 2022, p. 29).

## 1.2 L'INFLUENZA DEI MUTAMENTI SOCIALI SULLA FORMAZIONE DELL'INDIVIDUO CONTEMPORANEO

A partire dai movimenti sociali degli anni Settanta inizia a cambiare profondamente il rapporto dell'individuo con la società e con sé stesso.

I movimenti giovanili di allora hanno rivendicato il diritto alla felicità e al piacere; si contemplanò nuovi stili di vita e di relazioni, si manifesta più liberamente insofferenza verso tutto ciò che è istituzionalizzato e si aprono spazi per nuove forme espressive della creatività e conoscenze alternative.

Nello stesso periodo i movimenti femministi hanno poi dato il loro contributo a questo cambiamento sociale, portando le persone della società contemporanea a entrare sempre più in contatto con la propria corporeità e la propria sfera emotiva, ponendo queste due dimensioni al centro delle attenzioni e delle riflessioni (Colombo e Rebughini, 2006).

Anche i movimenti ecologisti hanno avuto un forte impatto sulla società, diffondendo i valori del rispetto ambientale, e hanno favorito una riscoperta del rapporto tra l'essere umano e la natura, vista come madre benevola da proteggere, da un lato, e alla quale chiedere riparo e supporto, dall'altro. La scoperta dei gravi effetti collaterali dei farmaci sulla salute e dell'industria farmaceutica sull'ecosistema ha suscitato sentimenti di ostilità nei confronti di tutto ciò che è chimico o tecnologico, percepito come dannoso per la natura e per l'essere umano che ne fa parte. Da qui comincia a diffondersi tra frange sempre più ampie della popolazione il desiderio di nutrirsi e curarsi solo con sostanze naturali, percepite al contrario come amiche, approccio che ha comportato il progressivo avvicinamento alle medicine non convenzionali (Lalli, 1988).

Questi movimenti, uniti al processo di individualizzazione in atto nella società contemporanea, hanno generato soggetti molto consapevoli dei propri diritti in qualità di esseri umani e dei processi sociali che li coinvolgono, dotati di

maggiore autonomia decisionale e di pensiero, e impegnati nella cura del proprio corpo e del proprio benessere.

Secolarizzazione e globalizzazione sono altri due fenomeni che contribuiscono a dar vita ai cambiamenti intervenuti nella propriocezione dell'individuo e del mondo circostante. La secolarizzazione consiste nel processo di progressiva perdita di influenza della religione sulla società, sulla cultura e sulla sfera pubblica, con il conseguente smarrimento di un importante punto di riferimento morale e valoriale, quale era la chiesa cattolica per la società italiana fino a pochi anni fa. Nelle persone emerge il bisogno di ascoltare anche le proprie esigenze spirituali che spesso si assecondano avvicinandosi con curiosità alle filosofie e alle religioni orientali o aderendo a diversi movimenti New Age che affermano di prendersi cura della persona in ogni suo aspetto, nella convinzione che dal benessere spirituale derivi anche quello psico-fisico (Colombo e Rebughini, 2006).

Con la globalizzazione si sono intensificati gli scambi culturali con stimoli da ogni angolo del pianeta. Usi e costumi, ma anche filosofie, religioni e medicine hanno iniziato a viaggiare nel mondo, fino a diventare alla portata di tutti, permettendo a chiunque di avvicinarsi ad altre culture a loro più affini (*ibidem*).

I grandi progressi in campo medico provocano reazioni ambivalenti nelle persone. La biomedicina ha creato aspettative molto alte di salute e guarigione da qualunque male, anche se tuttora non possiede la cura per molte malattie. Quindi, dopo un periodo di quasi cieca fiducia nei suoi confronti, molti hanno cominciato a disilludersi dalla promessa di quasi-immortalità, cercando risposte anche in altri sistemi di cura. Tuttavia, nella nostra società, si confida sempre nel progresso della biomedicina, anche se con un atteggiamento meno incantato e più critico. È la medicina stessa a responsabilizzare maggiormente le persone sul proprio stato di salute. Le conoscenze del medico sono ritenute indispensabili, per cui si ripone in lui una fiducia indispensabile, che però vacilla davanti alle domande e alle incertezze degli individui che vi si rivolgono. Questo accade soprattutto quando la

medicina convenzionale non trova una cura efficace alla malattia, soprattutto in tempi di specializzazione e focalizzazione sulla cura dei sintomi (*ibidem*).

La vita, comunque, grazie a questo progresso, si è allungata e molte malattie hanno smesso di risultare mortali per l'essere umano. Pertanto, anche le aspettative sulla salute si sono alzate. Il benessere psico-fisico diventa, così, un obiettivo sempre più importante dell'individuo contemporaneo, i cui punti di riferimento tradizionali risultano a questo punto fortemente indeboliti. Si ritrova spaesato davanti a un mare vasto di informazioni e possibilità di scelta. È indispensabile costruirsi un'identità in grado di proteggere dal senso di spaesamento e incertezza esistenziale che lo pervade. L'individuo è perennemente impegnato in questa attività, che parte dalla cura del proprio corpo, che “diventa espressione manifesta e materiale del sé” (*ibidem*, p. 30). Il corpo è percepito sì come mezzo espressivo, ma anche come limite a causa del suo deperire e invecchiare. Pertanto, a partire dalla modernità, con la crescita sociale della borghesia e dei suoi valori meritocratici, un corpo in buona salute diventa un obiettivo da guadagnarsi ogni giorno (Ghigi, 2020) e viene operato un costante controllo su di esso sotto forma di prevenzione delle malattie, ad esempio facendo ricorso a terapie non convenzionali (tra cui rientrano anche le diete o l'assunzione di integratori), e di mantenimento di uno stato di benessere generale attraverso attività di vario genere, come il fitness o lo yoga. Il benessere è associato all'efficienza del corpo e la nuova tendenza ad ascoltarlo diventa un modo per impedire che crei ostacoli nella biografia personale.

A questo proposito Giddens parla di “corpo-progetto”: il corpo viene a costituire uno degli appigli identitari più concreti nella società postmoderna e dà, così, la sensazione di avere sotto controllo almeno un aspetto della propria vita, investendo tempo ed energia in attività legate ad esso (Giddens, 1991).

### 1.3 L'INDIVIDUO-PAZIENTE

Questo individuo indipendente e spaesato che si viene a delineare nella contemporaneità inizia a esprimere bisogni specifici: ha bisogno che gli venga riconosciuta la sua unicità e irripetibilità e quindi di essere considerato nel complesso della sua persona. Ha bisogno di raccontarsi e di essere ascoltato. Ha bisogno di vivere una condizione di benessere e nei casi di malattia vuole dare a essa un senso ed essere rassicurato, ma anche sentirsi partecipe del proprio processo di guarigione o di gestione del malessere.

Il modello biomedico si basa su cinque assunti (Nettleton, 2006):

- 1) Dualismo mente-corpo;
- 2) Il corpo viene visto come una macchina e come tale può essere riparato, occupandosi dello specifico pezzo rotto o danneggiato;
- 3) La grande enfasi posta sugli strumenti di intervento tecnologici;
- 4) Riduzionismo: le spiegazioni della malattia si concentrano esclusivamente sul piano biologico, escludendo i fattori sociali e psicologici;
- 5) Eziologia specifica: la convinzione che ogni sintomo o malattia siano causati da un singolo agente patogeno identificabile.

Da questo schema è facile evidenziare come i principi della biomedicina manchino di molto nel venire incontro alle esigenze del paziente-individuo.

L'approccio dualista biomedico è diametralmente opposto a quello olistico che invece risponde ai bisogni di integrità e unicità manifestati dalla persona contemporanea. Quest'ultima prospettiva, che è l'elemento che accomuna le medicine non convenzionali, suggerisce un'idea del mondo come un ecosistema in cui tutte le dimensioni (natura, mente, cultura, ecc...) sono interrelate tra loro. Altrettanto accade nell'approccio all'individuo: secondo questa visione esso è da considerarsi nel suo insieme. Corpo, psiche, sfera sociale e sfera spirituale non sono scomponibili, ma funzionano in un fluire costante di scambi, nel mantenimento di un equilibrio dinamico e unico per ognuno. La malattia, infatti, è letta come un avvenimento che coinvolge tutte queste dimensioni e, pertanto,

anche la diagnosi e la cura devono tenere conto di questo stretto intreccio e saranno, quindi, altamente personalizzate per ogni individuo.

Tale principio sembra estraneo alla biomedicina, il cui obiettivo è quello di creare terapie il più possibile standardizzate e universali, e la cui tendenza è quella verso una parcellizzazione e una specializzazione sempre più distinte e precise. Il corpo, infatti, è visto come una macchina fatta di pezzi assemblati tra loro, riparabili e sostituibili senza che questo abbia effetti sulle altre componenti.

Tuttavia, l'individuo, per l'appunto, tende a non identificarsi in una macchina, in questo periodo storico meno che mai: tende a sentirsi un essere unico e complesso che fa parte di un sistema altrettanto unico e complesso. Vi è la tendenza a chiedere che venga rispettata la sua origine naturale ed è angosciato dal progresso tecnologico che giorno dopo giorno sembra farlo vivere in un romanzo distopico. La biomedicina riduzionista non è in grado di cogliere tale complessità, poiché lo riduce a un sintomo biologico, escludendo gli altri fattori che lo compongono, che invece per l'individuo sono di fondamentale importanza nella determinazione della propria persona e del proprio stato di salute o malattia.

L'eziologia specifica poi, oltre ad essere assai riduttiva, continua ogni giorno a tradire le aspettative e la fiducia di coloro che richiedono cure alla medicina allopatrica, proponendo terapie molto spesso in grado di silenziare il sintomo, ma non di sradicare la causa del problema, come mostrano i risultati della ricerca di Pina Lalli (1988). Spesso, inoltre, vengono praticate diagnosi e somministrate terapie non necessarie per situazioni non patologiche, che vengono però patologizzate dalla biomedicina, come viene esposto nel lavoro di Welch *et al.* (2011). In tale ricerca gli autori esplorano la questione della *sovra-diagnosi*: gli avanzamenti nella tecnologia medica e l'incremento di test e *screening* hanno portato il sistema medico a identificare talvolta condizioni per cui gli individui potrebbero non aver bisogno di trattamento.

Questo rimanda al processo di medicalizzazione in corso nella nostra società che approfondiremo più avanti in questo testo.

Tornando al nostro individuo-paziente, l'accesso alle informazioni e gli scambi comunicativi fanno oggi parte della sua quotidianità. Il tasso di istruzione è notevolmente cresciuto nel corso dell'ultimo secolo e l'avvento di Internet ha cambiato radicalmente il modo delle persone di approcciarsi alla conoscenza, rendendo qualunque informazione potenzialmente accessibile a chiunque sappia navigare in rete. Nasce così la figura del paziente informato, esperto, *empowered*. Con tali aggettivi si vuole identificare un paziente che si presenta dal medico già dotato di informazioni utili sulla sua condizione e sulle possibili strategie di cura da attuare, ma "esperto" anche nel senso che è colui che più di tutti conosce le condizioni in cui lui stesso sta vivendo. È il più legittimato a spiegare il suo stato e questo tipo di conoscenza diventa sempre più importante nella cura della persona nella nostra società (Ingrosso e Mascagni, 2020).

### 1.3.1 L'IDEALTIPO DEL PAZIENTE CONTEMPORANEO SECONDO I MEDICI

Interessante a questo proposito si rivela lo studio di Dietrich (2007) che esplora il punto di vista dei medici sui loro pazienti, venendo a delineare un idealtipo di "paziente moderno".

Questo "paziente moderno" è un soggetto umano senziente dotato di diritti civili e di autodeterminazione, ma anche di responsabilità rispetto alla propria comunità e a sé stesso. Tali diritti si esprimono nella richiesta di essere considerati soggetti attivi e partecipi del proprio processo di cura, appellandosi a valori umanistici. Questo tipo di autodeterminazione si rende possibile solo in una relazione medico-paziente in cui il medico sia disposto a concedere dignità e ascolto alla persona in cura.

Il "paziente moderno" si trova anche fortemente responsabilizzato davanti al proprio stato di salute, visto come il risultato del proprio stile di vita e non più come prodotto del destino. L'accessibilità alle informazioni non lo porta al livello di un esperto del campo medico, ma gli richiede di essere molto più responsabile di fronte alle proprie scelte di vita.

La relazione, quindi, resta asimmetrica sul piano del sapere esperto *versus* sapere profano. Tuttavia, si inizia a riconoscere l'importanza delle conoscenze del paziente sul proprio vissuto di malattia e la comunicazione e la fiducia diventano aspetti importanti della relazione di cura (Ingrosso e Mascagni, 2020) e delle *skills* professionali che il medico deve sviluppare per andare incontro a pazienti che sono più informati, ma che comunque non hanno una formazione medica. La tendenza è, insomma, quella di andare verso una relazione medico-paziente che riconosca equa importanza ai due attori che hanno conoscenze diverse, ma ugualmente imprescindibili. Una relazione tra due persone che condividono lo stesso obiettivo: la strada verso la guarigione (Dietrich, 2007).

In questa prospettiva, l'obiettivo del medico dev'essere non più quello di curare semplicemente la malattia, ma di formare un paziente più indipendente in grado di compiere scelte responsabili per la propria salute, tramite la condivisione di informazioni comprensibili a chi non ha in repertorio il linguaggio specialistico, ma comunque è interessato a sapere al meglio possibile come comportarsi e che fenomeni stanno accadendo dentro di lui.

Il "paziente moderno", infine, viene interpretato come cliente: poiché ha la possibilità di decidere a chi rivolgersi e che strategie di cura intraprendere, il sistema medico inizia a seguire le leggi di mercato. I medici devono, dunque, andare incontro alle richieste dei pazienti, pena la perdita di pazienti-clienti. In questo modo il rapporto medico-paziente si adegua, anche se talvolta solo di facciata, ai bisogni espressi dai pazienti nel rapporto di cura, poiché a loro è affidata la decisione rispetto all'accettarne o meno i presupposti e le modalità. Il paziente sembra configurarsi, così, come un attore dotato di forte impatto sul *management* del sistema medico e le sue *policy*, e sulle dinamiche del sistema medico in generale.

Questo idealtipo porta con sé benefici e svantaggi sul vissuto degli individui: da un lato i bisogni e le richieste di coloro che devono essere curati sembrano essere sempre più ascoltati, portando a un generale miglioramento delle dinamiche di cura (e, quindi, dei loro risultati); dall'altro questo porta a una

responsabilizzazione ancora maggiore dell'individuo, anche davanti al proprio stato di salute. Tuttavia, questa visione è perfettamente in linea con le tendenze della società contemporanea e i valori e principi promulgati dal capitalismo, secondo cui ciascuno, davanti a questo mare di possibilità che il mondo offre, è pienamente responsabile per il proprio successo e, in questo caso, per la propria salute (*ibidem*).

Per concludere, i bisogni dell'individuo-paziente spesso risultano insoddisfatti. Così si verificano due tipi di processi: da un lato la biomedicina negli ultimi anni ha iniziato a mettere in atto strategie manageriali per attirare a sé più pazienti, cercando di integrare risposte ad alcuni dei loro bisogni. Dall'altro lato dati e studi in discipline di vario tipo mostrano come molti individui abbiano messo in atto strategie di *exit*<sup>2</sup> (Hirschman, 1970), rivolgendosi a sistemi medici non convenzionali, o di integrazione di questi ultimi. Riprenderemo l'analisi di questo fenomeno più avanti.

#### 1.4 L'ESPERIENZA DELLA MALATTIA

L'individuo contemporaneo ha un altro importante bisogno: quello di dare un senso alla malattia che lo colpisce. È difficile definirla, poiché la definizione dipende dal contesto sociale e storico in cui è data.

In senso strettamente biologico “la malattia è una condizione che si manifesta con l'alterazione anatomica e funzionale di uno o più organi, ovvero come l'alterazione transitoria o permanente della condizione di equilibrio, che provoca una reazione dell'organismo, e che si coglie in un insieme di segni e sintomi che denunciano un malessere fisico o psichico” (Lonardi e Mori, 2020, p. 107).

Tuttavia, a prima vista è lampante il fatto che l'esperienza della malattia non sia riducibile a una semplice condizione biologica, in quanto implica diversi

---

<sup>2</sup> L'idea di *exit*, concettualizzata da Hirschman (1970) si riferisce alla possibilità o alla scelta di un individuo di abbandonare un'organizzazione, un mercato, o più in generale una situazione che non soddisfa più le sue aspettative o i suoi interessi.



cambiamenti nelle abitudini, nelle condizioni sociali individuali e nelle relazioni della persona malata. Twaddle (1994), infatti, propone una suddivisione triadica delle dimensioni della malattia, divenuta ormai un classico per gli studi della sociologia medica. Tale suddivisione si esplicita nei termini di *disease*, *sickness* e *illness*.

*Disease* è la malattia in senso più strettamente biologico. Sono l'insieme dei sintomi e delle condizioni fisiche con cui la persona malata si trova ad avere a che fare, come sono definite in ambito medico. È indipendente dalla soggettività di chi la vive o dai contesti sociali.

*Illness* rappresenta la dimensione emotiva soggettiva del soggetto malato, che è comunque culturalmente mediata. Si rifà all'esperienza umana della sofferenza, che coinvolge anche la rete sociale intima di chi vive la malattia.

*Sickness* è invece la dimensione sociale della malattia: riguarda il modo in cui la società rappresenta la malattia, che diventa un'identità sociale, con le sue regole e le sue aspettative. È il punto di vista della comunità che dà diritti e doveri alla persona malata.

Questo concetto triadico permette di cogliere meglio la complessità dell'esperienza di malattia che secondo Bury (1982) è vissuta come “un evento che provoca una discontinuità traumatica del corso di vita” (Lonardi e Mori, 2020, p. 111). Si tratta di una rottura biografica che comporta un ripensamento delle proprie categorie e dei propri parametri di interpretazione della vita e del proprio sé. Si perde un tratto della spontaneità e si esperisce un cambiamento radicale nella percezione del tempo: il futuro, normalmente dato per scontato, diventa più opaco o talvolta scompare dall'orizzonte di vita (Idler, 1979). Non stupisce dunque la presenza di un diffuso bisogno di dare un senso più ampio alla malattia. Tuttavia, la biomedicina tende a limitare il suo operato alla diagnosi e alla cura del sintomo. Se inizialmente la persona in cura si accontentava di questa modalità terapeutica, l'individuo contemporaneo sempre meno accetta di essere ridotto a un sintomo e chiede, dunque, di essere considerato nel suo insieme secondo un approccio

olistico: vuole che nella narrativa della sua malattia siano comprese tutte le dimensioni che secondo lui lo compongono. Chiede di essere ascoltato.

A tal proposito Kleinman (1988) parla dell'importanza delle narrazioni dei soggetti nella comprensione della condizione di sofferenza e di malattia. Secondo l'autore, questi racconti dovrebbero essere presi in più seria considerazione da parte dei medici perché potrebbero dare molti vantaggi nella cura anche di altri pazienti, per avere una comprensione più ampia del significato della malattia e del modo in cui questo significato possa avere impatto sulla persona nella sua condizione umana e nel suo approccio al proprio male.

Kleinman (*ibidem*), insomma, incoraggia un approccio più olistico ed empatico al paziente, mettendo in luce come nei processi di guarigione siano coinvolte anche dimensioni non solo strettamente biologiche, ma anche psicologiche, sociali e spirituali.

Le *illness narratives* servono all'individuo per dare coerenza e continuità alla propria storia di vita, che riesca in questo modo a comprendere anche l'avvento della malattia. Riordinano le esperienze per creare un filo rosso di coerenza e significati.

In effetti, una concezione più soggettiva e narrativa del paziente sembra ormai aver superato il modello del *sick role* di Parsons (1951), secondo il quale chi si ammala è tenuto a cercare cure e a obbedire agli ordini del medico; in questa prospettiva coloro che circondano la persona malata devono sostenerla, liberandola temporaneamente dalle sue normali responsabilità quotidiane (lavoro e vita familiare) e il medico ha il dovere di validare lo stato di malattia e di assicurarsi che la persona in cura non si approfitti dei vantaggi ottenuti dalla presente condizione.

Oggi invece l'esperienza della malattia viene vissuta (e letta) come qualcosa di più fluido, soggettivo, narrativo: Lorde (1982) parla della sua esperienza con il cancro al seno e si racconta come un *narrative subject*, ovvero un soggetto impegnato a conoscere sé stesso attraverso discorsi narrativi. Il malato è qualcuno

che cerca nei propri discorsi la verità della propria esperienza, rivendicando autorità interpretativa sul proprio vissuto (Frank, 2016).

A partire dagli anni Ottanta e Novanta nascono movimenti di pensiero nel mondo medico che pongono l'accento sull'importanza della costruzione di un proprio discorso di malattia da parte del paziente. Tra le voci importanti di questa corrente troviamo, ad esempio, Kleinman, sopracitato.

Da queste osservazioni nasce il concetto di “medicina narrativa”, un approccio alla cura in grado di cambiare la relazione tra medico e paziente e con essa le dinamiche di cura e gli effetti della terapia, di conseguenza. Affronteremo meglio questo tema nel capitolo 3.

Tale tendenza alla narrazione si riscontra anche nel fatto che un tempo la malattia fosse una questione strettamente privata. Oggi, invece, la diffusione di Internet e dei *social network* spingono le persone a condividere sempre più vari aspetti della propria vita, compresa la malattia, che trova spazio nella dimensione pubblica, facilitata a emergere grazie a una cultura, diffusa soprattutto tra i più giovani, che invita a non vergognarsi, ad accettarsi e a mostrarsi per quello che si è; a rispettare a propria volta anche gli altri affinché possano vivere la propria vita senza nascondere parti di sé. Così nascono e continuano a crescere *chatrooms*, blog, gruppi online di vario tipo, ma anche pagine social in cui persone accomunate da uguali o simili condizioni mediche hanno la possibilità di creare reti di supporto attraverso cui trovare e dare conforto, condividere i propri vissuti e scambiarsi informazioni e consigli utili (Conrad *et al.* 2016).

Questo panorama si colloca in un contesto in cui i progressi della scienza e della medicina e i conseguenti cambiamenti demografici (l'invecchiamento della popolazione) hanno favorito la diffusione di malattie di tipo cronico, che richiedono al soggetto che le vive e al suo reticolo sociale di trovare un modo di convivere, attraverso un ripensamento di senso di diversi aspetti dell'identità e delle abitudini.

Così, l'avvento della malattia può presentarsi anche come occasione di ridefinizione della propria identità. May (1991) usa la metafora della fenice per

parlare della persona malata che rinasce dalle ceneri. Al contrario della fenice, la vittima ricorda la propria vita prima della malattia, cosa che stabilisce continuità con il passato, ma che al tempo stesso rafforza un senso di distanza da esso.

“Le *illness narratives* invocano il cambiamento, basato sulla comprensione della malattia come un momento in cui il cambiamento è particolarmente possibile” (Frank, 1993, p. 41).

La malattia è vissuta come un’epifania: un momento che lascia il segno sulla persona che ne viene colpita. È un momento di crisi che altera le strutture di significato fondamentali e normali della vita del soggetto.

Frank (1993), prendendo in esame testimonianze di esperienze di malattia pubblicate da diversi autori - tra cui May, Alsop, Lorde e Radner, per citarne alcuni – identifica quattro tipi di narrazione che questa epifania può generare nelle *illness narratives*.

- 1) “*Who I always have been*”: in questo tipo di narrazione la malattia viene dotata di senso pratico nella propria biografia, come se fosse in grado di provocare un’espansione dello stato di coscienza di chi la esperisce; come qualcosa che si inserisce perfettamente nel contesto in cui interviene per dare addirittura degli ulteriori strumenti di interpretazione del proprio corso di vita e della propria missione nel mondo.

“*This book was conceived in the realization that my long illness with a disease of the spinal cord has been a kind of anthropological trip, for through it I have sojourned in a social world no less strange to me at first than those of the Amazon forests*” (Murphy, 1987, p. ix)

- 2) “*Who I might become*”: l’esperienza della malattia in questo caso è narrata come l’occasione per trovare modalità nuove e inaspettate per convivere (come avviene, per esempio, nel caso di Joanna Baumer Permut che scopre la scrittura come mezzo per affrontare il lupus che le viene diagnosticato), oppure semplicemente come cambio di prospettiva sugli eventi, sui rapporti e sulle dinamiche della vita.

- 3) Epifanie cumulative: l'epifania in questo caso consiste nel riconoscere che la malattia è sempre stata il *medium* del sé e nel capire in che modo essa abbia impattato sulla propria identità. Così accade a Zola che, disabile dall'infanzia per via della poliomelite, solo quando si reca in visita in una comunità di disabili, si rende conto di quante energie abbia speso nella sua vita per omologarsi a un mondo dove la norma è la completa funzionalità del proprio corpo.
- 4) Fenici riluttanti: sono autori che interpretano in modo ambivalente il cambiamento causato dalla malattia sulla loro identità. Riconoscono i segni di questa condizione sul proprio corpo, ma li vedono come cambiamenti quieti.

*“Even as I write about it I feel a kind of terminal ambivalence about the entire experience. Though I would never have chosen to have cancer, it is part of me and therefore something that I can't hate, deny, or discard. Like a lame leg or a blind eye, it is with me for the rest of my life. For better and for worse, I will live with it and quietly work and rework my personal history in an effort to accommodate it as much as possible.”* (Mullan, 1975, p. 195)

Per concludere, il vissuto della malattia è molto personale e cambia notevolmente a seconda delle condizioni psicologiche, sociali ed economiche del paziente. Pertanto, la crescente richiesta di ascolto della propria storia di vita ha sempre più bisogno di essere presa in considerazione. Nei prossimi capitoli vedremo le strategie messe in atto dai pazienti da un lato e dal sistema medico dominante dall'altro per risolvere le insoddisfazioni e le crepe che stanno sorgendo in questo rapporto.

## 1.5 UNA STRATEGIA DI *EXIT*: IL RICORSO ALLE TERAPIE NON CONVENZIONALI

Come anticipato, alcuni individui, rimasti delusi da certe modalità della biomedicina, mettono in pratica una strategia di *exit*, decidendo di rivolgersi a sistemi medici “alternativi”, almeno rispetto a quello allopatico dominante nella società Occidentale.

Ma quali sono queste terapie non convenzionali? Colombo e Rebughini (2006) individuano sei categorie in cui è possibile raggrupparle, in base ai contenuti di senso che ne costituiscono il fondamento. Troviamo, innanzitutto, un insieme di pratiche terapeutiche riconducibili al paradigma orientale (ayurveda, medicina tradizionale cinese, medicina tibetana, ecc...): questi sistemi medici vedono la salute come un equilibrio instabile che va mantenuto attivamente con l'impegno personale e l'aiuto e la guida di un professionista. La malattia è collocata in un campo ampio che include stati d'animo, carattere, emozioni e relazioni.

Un secondo raggruppamento coinvolge le pratiche *magico-carismatiche*, che si fondano sulla convinzione di poter utilizzare energie e forze sovranaturali. La loro riuscita è solitamente affidata a poteri speciali posseduti dall'esperto in questione, che non sono frutto di studio o esperienza, ma di doti/doni innati e sovranaturali. Un esempio di questo è la pratica sempre più diffusa del *reiki*<sup>3</sup> (*ibidem*).

Successivamente troviamo la categoria del *bodywork*. Si tratta di pratiche di esercizio fisico di ispirazione orientale, come lo yoga o lo shiatsu, ma anche di pratiche di manipolazione corporea provenienti dalla cultura occidentale. La più nota tra queste è l'osteopatia, una disciplina sviluppata da Taylor Still, un medico statunitense, basata sull'idea che il corpo umano sia un'unità integrata, le cui parti sono interconnesse e influenzano reciprocamente la salute. L'osteopata, attraverso

---

<sup>3</sup> Il *reiki* è una pratica di origine giapponese che consiste nell'incanalare l'energia vitale universale (*ki*) attraverso le mani del terapeuta nel corpo del paziente per ripristinare l'equilibrio energetico e promuovere in questo modo il benessere fisico, mentale ed emotivo.

manipolazioni di vario tipo, ripristina l'equilibrio del corpo, promuovendo il processo di guarigione naturale (*ibidem*).

Il quarto insieme include quelle terapie che ritengono necessario tenere in considerazione le interconnessioni tra corpo, mente, emozioni e relazioni poiché vedono la malattia come strettamente correlata agli stati psicologici della persona. Viene enfatizzata in queste pratiche la relazione dialogica che deve necessariamente crearsi tra medico e paziente. Rientrano tra queste pratiche tutte quelle forme terapeutiche che permettono di agire sulla dimensione emotiva (musicoterapia, aromaterapia, cromoterapia, ecc...).

Troviamo poi la categoria delle pratiche occidentali alternative: l'omeopatia, la naturopatia, la fitoterapia sono solo alcuni esempi di quei sistemi di cura radicati nella tradizione scientifica (nel senso che si presentano come un *corpus* articolato di ipotesi terapeutiche, ma contrastano con il sapere scientifico ortodosso), che non sono state ufficialmente riconosciute, ma sono state anzi relegate in posizioni marginali. L'omeopatia è il più eclatante di questi casi: è una pratica terapeutica nata in Germania alla fine del XVIII secolo per mano di Samuel Hahnemann che, semplificando, si basa sul principio del *similia similibus curantur* (legge dei simili): l'idea secondo cui una sostanza che causa determinati sintomi in una persona sana può essere utilizzata per curare gli stessi sintomi in una persona malata, se diluita molte volte e agitata in un processo noto come "dinamizzazione". Questo sistema terapeutico viene molto criticato dalla comunità medica e scientifica tradizionale perché mancano prove scientifiche che ne dimostrino l'efficacia. Nonostante ciò, il suo utilizzo è ampiamente diffuso e in continuo aumento in tutto il mondo occidentale (*ibidem*).

L'ultimo raggruppamento è quello che comprende gli sforzi volti a realizzare una sintesi culturale e terapeutica, ovvero prospettive che cercano di riformulare il paradigma medico in modo da integrare principi e approcci provenienti da diverse tradizioni e diverse modalità di cura all'interno di un unico quadro (*ibidem*). Troviamo tra queste l'esempio della medicina integrativa, che approfondiremo nel terzo capitolo.

Nella sua ricerca sulle pratiche di cura non convenzionali nell'Italia di quasi quarant'anni fa, Pina Lalli (1988) vuole cogliere gli elementi e la complessità di questa tendenza sociale in atto (oggi in modo ancora più evidente) che vede coinvolto un numero sempre crescente di persone.

Dalla sua analisi emerge come gli individui siano sempre più spinti a cercare risposte "alternative". Tra le cause di questa tendenza troviamo, appunto, un crescente bisogno di essere considerati nel proprio insieme come persone uniche e irripetibili, secondo una visione olistica che, come abbiamo detto sopra, è distante dall'approccio della biomedicina. Tali persone esprimono una domanda di protezione: la richiesta non è più solo quella di essere guariti fisicamente, ma di essere anche curati in tutte le proprie dimensioni e di essere accompagnati nella ricerca di un senso da dare alla propria malattia, in un contesto che favorisca il racconto e l'ascolto.

Altro elemento che spinge gli individui a questo cambio di interlocutore è la volontà di recuperare un rapporto benevolo con la natura, percepita come amica dell'essere umano, pura, e contrapposta all'*artificiale*, che trova espressione nel farmaco, visto invece come antagonista, per via della sua provenienza chimico-sintetica e dei suoi effetti collaterali (*ibidem*). Questa ragione viene addotta spesso quando si parla di cura dei bambini: le medicine non convenzionali sono viste meno invasive e potenti, e dunque più adatte a un organismo ritenuto ancora debole e in fase di formazione (Colombo e Rebughini, 2006).

Infine, le terapie non convenzionali sono viste come "nuove tecnologie supplementari" (Lalli, 1988, p 185), altre modalità per raggiungere l'obiettivo della guarigione e della salute. In questo caso gli individui possono includere l'uso di queste medicine o in processi di cura (specialmente di malattie croniche, che la biomedicina tende a trascurare) o semplicemente nel proprio stile di vita, che ambisce ad essere "sano" (Colombo e Rebughini, 2006).

È importante segnalare, comunque, che a far ricorso a pratiche di cura non convenzionali sono soprattutto persone appartenenti alla classe medio-alta e con un buon livello di istruzione (*ibidem*).



Lalli (1988) individua, dunque, in conclusione tre “forme” che l’individuo che si avvicina a queste terapie può assumere:

- 1) *L’individuo iper-socializzato*: questo individuo percepisce il sintomo come un’anomalia, una devianza che ostacola il suo benessere quotidiano, economico e sociale. L’eliminazione del sintomo diventa la priorità e la malattia è vista come qualcosa di estraneo da estirpare e le terapie non convenzionali si configurano come strumenti ulteriori in vista di tale obiettivo.

Il corpo è un oggetto di culto, supposto integro e sano al suo stato “normale”, che è possibile preservare attraverso un rigoroso rispetto delle “norme di culto”.

Viene definito “iper-socializzato” perché aderisce completamente al dovere sociale di mantenersi in buona salute (come vedremo meglio in seguito). È, infatti, impegnato nella gestione della propria cura e della propria salute tramite rituali altamente codificati, per migliorare le prestazioni individuali e per “aderire radicalmente all’apertura tecnologica che non conosce limiti e orizzonti, sempre alla conquista di nuovi, esotici o più profondi segreti della natura e della civiltà” (*ibidem*, p. 189). In questo contesto, il farmaco convenzionale diventa il simbolo della colpa civile e viene sostituito dal rimedio “naturale”, che segue però la medesima logica.

- 2) *L’individuo bricoleur*: il sintomo qui appare come un’esperienza di sofferenza che può rendere improduttivi, ma viene percepito anche come richiesta di ascolto più profondo, che implica una gestione più complessiva, olistica. Questo individuo sa che, sebbene l’obiettivo finale sia comunque l’evacuazione del sintomo in questione, il percorso di guarigione implica un percorso di comprensione complessiva, elastica e reticolare.

Il suo metodo per prendersi cura di sé stesso è, appunto, il *bricolage*, un approccio fai-da-te il cui fondamento è la possibilità di ricorrere a diversi metodi di cura, in una combinazione autogestita che spesso comprende sia pratiche biomediche convenzionali, sia pratiche “alternative”. Il farmaco in

questo contesto, infatti, non è completamente demonizzato: è una risorsa utile che può essere adoperata in caso di necessità, come lo sono anche i rimedi più “naturalisti”.

Si verifica, dunque, di volta in volta, un’identificazione parziale da parte di questo individuo al modello terapeutico proposto, secondo un approccio che talvolta può coinvolgere anche una dimensione simbolica di una trascendenza a cui rivolgersi *come se* ci si credesse davvero.

- 3) *L’individuo tensionale*: il sintomo viene vissuto qui come un segno di disagio nell’interazione con sé e con l’ambiente sociale circostante. Questo individuo non si sente a proprio agio né nell’approccio del *bricoleur*, né in quello dell’individuo iper-socializzato, non trovando in questo modo riparo da nessuna parte e decidendo semplicemente di accettare la presenza del sintomo, “in vista sempre di una sua ricomprensione, che però non ha mai fine e lascia quindi l’individuo *in tensione*” (*ibidem*, p. 192).

Più che di tre tipi di individui o idealtipi, in quanto non sono definiti e separati da confini netti, possono essere indicati come tre stili che possono intrecciarsi tra loro, fluire l’uno nell’altro a costituire nuove combinazioni ulteriori (*ibidem*).

## **CAPITOLO 2 – SOCIETA' DEL BENESSERE E MEDICALIZZAZIONE**

Una delle caratteristiche fondanti della cultura della società occidentale contemporanea è l'enfasi che pone su salute e benessere, che si inseriscono nelle logiche del pensiero neoliberale e del mercato.

Si sviluppa così una concezione moralista e meritocratica degli stati di salute e malattia degli individui, affiancata da un'industria del benessere in senso lato in costante espansione.

Questi fenomeni sono causa e conseguenza del processo di medicalizzazione che interessa questa società e i suoi individui a partire dagli anni Sessanta del XX secolo.

### **2.1 SOCIETA' DEL BENESSERE E DELLA PREVENZIONE**

I progressi scientifico-tecnologici hanno profondamente mutato il panorama demografico del mondo occidentale e il suo approccio alla malattia, alla morte e, di conseguenza, alla salute e al benessere.

Secondo Omran (1971), considerato il padre della teoria della *transizione epidemiologica*, ci troviamo attualmente nella terza transizione, che chiama *Age of Degenerative and Man-Made Diseases*, successiva in ordine cronologico alla *Age of Pestilence and Famine* e alla *Age of Receding Pandemics*. Nella fase in cui ci troviamo, iniziata alla fine dell'Ottocento nei Paesi occidentali, le malattie pandemiche e infettive sono rimpiazzate nel ruolo di maggiori cause di morte da patologie degenerative. Si assiste a un declino nei tassi di mortalità: l'aspettativa media di vita supera i 50 anni di età e le determinanti biologiche e antropogeniche della malattia cambiano. Sono stati studiati farmaci, vaccini e interventi per diverse malattie che un tempo risultavano mortali e che oggi, invece, possono essere facilmente curate o tenute sotto controllo, come ad esempio il vaiolo, che ha mietuto milioni di vittime nel corso della storia umana, fino al 1979, quando ne è

stata dichiarata ufficialmente l'eradicazione, grazie alla formulazione del suo vaccino.

D'altro canto, però, siamo più soggetti a malattie degenerative (come il cancro o il diabete) o alle “malattie introdotte dall'uomo”, come quelle causate dalle radiazioni o dagli agenti carcinogeni presenti nell'ambiente e negli additivi inseriti negli alimenti (Omran, 1983).

Tuttavia, il concetto di “malattie introdotte dall'uomo” è stato criticato da chi sostiene che ogni epoca si è caratterizzata per specifiche patologie causate dalle abitudini di vita dell'essere umano (Mackenbach, 2022). Pertanto, forse, avrebbe più senso parlare di “nuove malattie introdotte dall'uomo”, che si differenziano dalle precedenti per un avvento più tardivo nel corso di vita delle persone che ne vengono affette.

Il risultato è un allungamento dell'aspettativa di vita, legato allo sviluppo socio-economico, a quello scientifico-tecnologico e al conseguente miglioramento degli standard igienici del mondo occidentale.

### 2.1.1 CULTURA E INDUSTRIA DEL BENESSERE

Queste nuove caratteristiche biologiche dell'essere umano permettono all'individuo di meglio sottostare alle pretese e agli standard di produttività del modello neoliberista occidentale: la mentalità che soggiace a questo meccanismo è che migliori condizioni di vita e di salute permettono un più alto livello di performatività.

Ciò che è in gioco è una dinamica che può essere letta con la categoria di *biopotere* elaborata da Foucault (1976), secondo cui esso agisce creando delle norme incorporate che l'individuo deve seguire se vuole raggiungere lo stato di benessere che gli viene promesso. Perché questo avvenga, vengono fornite tecniche (ad esempio, quella medica) per rientrare nei parametri del diritto al benessere e alla felicità. Secondo questa prospettiva, nascerebbe così, a partire dagli anni della Rivoluzione Francese, una *tecnologia politica dei corpi* che,

fornendo gli strumenti per migliorare le abilità umane, crea in modo subdolo corpi obbedienti, docili e adatti a sostenere e mantenere il sistema capitalistico. È una politica di coercizione che lavora sul corpo senza ricorrere all'uso diretto della forza, ma attraverso una sua manipolazione calcolata dei suoi elementi, dei suoi gesti e dei suoi comportamenti: una disciplina incorporata (*ibidem*).

Pertanto, uno stato di generale benessere e salute diventa una missione da perseguire con tutte le forze per inserirsi al meglio nella *società della performance* e rimanerci dentro il più a lungo possibile (Chicchi e Simone, 2017).

Tale modello trova le sue radici nella dimensione agonistica e competitiva del mercato libero. “La società della *performance* è la società del culto del corpo perfetto, del fitness, nuovo spazio ecologico che sopperisce perversamente al crollo degli ordini simbolici e fondato sull'esibizione compulsiva e narcisistica del proprio fittizio potere seduttivo” (*ibidem*, p. 378). “Successo”, “competitività” e “metodo” diventano le parole chiave di questo sistema ed entrano a pieno titolo nel vocabolario dell'individuo contemporaneo, impegnato nel raggiungimento e poi nel mantenimento di uno stato di salute e benessere, che si manifesta tramite l'esibizione di un corpo forte e giovane.

In questo panorama non stupisce la diffusa paura di invecchiare e di morire, in una società volta tutta all'eliminazione della morte: secondo Ariés (1974), ci troviamo nella fase della *morte proibita*, iniziata a partire dal secondo dopoguerra. In tale fase la morte viene eliminata dal panorama sociale, non se ne parla mai direttamente; è un tabù perché non va d'accordo con la *performance* della vita sempre felice che la società è impegnata a tenere in piedi.

Qui nasce la scommessa di vincere la morte: lo scopo della biomedicina e dell'individuo è quello di allontanarla, posticiparla sempre di più con l'obiettivo sotteso di eliminarla. Questo atteggiamento si riflette nelle norme sociali – si parla della morte solo attraverso metafore e perifrasi (“se n'è andato”, “è venuto/a a mancare”, ecc...) – e nelle pratiche individuali di manutenzione del corpo e della salute, che cullano la società in “un'illusione di eternità”. È una società vitalista e

giovanilista che non incontra volentieri la morte e, quindi, neanche la vecchiaia (Allievi, 2014).

Così, nei media e nel discorso comune viene promulgata una cultura del benessere, che passa attraverso un corpo in salute; e un corpo in salute è un corpo forte e bello.

Ma cos'è questo benessere tanto declamato? Secondo il National Wellness Institute il termine dev'essere interpretato in chiave olistica, e rappresenta uno stato di salute ben distribuito su sei dimensioni della vita umana: salute sociale, occupazionale, spirituale, fisica, intellettuale ed emozionale<sup>4</sup>.

E come si può raggiungere tale condizione ideale? Gli individui devono tenere sotto controllo contemporaneamente diversi elementi della propria vita con azioni quotidiane – seguire una dieta equilibrata, praticare esercizio fisico, ottenere un buon livello di autostima, ecc... - che, se praticate con costanza, ripagheranno con l'agognato benessere.

La ricerca di questo stato diventa una sorta di *status symbol*, centrale nei discorsi a partire dagli anni Novanta, quando gli individui si rendono conto che Internet è in grado di fornire numerosi consigli per stare meglio, senza il bisogno di rivolgersi al medico (Walsh, 2015).

Nella ricerca di Farkas (2010), l'autrice analizza tre riviste di *wellness* – *Life*, per le donne, *Men's Health*, per gli uomini e *Bicycling*, per tutti – e si interroga sulla definizione che queste danno dei concetti di salute e di benessere e sul modo in cui esse alimentano e soddisfano l'ansia degli individui sul benessere del proprio corpo come entità fisica e sociale. Tali riviste promulgano dichiaratamente il messaggio che, impegnandosi a essere la versione migliore di sé stessi, i lettori saranno liberati dall'ansia e verranno loro aperte le porte per ottenere maggiori livelli di *agency* e influenza nel rapporto con sé stessi e, di conseguenza, con gli altri.

---

<sup>4</sup> <https://nationalwellness.org/resources/six-dimensions-of-wellness/> consultato il 12 ottobre 2023

Il corpo è qui ritratto come qualcosa che può (e quindi deve) essere manipolato per stare meglio. Negli articoli pubblicati si mette in evidenza l'associazione virtuosa tra salute, snellezza e bellezza, un messaggio rivolto soprattutto alle donne, a cui vengono dati consigli per mantenere la disciplina in questi ambiti, ma senza richiedere sforzi esagerati. Sono consigli impacchettati e venduti per riuscire a incastrarli nella quotidianità in modo da poter continuare a vivere la propria vita, perseguendo l'obiettivo del benessere: per esempio, sequenze di *workout* da praticare potenzialmente ovunque, in qualunque momento della giornata.

Le lettrici sono poi incoraggiate a provare nuove pratiche, a superare i propri blocchi psicologici per raggiungere i propri obiettivi, a creare connessioni con gli altri. Tutto questo diventa più facile costruendosi alti livelli di autostima, che nascono proprio dalla forma fisica.

Per gli uomini, invece, il discorso è un po' diverso: i consigli vengono forniti a un idealtipo di lettore che "immagina sé stesso come un ragazzo per cui sarebbe inappropriato perseguire il benessere con esplicita serietà, ma che comunque è interessato ad avere una vasta gamma di strumenti utili – *skills*, attrezzi, caratteristiche – pronti all'uso" (*ibidem*, p. 118).

Qui è resa esplicita la centralità del *fitness* nell'ideale di mascolinità. Una forma fisica muscolosa però, è inseparabile dalle dimensioni della sfida, della competizione e delle interazioni sociali. Nella cultura contemporanea, il vero uomo deve sapere come fare la cosa giusta in ogni ambito della sua vita: al lavoro, in cucina, nell'intimità e nella sfera sociale.

Da entrambe le parti sembra che i consigli dati siano volti ad avvicinare i lettori il più possibile verso l'ideale di attrattività dell'altro sesso in un'ottica molto eteronormativa, ma non è questa la sede per approfondire questo tema.

Il benessere, dunque, è usato come parola in codice per designare autodisciplina, docilità e bellezza. Si tratta del culto del corpo perfetto mascherato con le vesti della ricerca di uno stato di salute.

Tra questi valori e questa cultura si crea lo spazio per uno sviluppo smisurato dell'industria del benessere, alimentato inizialmente dai *baby boomers* che agli inizi degli anni Duemila stavano raggiungendo l'apice della loro produttività e avevano i mezzi economici e di tempo per preoccuparsi di questa sfera (Kickbusch e Payne, 2003).

Il *wellness* è diventato, così, una sorta di marchio di qualità che ogni azienda nel campo del marketing ha iniziato a inserire in ogni suo prodotto perché è in grado di attirare i clienti, contribuendo ad alimentare una vera e propria cultura del benessere, che coinvolge anche le aziende e le azioni dei governi. Molte aziende, soprattutto americane, si sono mosse per promuovere programmi di gestione della salute, attraverso convenzioni e incentivi monetari, in certi casi incoraggiati dalle politiche statali (Walsh, 2015).

L'industria del benessere, che comprende prodotti di ogni genere, dal cibo, al *fitness*, al turismo della salute e tanti altri, è emersa come meccanismo di controllo sul corpo entro il regime neoliberale. Tale regime, inserito nelle logiche del capitalismo, non si cura delle disuguaglianze strutturali, che consentono l'accesso a queste "risorse" solo ad alcune fasce della popolazione (Eberhardt, 2022).

Ultimamente il discorso neoliberale ha preso le distanze dal parlare esplicitamente del tema della dieta per la perdita di peso, ma continua a pretendere disciplina e controllo: dormire, mangiare e persino respirare sono diventati aspetti su cui esercitare una sorveglianza costante, legati inestricabilmente alla moralità, alla virtù e alla responsabilità individuale di ciascuno (*ibidem*).

#### 2.1.2 RESPONSABILIZZAZIONE DELL'INDIVIDUO E AUTO-SORVEGLIANZA

Le dinamiche appena descritte vengono a consolidare l'ideale capitalista della possibilità di raggiungere qualsiasi obiettivo, se solo lo si vuole veramente, responsabilizzando ulteriormente l'individuo davanti al proprio corso di vita e alla propria salute, che diventa una questione di successo o fallimento.



Come accennato nel capitolo 1, l'accessibilità alle informazioni in un'epoca di infinite possibilità di scelta dipinge degli individui che hanno l'opportunità di decidere se stare bene o male, come diretta conseguenza dello stile di vita che scelgono di condurre. Le persone hanno il diritto e il dovere di stare bene, salvo quando vengono colpite da malattie per cui ancora non è stata trovata una cura dalla scienza biomedica.

Le condotte etichettate come "malsane", e quindi le persone che le seguono, vengono stigmatizzate, come avviene con i fumatori e gli obesi (Maturo e Setiffi, 2016). Diventano persone che perdono quel diritto alla salute e alla felicità perché hanno deciso di privarsene con le proprie mani.

Negli anni Duemila la salute si è venuta a consolidare come uno dei mantra trainanti dei governi e degli individui, come una responsabilità e al contempo un desiderio collettivo e individuale: diventa la promessa di una potenziale perfezione, una nuova versione dell'eterna giovinezza e una medaglia al merito che legittima chi la indossa ad affermare di essere responsabile e meritevole, sia come cittadino che come individuo (Cheek, 2008).

Essere in salute non significa più essere privi di malattie, bensì implica l'abbracciare un ampio insieme di scelte di vita e di tecnologie.

Ultimamente si parla a tal proposito di *salute digitale* per designare l'utilizzo di strumenti tecnologici e dispositivi digitali che supportino l'individuo-paziente e i professionisti sanitari nella prevenzione, nella diagnosi e nel trattamento delle malattie e che fungano poi da sostegno nell'attività di gestione e monitoraggio di stili di vita e condizioni di salute.

L'impiego di tali dispositivi, che permettono di raccogliere, condividere e archiviare dati sulla nostra salute, prende il nome di *mobile health*, che coinvolge un numero sempre più ampio di persone disposte a supportare le attività di automonitoraggio (Lupton, 2015).

I dispositivi di cui si parla sono app, talvolta connesse a sensori indossabili, come ad esempio l'Apple Watch che permette di tenere traccia del battito cardiaco, della pressione sanguigna e di tanti altri parametri; ma sono anche piattaforme, come i

blog, in cui le persone hanno l'opportunità di parlare delle proprie condizioni di salute e malattia, di condividere consigli e di costruire *illness narratives* che contribuiscano così alla comunicazione di massa (Artieri, 2012).

Inoltre, i test diagnostici diventano sempre più precisi, arrivando a cogliere aspetti infinitamente piccoli della fisiologia umana e permettendo in questo modo di individuare le predisposizioni e i rischi a cui un individuo è soggetto (Conrad, 2007).

Ciò che viene richiesto agli individui-pazienti in questo panorama è, dunque, di effettuare una costante attività di auto-sorveglianza per assicurarsi una condizione di salute/benessere.

Uno dei possibili rischi di questa situazione è che lo Stato si senta così deresponsabilizzato nella rimozione delle disuguaglianze sociali dell'ambito sanitario, determinando quello che Williams e Fullagar (2019) hanno denominato *lifestyle drift*: un fenomeno per cui gli Stati inizialmente cercano di promuovere una riduzione delle disuguaglianze, ma finiscono in realtà per istigare gli individui a una maggior responsabilizzazione che si rivela meno efficace dei potenziali interventi statali di azione pubblica.

Rier (2022), comunque, invita i suoi colleghi sociologi a riconoscere, seppur con spirito critico, l'importanza della responsabilizzazione dell'individuo, che in generale provoca effetti positivi nella logica della prevenzione. L'autore sostiene che la sociologia tema di macchiarsi di *victim-blaming*; tuttavia, nota come diversi studi abbiano messo in luce che le persone malate siano in molti casi disposte a prendersi più responsabilità di quante la materia vorrebbe affibbiargliene, dando vita, ad esempio, alla via della co-produzione nel processo di cura, che implica il coinvolgimento attivo del paziente, visto di buon grado sia dal personale sanitario, sia dai soggetti in cura. Si ritorna, così, al concetto di *empowerment* del paziente, sempre più richiesto e incentivato negli ambienti del sistema sanitario occidentale.

Tutti i soggetti agenti della scena medica sono dunque invitati a trovare un punto di equilibrio in cui vengano riconosciute le disuguaglianze socioeconomiche

come fattori determinanti per le reali opportunità degli individui di condurre stili di vita adeguati, rendendo responsabile lo Stato davanti ai propri cittadini; che questo responsabilizzi, poi, i cittadini in modo opportuno, creando una cultura della prevenzione che sia utile, ossia efficace per ridurre anche la spesa pubblica, ma che al contempo non generi comportamenti ossessivi in chi vi aderisca; un equilibrio, insomma, in cui si crei una maggiore sinergia tra Stato, enti privati e cittadini nella gestione della salute e della sanità.

## 2.2 MEDICALIZZAZIONE

La medicalizzazione è quel processo attraverso cui condizioni e aspetti della vita, da un certo punto in poi, sono definiti e trattati come problemi medici, come malattie o come disturbi (Conrad, 1992). Tale processo coinvolge la nostra società, ogni giorno in modo più evidente: la salute è considerata, infatti, un bene indispensabile per chi vuole vedere allontanati i limiti della vecchiaia e del deperimento del corpo umano. Questi desideri hanno portato a un investimento nelle innovazioni e nel progresso medico-scientifico, che a sua volta ha contribuito ad alimentare ancora di più tali aspirazioni salvifiche. Così, un circolo vizioso porta a un aumento del consumo di farmaci e delle indagini diagnostiche, nonché ad un rapporto ansioso con la medicina, legato anche all'invecchiamento della popolazione (Colombo e Rebughini, 2006).

Secondo Conrad (2007), uno degli autori che ha analizzato questo tema più in profondità negli ultimi anni, una delle principali cause della medicalizzazione è lo sviluppo della biotecnologia, che ha regalato alla medicina test diagnostici sempre più precisi, capaci di cogliere rischi e predisposizioni, che prima non rientravano nel panorama di conoscenza dei soggetti e non potevano, pertanto, essere tenuti sotto controllo medico.

Un'altra delle cause individuate dall'autore è una cultura che concepisce la salute e la malattia come problemi meramente medici e individuali, trascurando il peso delle condizioni socioeconomiche nel modellare questi aspetti. Per esempio,

etichettare e trattare un problema di deficit dell'attenzione di un bambino in condizioni familiari e di vita difficili come ADHD può essere un modo per spiegare problematiche psico-sociali attraverso diagnosi mediche, non considerando così la complessità della situazione (*ibidem*).

Infine, Conrad (*ibidem*) considera i consumatori come agenti promotori della medicalizzazione. Aumenta, infatti, giorno dopo giorno il numero di coloro che vogliono “stare più che bene”, che con questo scopo tendono a utilizzare un vocabolario medico per descrivere il proprio stato, in modo tale da poter trovare una “cura” in grado di potenziarlo.

Oltre a questi individui però, esistono anche delle esplicite richieste di medicalizzazione da parte di gruppi con caratteristiche simili a quelle dei movimenti sociali che chiedono a gran voce il riconoscimento di alcune condizioni come patologie. Si tratta delle malattie invisibili o enigmatiche: quell'insieme di condizioni dolorose che affliggono molte persone, che però non hanno segni tangibili oltre al dolore esperito da chi ne soffre e, pertanto, non vengono prese sul serio e non sono riconosciute come malattie, ad esempio la vulvodinia o l'endometriosi (*ibidem*).

Negli anni Settanta diversi sociologi iniziano a notare e ad affrontare questo tema: abbiamo già parlato della visione *biopolitica* di Foucault (1979), che promuove il mantenimento in salute dell'individuo come forma di controllo sociale incorporato. Secondo questa prospettiva, la medicina è diventata l'infrastruttura invisibile, ma al contempo molto solida attraverso cui diamo senso agli eventi della vita, che prima non rientravano nel suo dominio.

Similmente Zola (1972) analizza il ruolo della medicina nella società americana degli anni Settanta come nuova istituzione di controllo sociale, che si sostituisce gradualmente alla religione e alla legge. Questo processo rende le etichette di “sano” e “malato” fondamentali per aspetti sempre più numerosi della vita, con conseguente potenziamento di qualunque proposta che venga espressa attraverso termini medici.

Illich (1976) poi, illustra il concetto di *iatrogenesi*: l'idea secondo cui sarebbe la medicina stessa a creare la malattia, abbassando i livelli di sopportazione del disagio e generando in questo modo nuovi bisogni di cura. La cura della salute si trasforma, così, in un prodotto standardizzato e industriale.

Negli ultimi anni la sociologia ha proposto nuove prospettive da cui osservare il processo in corso nella nostra società: Rose (2007) concettualizza lo *sguardo molecolare*, meglio in grado di interpretare le tendenze contemporanee rispetto allo sguardo clinico adottato da Foucault (1963)<sup>5</sup>. Per Rose la biomedicina di oggi è caratterizzata dal focus che pone sugli aspetti microscopici interni della vita umana, ossia dalla sua propria molecolarità. Questo la rende profondamente dipendente da dispositivi tecnologici altamente sofisticati, diventando così *tecnomedicina*. Inoltre, è parcellizzata tra diversi specialisti secondo una divisione del lavoro molto complessa e strutturata.

A partire da questo spostamento di sguardo, Clarke *et al.* (2003) propongono di parlare di *biomedicalizzazione*. Secondo tale modello, il capitale finanziario diventa centrale per lo sviluppo delle linee di ricerca e di cura, legittimando stili di pensiero coerenti con le proprie logiche e i propri fini: il mondo della salute e il mondo del *business* e del marketing si vengono ad intrecciare sempre più strettamente.

Altro aspetto fondamentale di questo processo è la nuova focalizzazione su salute, rischio e biomedicine di controllo: grazie a strumenti sempre più precisi e raffinati diventa facile determinare le predisposizioni alle malattie. Diventa facile anche monitorarle grazie a dispositivi tecnologici che permettono di sorvegliare a distanza gli individui che li utilizzano. Tuttavia, questo grande potenziale è controbilanciato dal suo lato oscuro: la giustizia sociale. Negli Stati Uniti, infatti, ci sono compagnie assicurative che accettano tra i propri clienti solo individui che

---

<sup>5</sup> L'idea di *sguardo clinico* (o sguardo medico) si riferisce all'approccio medico e all'osservazione del corpo e delle malattie da parte dei professionisti della salute, che ha avuto un impatto profondo sulla pratica medica e sulla percezione delle malattie, separando il paziente dai suoi sintomi e oggettivando la malattia.

acconsentano a farsi monitorare tramite questi dispositivi *fitbit* (Esposito e Tognetti, 2020).

Così, la salute diventa, appunto, una questione morale e un compito individuale per ognuno; non serve più che si verifichi la comparsa di certi sintomi per essere considerati malati o a rischio: tutti potrebbero potenzialmente “diventare malati” (Petersen, 1997) e, pertanto, devono imparare appena possibile tecniche di auto-sorveglianza quotidiana.

La biomedicalizzazione consiste poi, anche nei processi di trasformazione dell'informazione, di produzione e di distribuzione delle conoscenze. Le informazioni su salute e malattia si stanno infatti diffondendo attraverso tutti i tipi di media, rendendo l'immaginario culturale della biomedicina facilmente accessibile e reinterpretabile. Aumentano e si diversificano le fonti di produzione di conoscenza medica: proliferano piattaforme di discussione che permettono agli utenti di scambiarsi consigli e condividere le proprie esperienze sui vissuti di malattia.

Questa eterogeneità delle fonti può essere vista da un lato positivamente, come qualcosa che attenua la rigida divisione tra sapere esperto e sapere profano, dall'altro negativamente, come qualcosa che rischia di confondere gli individui in cerca di risposte.

Tali trasformazioni si manifestano anche, come già anticipato, nella creazione di movimenti sociali che si battono per indirizzare le direzioni dei campi di ricerca, chiedendo di dare più attenzioni a certe condizioni psicofisiche da cui le persone sono affette. Un esempio di questo sono gli attivisti che negli anni Ottanta e Novanta hanno lottato per dare maggior rilievo alla ricerca sull'AIDS, comportando grandi progressi nel *testing* e nell'approvazione di nuovi farmaci efficaci. Ma si può vedere anche come il progressivo avvicinamento degli individui alle medicine non convenzionali abbia generato programmi di ricerca scientifica biomedica con l'obiettivo di testarne l'efficacia per screditarle o per inserirne o integrarne alcune pratiche nelle proprie strategie di cura del paziente (*ibidem*).

In tale contesto si assiste, come accennato precedentemente, anche a una trasformazione dei corpi e delle identità. Il corpo in questa nuova fase non viene più visto come statico e immutabile, ma come flessibile e in grado di essere trasformato e riconfigurato (Martin, 1994). Non si tratta più solo di regolare ciò che i corpi possono o dovrebbero fare, bensì di ricostruire e rimodellare i corpi con l'obiettivo, tra gli altri, di creare nuove identità. Anche in questo caso la disponibilità dei trattamenti è stratificata, resa accessibile o imposta in modi diversi a diversi gruppi sociali (Clarke *et al.* 2003).

Clarke *et al.* (*ibidem*) parlano di *personalizzazione* dei corpi e delle identità, una conseguenza della mercificazione e della feticizzazione dei vari aspetti della vita, promosse dalla cultura neoliberista della libera scelta, come testimonia la crescente diffusione dei trattamenti di chirurgia estetica.

La medicina comunque non promuove più l'adesione di tutti i corpi a un'unica norma, bensì rende accettabile una molteplicità di norme, appropriandosi della definizione e della gestione delle differenze dei corpi entro la giurisdizione della ricerca e delle tecnologie scientifiche biomediche (*ibidem*).

La concezione e il trattamento dei corpi della biomedicina, infatti, sono cambiati nel corso degli anni: agli inizi del Novecento i trattamenti medici si concentrano sul corpo malato e sulle malattie infettive acute, enfatizzando l'uso della chirurgia. Dopo la Seconda Guerra Mondiale, con la diffusione degli antibiotici, il focus si sposta sulla gestione delle malattie croniche, come il cancro (*ibidem*).

Negli ultimi decenni lo strumento terapeutico principale diventa la modificazione comportamentale e degli stili di vita, affiancata da un'industria di dimensioni sempre più colossali, fondata sulla promozione di programmi di benessere, focalizzati sulla gestione dello stress e sul condurre uno stile di vita "sano", pubblicizzando anche farmaci e integratori. L'operazione di regolazione dei corpi messa in atto dalla biomedicalizzazione, quindi, implica anche una trasformazione del concetto di salute (*ibidem*).

Rabinow (2008) descrive questo fenomeno parlando di *biosocialità*: un concetto che include "identità collettive basate sulla condivisione di tematiche mediche, la

cui proliferazione e intensità è oggi accelerata dai social” (Esposito e Tognetti, 2020, p. 373).

Infine, alcuni autori (Williams, Martin e Gabe, 2009; Abraham, 2010; Fox e Ward, 2009) hanno proposto di parlare anche di *farmacologizzazione* per descrivere i processi e le tendenze in atto nella società contemporanea e nel mondo della medicina, ritenendo insufficiente quello di medicalizzazione (o di biomedicalizzazione).

Questo termine vuole descrivere un processo che trasforma le condizioni sociali, comportamentali, fisiche e le abilità umane in questioni di trattamento farmaceutico e comprende sia la volontà degli individui di utilizzare medicine che diano soluzioni veloci ai problemi della vita, sia la volontà dell’industria farmaceutica di vendere più farmaci e, quindi, incrementarne il consumo (Abraham, 2010).

Le case farmaceutiche sono, infatti, sempre più in crescita e sempre più investono sul marketing e sulla pubblicità, cercando di creare nuova domanda di farmaci, alimentando, così, il processo di iatrogenesi di cui parla Illich (1976); e sono aiutate nel loro sviluppo dalla medicalizzazione e del consumerismo, che hanno contribuito a creare l’idea del *miglioramento umano*, secondo cui è possibile assumere farmaci non solo per guarire, ma anche per superare le soglie della normalità. Questo è testimoniato, per esempio, dal fatto che nei college americani è molto diffuso l’utilizzo di anfetamine – tipo l’Adderall – farmaci che servirebbero per curare i sintomi del disturbo di deficit dell’attenzione/iperattività (ADHD), per aumentare le potenzialità cognitive nei periodi di studio intenso (Oster, 2016). È proprio negli Stati Uniti, in effetti, che nel 1997 viene liberalizzata la pubblicità *Direct-to-Consumer* anche per i medicinali con obbligo di prescrizione. Questo da un lato, ha contribuito all’*empowerment* del paziente, a cui da allora è possibile richiedere al proprio medico la prescrizione di farmaci precisi; dall’altro ha fatto aumentare vertiginosamente il consumo di prodotti farmaceutici, anche laddove non ce ne sarebbe stato realmente bisogno, nell’interesse delle



compagnie produttrici di medicinali che si sono in questo modo create molta domanda nel proprio mercato.

I processi appena descritti sono molto chiaramente visibili in ambito psicologico. Furedi (2004) parla a tal proposito di *cultura terapeutica*, ossia “una modalità psicologica di pensare e discettare di noi stessi e del mondo” (Madsen, 2018, p. 1). In questa logica proliferano, infatti, diagnosi psicologiche che aiutano gli individui a categorizzare e dare un senso alle proprie insicurezze e fragilità.

In diverse aree del mondo, e negli Stati Uniti in particolare, il *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM) è la base per le diagnosi di disturbi mentali. Viene revisionato ogni dieci o quindici anni e dal DSM-III (del 1980) in poi l’approccio è sempre più basato sui sintomi, estrapolati dal contesto in cui gli individui li esperiscono. Si assiste così a un forte aumento delle diagnosi, basate su emozioni e sensazioni di cui la persona fa esperienza e che enfatizzano le cause organiche di tali condizioni, escludendo gli altri fattori sociali che influenzano il vissuto del soggetto.

Questo approccio sintomatologico ha reso molto difficile la distinzione tra normali stati d’animo, come la tristezza, e disturbi psicologici, come la depressione. Il rischio è quello di andare incontro a un’omologazione emotiva, in una società che agisce sull’individuo invece che sui propri problemi sistemici, che non ha più bisogno di guardare a sé stessa e alle proprie criticità, ma che invece conforma i “suoi” individui ai propri parametri. La medicalizzazione permette alla società contemporanea di ignorare come siano i processi di socializzazione stessi a produrre molti dei comportamenti e delle emozioni ora etichettati come disturbi (Conrad, 2007).

Di conseguenza, crescono vertiginosamente i tassi di depressione e di disturbi d’ansia, comportando una *sovra-prescrizione* di farmaci psicotropi<sup>6</sup>. Sempre più

---

<sup>6</sup> La facilità con cui vengono prescritti psicofarmaci nel trattamento di disturbi mentali sta diventando progressivamente un problema sempre più importante. Essi, infatti, provocano molti effetti collaterali indesiderati. Primi tra questi: creano forte assuefazione e dipendenza. Per approfondimenti su questo tema si rimanda ai lavori di Piero Cipriano (2015).

sintomi sono identificati come patologici, mentre gli specifici contesti in cui questi compaiono vengono ignorati.

Tutto ciò comporta il rischio che coloro che effettivamente soffrono di determinati disturbi, in questo caso la depressione, non vengano adeguatamente diagnosticati e trattati (Horwitz e Wakefield, 2007).

Horwitz e Wakefield (*ibidem*) temono, inoltre, che questo possa minare la volontà dei governi di farsi carico della cura della persona a causa dei grandi costi implicati nel fornire servizi a un così ampio bacino di soggetti.

Nel suo testo *Shyness*, Lane (2007) illustra un altro esempio di questo processo di patologizzazione di comportamenti prima considerati normali. Analizza come il DSM-III del 1980 abbia trasformato la timidezza in un disturbo – il Disturbo d’Ansia Sociale - per cui sono stati prodotti numerosi medicinali in grado di trattarlo, almeno in apparenza. L’autore sostiene, infatti, che i farmaci abbiano creato un’illusione di auto-controllo e di auto-ridefinizione, che mascherano invece le forme di controllo sociale di cui parlava Foucault (1979).

Nel prossimo capitolo approfondiremo uno dei grandi oppositori dell’approccio sintomatologico del DSM: l’*etnopsichiatria*, una “disciplina che si occupa dei rapporti fra malattia mentale, cura e contesto storico-sociale” (Beneduce, 2008, p. 5).

Infine, riprendendo il concetto di cultura terapeutica di Furedi (2004), è interessante guardare anche all’altra forma che essa assume: in questo contesto proliferano manuali e trasmissioni di autoaiuto in risposta alla crescente diffusione di una serie di diagnosi che aiutano gli individui ad etichettare e identificare le proprie fragilità e insicurezze quotidiane. Lo stress è il nemico numero uno dell’individuo contemporaneo, che mina la sua autostima, considerata, al contrario, la prima alleata.

Le insicurezze vengono dunque patologizzate e si è invitati a trattarle con pratiche di *self-building*, terapie volte alla costruzione o al recupero di alti livelli di autostima, appunto, in grado di risolvere, secondo tale concezione, qualunque problema.

## CAPITOLO 3 – I NUOVI APPROCCI AL PERCORSO E AL RAPPORTO DI CURA

In questo capitolo analizzeremo alcuni dei modelli e degli approcci che si sono sviluppati e si stanno sviluppando nella società Occidentale contemporanea, in risposta al panorama descritto negli scorsi capitoli.

Nell'ambito della biomedicina, i professionisti della salute hanno riconosciuto l'evoluzione dei bisogni e delle aspettative individuali e sociali. Pertanto, stanno attivamente cercando di sviluppare strategie che possano adeguarsi a queste nuove dinamiche emergenti, con l'obiettivo di conciliare i principi fondamentali della biomedicina e le relative metodologie con le crescenti esigenze dei pazienti e della società.

### 3.1 MEDICINA NARRATIVA

La medicina narrativa è “quella medicina praticata con le competenze che ci permettono di riconoscere, recepire, interpretare le storie di malattia e reagirvi adeguatamente”. Questa è la definizione che ne dà Rita Charon (2006, p. 1), un medico internista alla Columbia University che si è battuta, attraverso lavori di studio e di ricerca, affinché i medici acquisissero quelle competenze empatiche e di ascolto necessarie per costruire un rapporto di fiducia con i propri pazienti, convinta della sua efficacia nel contesto del percorso terapeutico. L'autrice mette in luce l'importanza che la narrazione ha sempre avuto per l'umanità, fino al momento in cui la biomedicina ha stabilito di avere abbastanza conoscenze sul corpo umano da potersi permettere di trascurarla (Charon, 2005). La biomedicina, dice, è diventata “talmente impoverita dal suo recente positivismo e riduzionismo che non riesce neanche a sentirsi pensare” (*ibidem*, p. 264).

L'obiettivo di Charon, dunque, è quello di far riguadagnare dignità a questa attività – la narrazione – in vista di processi di guarigione migliori, sia dal punto di vista dell'efficacia, sia da quello della qualità emotiva del rapporto tra curante e curato e del processo stesso.

La medicina narrativa richiede diversi movimenti: il primo è quello della *narrazione*, in cui il paziente racconta la propria esperienza di malattia, mentre il medico ascolta e cerca di capire, assorbire e onorare quanto possibile dalle parole (ma anche dai toni e dai gesti) del suo interlocutore. Ci troviamo qui già nel secondo movimento: quello dell'*attenzione* – tema che Charon e colleghi studiano dalla psicanalisi, dal Buddismo, dalla *mindfulness*, dai lavori di vari filosofi, come Levinas, e soprattutto da Henry James, il cui pensiero risulta fondamentale nel costruire questo approccio - in cui colui che ascolta deve sospendere il sé per farsi contenitore ricettivo del linguaggio e dell'esperienza dell'altro (*ibidem*).

L'ultimo movimento è quello della *rappresentazione*, in cui il medico deve rappresentare, mettendolo per iscritto, ciò a cui ha assistito durante il colloquio. È qui che si crea il filo logico della narrazione, che può diventare in questo modo un vero e proprio strumento terapeutico: spesso, infatti, nel momento della scrittura, quando gli elementi del racconto vengono ordinati cronologicamente e secondo una struttura narrativa coerente, i medici (o i pazienti quando leggono il testo) scoprono aspetti e collegamenti di cui altrimenti non si sarebbero accorti. Inoltre, il fatto di entrare in possesso di una narrazione del proprio vissuto permette ai pazienti di raccontarlo e dividerlo anche con altre persone; questo si riflette positivamente sul processo di cura, creando intorno alla persona malata un ambiente in cui questa possa sentirsi meglio compresa.

Infine, nei programmi di medicina narrativa è usanza quella di formare dei gruppi di operatori sanitari che periodicamente si incontrano e condividono tra loro i testi prodotti a partire dai colloqui terapeutici, in modo da creare una base letteraria di esperienze che possano dare spunti di riflessione non solo a chi le abbia vissute in prima persona, ma anche a chi le ascolta (*ibidem*).

Greenhalgh e Hurwitz (1999) esaminano come nella narrazione la medicina possa trovare l'occasione di sviluppare una comprensione della situazione, del contesto e della prospettiva del paziente altrimenti irraggiungibile. Comprendere il contesto narrativo della malattia permette un approccio olistico alla persona e ai suoi problemi, rilevando opzioni diagnostiche e terapeutiche, fornendo ulteriori

indizi e categorie analitiche, grazie allo sviluppo di una relazione empatica tra i due soggetti coinvolti nell'interazione. Non va dimenticato, inoltre, che il semplice fatto di poter raccontare e ricevere ascolto sia intrinsecamente terapeutico per il paziente.

I due autori, infine, fanno notare come questo strumento possa essere utile anche nell'ambito della ricerca, contribuendo a impostare un'agenda centrata sul paziente con nuovi indirizzi e nuove ipotesi sorte dalla lettura di storie in grado di dare nuova importanza ad elementi prima trascurati.

### 3.2 MEDICINA DELLE 4P

Nel 2013 Flores e colleghi sostengono che la medicina del futuro avrà la configurazione delle 4 P: sarà predittiva, preventiva, personalizzata e partecipativa. Tale previsione “si basa sugli sviluppi tecnico-scientifici della genomica, dell'epigenetica, delle neuroscienze e dell'utilizzo dei *big data*” (Ingrosso e Mascagni, 2020, p. 171). Le nuove tecnologie di supporto medico, infatti, permettono di considerare anche le interazioni organismo-ambiente, oltre che i meccanismi fisiologici che determinano la patogenesi.

Questa configurazione diventa un modello medico che Sturmberg *et al.* (2016) definiscono come “la capacità di predire lo sviluppo delle malattie e di influenzare decisioni sulle scelte di vita, o di confezionare una pratica medica appositamente creata per un individuo” (ibidem, p. 13).

In linea con le esigenze manifestate dagli individui della società occidentale contemporanea, la *P4 medicine* si presenta come un approccio biomedico rivoluzionario che prende forma da un paradigma olistico invece che riduzionista (Vogt, Hofmann, Getz, 2016). Questa nuova medicina promette di spostare l'attenzione dalla cura della malattia alla sua prevenzione e all'ottimizzazione della salute, partendo dall'assunto che ogni individuo è geneticamente unico, come unici sono i fattori ambientali che lo influenzano e, pertanto, è necessaria una personalizzazione delle cure da proporgli.

L'aspetto partecipativo, infine, consiste nel rendere i pazienti promotori attivi di questa rivoluzione medica, prestandosi volontariamente alla raccolta dei dati necessari per metterla in pratica (*ibidem*).

La *P4 medicine* si propone di fornire gli strumenti per tenere traccia della complessità dell'essere umano e del suo stato di salute o malattia nella pratica medica quotidiana. Si basa, però, su una prospettiva tecno-scientifica, apparentemente in contrasto con quella olistica. L'olismo promulgato da questo approccio non è quello della *medicina umanistica*, un filone di pensiero che si concentra sull'esperienza soggettiva del paziente come intero. Quello della *P4 medicine* è un *olismo tecnoscientifico*, risultante da uno sguardo tecnologico sulla vita umana e dai conseguenti cambiamenti metodici ed epistemologici della biomedicina. La biologia, infatti, nel XX secolo ha spesso insistito sul fatto che, parlando di organismi umani, l'intero fosse "più della somma delle sue parti", ma non aveva gli strumenti per catturare e analizzare questa complessità. Le nuove tecnologie permettono di perseguire questo scopo, attraverso dispositivi di monitoraggio, di quantificazione, di predizione e profilazione del rischio e i *big data* (*ibidem*).

La *P4 medicine* si basa, dunque, sull'utilizzo di nuove tecnologie in grado di raccogliere *big data* su più persone possibili, e che tali dati siano più omnicomprensivi possibili. Sono misurazioni multidimensionali, che sono anche ripetute o continue nel tempo, per rappresentare il dinamismo di salute e malattia. Ne risultano dati dinamici che dovrebbero riflettere l'intero processo della vita di ogni individuo in tutte le sue dimensioni (*ibidem*).

Idealmente l'obiettivo sarebbe quello di creare un avatar medico di ogni cittadino che contenga tutte le sue informazioni mediche derivanti da tecnologie indossabili o impiantate per monitorarne costantemente lo stato di salute e informare lui, la sua rete sociale intima e gli specialisti su eventi allarmanti, ma anche per predire lo sviluppo della salute di ciascuno e facilitare, così, la prevenzione delle malattie<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Tutto ciò finirebbe per realizzare appieno il potenziale di controllo biopolitico di cui parla Foucault (1979), portandolo a livelli quasi distopici.

L'olismo tecnoscientifico altera la concezione di salute e malattia in diversi modi: promuove una visione processuale della salute e della vita dell'individuo, concettualizzata come il processo di interazione gene-ambiente, dove per "ambiente" si intendono anche i fattori psicosociali. L'organismo umano diventa un sistema altamente non lineare, un *network di networks* (Hood *et al.* 2012). Poiché i fattori genetici e ambientali sono diversi per ciascuno, lo sono anche gli stati di salute e malattia, che diventano fenomeni specifici dell'individuo.

L'approccio della *P4 medicine* è un ulteriore passo in direzione di una medicalizzazione olistica tecnoscientifica: l'aspetto che viene definito in termini medici è l'interezza stessa, l'esistenza tutta, che si vuole tenere sotto controllo costante (Vogt, Hofmann, Getz, 2016). Tale modello contribuirà allo sviluppo di una *biological citizenship*: "La formazione di un tipo di identità personale in cui ci riferiamo a noi stessi come individui somatici che fanno esperienza, articolano, giudicano e agiscono in parte nella lingua della biomedicina" (Rose 2007, p 26).

Nell'olismo tecnoscientifico assumono centralità i meccanismi che costituiscono l'intero. L'intero è più della somma delle sue parti, ma "le sue proprietà (salute o malattia) possono essere spiegate meccanicamente e predette scientificamente" (Sturmberg *et al.*, 2016, p. 7).

A questo approccio si contrappone l'olismo *fenomenologico* di Vogt *et al.* (2016) che vede il paziente come una persona e non solo come un insieme di parti del corpo malate. Qui diventa centrale l'esperienza di malattia del paziente, che comprende anche le dimensioni psicologiche, sociali e spirituali, che gli operatori sanitari devono tenere in considerazione nel processo di cura.

I due tipi di olismo si differenziano per la concezione della causalità: per quello tecnoscientifico le parti sono responsabili del funzionamento dell'intero, in una visione *bottom-up* del processo causale. Per quello fenomenologico, invece, la relazione causale tra parti e intero è un fluire reciproco di interconnessioni (Marcum, 2016).

Un'ultima distinzione tra olismo tecnoscientifico e olismo fenomenologico si può trovare nella gerarchia delle 4 P. Il primo, infatti, privilegia gli aspetti

predittivi e preventivi, mentre il secondo predilige la personalizzazione e la partecipazione, che qui non si esprime più nell'adesione volontaria ai *trials* clinici, bensì in un coinvolgimento attivo nei processi decisionali del percorso di cura. I pazienti non sono gli agenti della rivoluzione della medicina, ma assumono un ruolo attivo nel proprio trattamento (*ibidem*).

### 3.3 PERSON-CENTRED CARE

Negli ultimi decenni ha assunto centralità – come rivelano anche i due modelli medici appena descritti – il tema del coinvolgimento attivo del paziente nel suo percorso di cura, un elemento ritenuto sempre più imprescindibile per costruire migliori relazioni medico-paziente o infermiere-paziente.

La World Health Organization<sup>8</sup> enfatizza, infatti, l'importanza di una *person-centred care* per ottenere risultati più soddisfacenti in termini di salute e per accrescere il benessere degli attori dei rapporti di cura (Heggdal *et al.* 2021).

Il proposito di questo approccio è quello di incoraggiare un maggior *empowerment* del paziente nella gestione della propria salute, in accordo con i suoi valori e le sue credenze. Questo nella convinzione che la persona in cura sia l'unica padrona di una conoscenza incorporata che riguarda la propria malattia, il proprio dolore e i propri limiti fisici e psicosociali, fattori che influenzano profondamente il modo di far fronte alle difficoltà, il processo di guarigione e la salute in generale (*ibidem*).

Il paziente è visto e trattato qui come un individuo che ha pari dignità rispetto ai suoi interlocutori con cui costruisce la relazione di cura. Gli viene riconosciuta *agency* e la capacità di gestire la propria salute e gli si vuole staccare di dosso l'etichetta di mera vittima di una malattia o di recipiente di cura passivo (Coulter e Oldham, 2016).

L'approccio della *person-centred care* si sviluppa in opposizione al modello troppo direttivo o paternalista che spesso tuttora prende vita nel rapporto medico-

---

<sup>8</sup> La World Health Organization (o, in Italiano, l'Organizzazione Mondiale della Sanità) è un'agenzia specializzata delle Nazioni Unite con sede a Ginevra, responsabile della promozione e del miglioramento della salute a livello mondiale.



paziente, rapporto che promuove una forte dipendenza del curato dal curante e che rischia di minare la percezione che il paziente ha di sé stesso sulle proprie capacità di auto-gestione e auto-controllo (*ibidem*).

Al contrario, i punti cardine di questo modello sono l'informazione, l'ascolto e l'empatia, e la personalizzazione.

Per quanto riguarda l'aspetto dell'informazione, le persone che si trovano a dover affrontare una malattia rivendicano sempre più il diritto di conoscere tutti gli elementi che la compongono (i sintomi, le possibili conseguenze, i comportamenti da adottare, ecc...) e le opzioni di trattamento a loro disposizione, nonché di essere fatti partecipi dei processi decisionali che le riguardano. Cresce ogni giorno, infatti, il numero di coloro che si rivolgono a *Dr Google* per ottenere informazioni sulle malattie. In risposta, sono sempre più diffusi siti ufficiali che si presentano come guide attendibili, scritte appositamente per i pazienti, che possono, così, avere le risposte che cercano. Un esempio è la sezione *Patient Decision Aids* del sito dell'Ospedale di Ottawa, che fornisce ai pazienti diversi strumenti che possano aiutarli a prendere decisioni consapevoli sui propri percorsi terapeutici (*ibidem*).

L'ascolto e l'empatia, poi, sono *skills* fondamentali che medici e infermieri devono ambire a sviluppare nel loro contesto lavorativo. Su queste si basa la possibilità di dar vita a una buona comunicazione tra medico e paziente e la capacità di rispondere ai bisogni delle persone in modo flessibile e coerente con il contesto, creando così una relazione di fiducia grazie a cui le persone in cura possano avere la sensazione di essere libere di esprimersi. Questo dà modo al paziente di raccontare più dettagliatamente la propria condizione e al medico di acquisire maggiori informazioni, utili per migliorare ulteriormente il processo di cura (*ibidem*).

La personalizzazione della terapia, infine, serve per fornire un supporto creato appositamente a partire dai bisogni dell'individuo-paziente. Nasce da continue conversazioni e negoziazioni tra medico e persona in cura in cui i due interlocutori stabiliscono insieme gli obiettivi da perseguire e le azioni da

intraprendere nella gestione della malattia. È necessario in questa dinamica che entrambe le parti siano aperte all'ascolto e comprendano bene le reciproche priorità (*ibidem*). Sono stati condotti studi che dimostrano che questo tipo di approccio può apportare significativi benefici fisici e psicologici ai pazienti, che diventano più autosufficienti e sicuri nella gestione della propria malattia (Coulter *et al.* 2015).

Il filo rosso che connette questi elementi è, dunque, il coinvolgimento attivo del paziente promosso da questo modello, nella convinzione che ognuno abbia il diritto a promuovere la propria salute e che, in vista di ciò, serve che esso sia posto nelle condizioni migliori per farlo, grazie all'azione del personale medico (Jerofke-Owen *et al.* 2022).

### 3.4 MEDICINA INTEGRATIVA

La *medicina integrativa* – o “medicina integrata” o “medicina complementare e alternativa” (CAM) – è un approccio alla salute che combina metodi di cura “convenzionali” con trattamenti e terapie provenienti da altre tradizioni mediche.

Fasce sempre più ampie della biomedicina si mostrano più orientate ad accogliere proposte terapeutiche non convenzionali, evidenziando una tendenza a tracciare intorno a sé confini più permeabili. I medici si trovano infatti ogni giorno a confrontarsi con situazioni patologiche complesse e connesse a un vasto insieme di cause, che vanno a costituire condizioni croniche. Tali condizioni spesso non si accompagnano alla speranza di una guarigione completa, per cui il lavoro di cura che serve operare diventa quello di aiutare il paziente a trovare strategie per convivere al meglio possibile con il disagio, senza che né il dolore, né le pratiche di cura invadano completamente la sua esistenza (Colombo e Rebughini, 2006).

Si tratta di situazioni, dunque, che nella maggior parte dei casi richiedono interventi conservativi “dolci”, che rispettino gli equilibri e le specificità individuali del paziente, secondo una prospettiva olistica che consente uno sguardo sistemico e complesso alla persona. In un contesto in cui, grazie al progresso della

biomedicina, predominano le malattie croniche e degenerative, risulta fondamentale superare l'approccio riduzionista per abbracciare una prospettiva che si prenda cura del benessere generale dei pazienti, che tenga in considerazione anche gli aspetti psicologici, sociali, spirituali e relazionali della loro vita (*ibidem*).

Inoltre, è interesse sia della biomedicina che delle medicine non convenzionali trovare un punto di incontro che permetta loro di convivere nella stessa società: da un lato i medici ortodossi devono essere in grado di rispondere positivamente a determinate richieste dei loro pazienti onde evitare di deluderli e provocare ulteriori ondate di *exit*, delegando ad altri professionisti il trattamento di certe condizioni; dall'altro, i terapeuti delle medicine non convenzionali hanno bisogno di ottenere l'accesso ai servizi sanitari nazionali per dare legittimità "ufficiale" (da parte dello Stato e della comunità scientifica) alle proprie pratiche terapeutiche (*ibidem*).

Così, dagli anni Settanta il rapporto tra diversi sistemi medici è passato da un'aperta ostilità a un tacito riconoscimento reciproco, fino ad arrivare a forme di cooperazione tra biomedicina e sistemi di cura non convenzionali (Easthope, 2003).

Queste forme di cooperazione e di apertura reciproca ricadono nella definizione di "medicina integrativa" che, nella sua forma ideale "costituisce un sistema di ordine superiore dei sistemi di cura che enfatizza il benessere e i processi curativi dell'intera persona (nelle sue dimensioni bio-psico-socio-spirituali) come suo obiettivo primario, attingendo sia dall'approccio convenzionale sia da quello delle CAM, nel contesto di una relazione medico-paziente efficace e capace di fornire aiuto" (Bell *et al.* 2002, p. 133).

Il percorso di sviluppo e consolidamento della medicina integrata comporta due importanti dimensioni: si assiste, in primo luogo, a un'evoluzione nei modelli di formazione professionale per i terapeuti, che assimilano i principi di base della medicina olistica nell'offerta formativa per dar vita a una nuova figura professionale che sia in grado di integrare gli approcci della biomedicina con la visione olistica tipica di molte medicine non convenzionali (Weil, 2000).

In secondo luogo, la medicina integrativa propone la creazione di centri specializzati in questo stesso settore, in cui *pull* di medici provenienti dalle diverse tradizioni cooperano, avendo come obiettivo primario quello di riuscire a rispondere positivamente, unendo le forze, ai bisogni e alle aspettative del paziente (Giarelli, 2005).

Tuttavia, questa forma ideale non sempre trova riscontro nella realtà: diversi sociologi, infatti, si sono occupati di analizzare le varie modalità con cui questa integrazione prende vita.

Troviamo, innanzitutto, il modello della *selective incorporation* (Coulter, 2005), che consiste in un'adozione selettiva di alcune tecniche delle medicine non convenzionali nei piani di trattamento, affiancate a metodi ortodossi di diagnosi e di cura. Tale modello può essere messo in atto attraverso due modalità distinte: la prima, che Kailin (2001) definisce come *physician-provider integration pattern*, consiste nell'insegnare ai professionisti biomedici certi metodi e terapie della medicina non convenzionale, consentendo loro di praticare sia la medicina convenzionale che le terapie complementari da una prospettiva biomedica. La seconda modalità è quella che Kailin (*ibidem*) definisce *dominating integration* che prevede che i medici continuino a svolgere un ruolo chiave nella diagnosi originale e decidano successivamente se reindirizzare i pazienti a terapeuti non convenzionali per il trattamento, tracciando così una linea netta di separazione dei possibili campi di competenza che nega la possibilità alle medicine "altre" di crearsi uno spazio di autonomia. Kelner (2005) parla, infatti, di questa dinamica come di *gatekeeping biomedico*, che separa rigidamente chi è legittimato a fare diagnosi e prescrivere trattamenti e chi è relegato al mero intervento di cura tecnico (Mizrachi *et al.* 2005).

Un esempio di questo modello si può trovare nell'integrazione dell'agopuntura, tecnica che deriva dalla Medicina Tradizionale Cinese, che ha avuto grande fortuna anche nel mondo Occidentale, nella cura del dolore. La biomedicina si è impegnata in processi di traduzione capaci di ridefinire tale tecnica nel linguaggio della medicina scientifica (l'efficacia dell'agopuntura viene spiegata in termini di

“stimolazione neurale”), dimostrando la compatibilità di questo intervento terapeutico con la tradizione biomedica, senza incappare nella necessità di ridefinire i propri principi e le proprie tecniche o di abbracciare la filosofia fondante della Medicina Tradizionale Cinese (Colombo e Rebughini, 2006).

Un secondo modello di integrazione individuato dalla sociologia è quello della *specializzazione*, secondo cui biomedicina e medicine non convenzionali sono modelli di intervento distinti, ma non contrapposti. Le terapie non convenzionali si configurano qui alla stregua di nuove specializzazioni, adatte al trattamento di specifiche patologie, per cui ottengono totale autonomia nell'intervento, a patto però che i professionisti si riconoscano pienamente nei principi fondamentali della biomedicina (Cant e Sharma, 1996). Si tratta comunque di una strategia di assimilazione subordinata, poiché richiede il riconoscimento dell'egemonia della medicina convenzionale. Questo si nota negli atteggiamenti mimetici che favorisce nei terapeuti delle medicine “altre”, ad esempio nell'abbigliamento – il camice bianco – con cui questi si omologano al personale sanitario ortodosso (Mizrachi *et al.* 2005).

Le patologie per cui vengono ritenute più adatte le terapie non convenzionali sono quelle di tipo cronico, mentre per le malattie acute si ritengono più utili gli approcci e i metodi della biomedicina (Colombo e Rebughini, 2006).

Un ulteriore modello è quello che intende l'integrazione come una forma di “sincretismo”: si tratta di un orientamento pragmatico che favorisce l'utilizzo di qualsiasi tecnica che si sia dimostrata efficace, in risposta alle richieste dei pazienti (*ibidem*). Tale modello si mostra perfettamente in linea con le tendenze sociali contemporanee, che rifiutano approcci rigidi e standardizzati e valutano, invece, positivamente la sperimentazione, in un contesto che enfatizza fortemente la libertà di scelta dell'individuo-paziente-cliente (Eastwood, 2000).

È un metodo, questo, che cerca di acquisire un maggior numero di strumenti per far fronte alla complessità e all'unicità dei contesti in cui ci si trova a operare, ponendo in secondo piano la necessità di una coerenza dell'intero insieme di strategie implementate (Colombo e Rebughini, 2006).

Troviamo, infine, il modello della *pluralizzazione*, che permette ai pazienti di scegliere l'opzione medica che più gli si addice, mettendo in primo piano l'autonomia del paziente e preservando l'integrità dei sistemi di trattamento coinvolti. È quello che Kailin (2001) chiama *isolated integration pattern*. Il livello di integrazione qui, dunque, è la scelta del fruitore del servizio in questione.

La prospettiva della medicina integrativa, comunque, insieme a tutti gli aspetti positivi che favorisce nell'andare incontro alle esigenze dei pazienti, porta con sé il rischio di costituirsi come ulteriore passo in quel processo di medicalizzazione già abbondantemente in atto nella nostra società. Questo incrementerebbe, infatti, la dimensione disciplinante che già caratterizza la biomedicina, che in questo caso si allea con le medicine non convenzionali nello spostamento del confine esterno del sapere medico, con l'obiettivo di includere sotto la loro giurisdizione una gamma sempre più vasta di pratiche quotidiane; tali pratiche verrebbero così sottratte dall'autogestione individuale o da un *corpus* di conoscenze condivise che non richiede consulenza professionale (Colombo e Rebughini, 2006).

### 3.5 ETNOPSICHIATRIA

Per concludere, in ambito psichiatrico, in risposta all'approccio diagnostico alla malattia mentale basato sui sintomi diffuso dalle varie edizioni del DSM (*Diagnostic and Statistic Manual of mental disorders*), redatto dalla *American Psychiatric Association* (APA), nasce l'*etnopsichiatria*, una "disciplina che si occupa dei rapporti tra malattia mentale, cura e contesto storico-sociale" (Beneduce, 2008, p. 5).

Questo filone di studi e di pensiero propone un approccio critico alla definizione della malattia (ma anche della salute) mentale, avendo come obiettivo quello di mettere in luce la rilevanza del contesto culturale nella sua classificazione, nelle sue relazioni di causa-effetto e nei trattamenti ad essa riservati (Gadit, 2003).

Già alla fine del XIX secolo alcuni psichiatri e antropologi, tra cui ricordiamo Kraepelin, iniziano a rendersi conto di determinate lacune

nell'approccio occidentale alla psicopatologia, che, per essere realmente universale, necessita di una comparazione transculturale (Llandrich, 1988).

Il termine "etnopsichiatria" viene però coniato a inizio '900 da Louis Mars, psicologo dell'educazione ad Haiti, e viene poi, negli anni '70, ripreso e promulgato secondo l'accezione che conosciamo oggi da Georges Devereux (Beneduce, 2008).

Questa disciplina affonda le sue radici nell'antropologia culturale e nella psicologia transculturale<sup>9</sup> e sottolinea l'importanza di considerare la varietà delle rappresentazioni culturali della malattia mentale. Tale approccio critica l'universalità delle diagnosi e dei trattamenti psichiatrici occidentali, riconoscendo che le norme culturali, le credenze e le pratiche giocano un ruolo cruciale nella definizione del comportamento considerato patologico in una determinata comunità.

Si tratta di una prospettiva che diventa particolarmente utile nel contesto della società contemporanea globalizzata: proliferano gli ambiti transculturali e con essi la necessità di comprendere, in questo caso nel contesto della salute mentale, le categorie e gli idiomi della cultura di origine dei pazienti, in modo da poter fornire loro delle risposte adeguate ai loro bisogni, ma anche da poter ampliare gli orizzonti di comprensione di una psichiatria che possa così ambire a crearsi un bagaglio di conoscenze sempre più ampio ed efficace nella promozione della salute mentale (*ibidem*).

A partire dal concetto di *Culture bound syndrome*, elaborato da Pow Meng Yap nel 1952, che definirebbe "una sindrome descritta all'interno di una particolare cultura o in società appartenenti a una stessa area culturale, ma sconosciuta altrove" (*ibidem*, p. 49), sorgono riflessioni nel campo dell'antropologia, che rianalizza criticamente questo concetto, ponendo in rilievo come in realtà tutte le

---

<sup>9</sup> La psicologia transculturale è un ramo della psicologia, sviluppatosi a partire dalla seconda metà del XX secolo, che si concentra sull'analisi dell'interazione tra cultura e processi psicologici. Si tratta di un campo di studio che esplora come le influenze culturali modellano la mente umana, l'identità, il comportamento, le emozioni e le percezioni. Per approfondimenti si rimanda ai lavori di Geert Hofstede (1980; 1991).

malattie siano “culture bound”. Ogni patologia, in grado maggiore o minore, è correlata alla cultura ed è pienamente comprensibile solo guardando a modelli, norme, valori e categorie caratteristiche della società in cui essa è inserita. Possiamo, ad esempio, guardare alla *dismorfofobia*, un disturbo che consiste nella preoccupazione cronica per un presunto difetto fisico, che diventa oggetto di attenzione paranoica di chi ne soffre, arrivando a invadere completamente il campo della vita esperienziale e relazionale del paziente. Si tratta di una patologia che in modo molto evidente ha spazio d’azione solo in un determinato contesto, che celebra il diritto alla trasformazione del corpo umano, consentito dal parallelo sviluppo di tecnologie che la rendono possibile e di una crescente industria della chirurgia plastica che contribuisce ad alimentare una cultura che celebra un “desiderio individuale illimitato”, che si riscontra nella trasformazione dei corpi e delle identità di cui parlano Clarke *et al.* (2003). Gli studi condotti da Beneduce (2002) nell’Africa subsahariana non riscontrano mai la presenza di tale disturbo, altamente diffuso invece nel mondo occidentale.

L’etnopsichiatria si propone, dunque, di capire in che modo le differenze culturali influenzino la psicopatologia, le *illness experience* e i trattamenti. Due approcci emergenti, l’approccio dell’*embodiment* e quello dell’*enactment*<sup>10</sup>, nel contesto delle scienze cognitive, forniscono degli attrezzi per approcciarsi a tali differenze nel contesto dell’etnopsichiatria, che nascono in seno all’esperienza incorporata e intersoggettiva e alle pratiche narrative (Kirmayer, 2017). Questi approcci si oppongono alla distinzione che viene fatta tra *patogenesi*, ossia i meccanismi neurobiologici sottostanti ai disturbi mentali, considerati universali e *patoplasticità*, ovvero i sintomi degli stessi disturbi, che sono culturalmente e individualmente variabili (Kleinman, 1987).

Tale distinzione solleva, infatti, diversi dubbi riguardanti i confini tra le due categorie: assume che siamo in grado di distinguere chiaramente questi due aspetti della malattia, ma i contesti culturali potrebbero influenzare la transizione

---

<sup>10</sup> Potremmo tradurre il termine *embodiment* con “incorporazione” e il termine *enactment* con “messa in scena”, “rappresentazione”.



dall'anomalia neurobiologica al comportamento in vari modi a noi sconosciuti (per mancanza di risultati certi nel campo degli studi neurologici). Gli individui interpretano e rispondono ai propri sintomi con strategie di *coping* culturalmente variabili, che potrebbero cambiare il corso della malattia, sia a livello neurobiologico, stimolando o riducendo l'attivazione di determinati meccanismi che avvengono nel cervello, sia a livello di vissuto della patologia, nella sfera individuale e in quella sociale (Kirmayer, 2017). Serve, pertanto, un approccio alla malattia mentale che permetta di integrare i fattori biologici e quelli psicologici, sociali e culturali.

Approfondiamo, a tal proposito, i paradigmi dell'*embodiment* e dell'*enactment*.

Il paradigma dell'*embodiment* analizza i modi in cui cognizione ed esperienza dipendono dal corpo, inteso sia nella sua dimensione identitaria, che in quella fisica, materiale. A partire da esso e dai suoi processi sensomotori, infatti, si creano delle strutture fondanti su cui possono svilupparsi forme di pensiero più elaborate tramite processi di apprendimento e di acquisizione di *skills* (Williams, Huang e Bargh, 2009), secondo diverse modalità (Kövecses, 2015):

- psicofisicamente: attraverso i modi in cui la struttura e la fisiologia del corpo strutturano la percezione e la cognizione;
- cognitivamente: attraverso i modi in cui le abitudini dell'azione e dell'esperienza corporea forniscono struttura che organizzano azioni, pensieri ed esperienze più complesse;
- socialmente: nella misura in cui il corpo è un *medium* per l'interazione e la comunicazione interpersonale.

Il paradigma dell'*enactment* mette in luce “la costruzione dinamica di significato nell'esperienza attraverso continui cicli di percezione e azione, con l'esplicito riconoscimento del fatto che la cognizione comporta necessariamente un coinvolgimento attivo con l'ambiente [...] conscio e non conscio” (Kirmayer, 2017, p. 9). L'organismo qui è un agente cognitivo a cui il mondo si presenta sotto forma di *affordances*, possibilità di azione che modellano il comportamento

(Varela, 1999; Chemero, 2009). Il corpo è il dispositivo che fa esperienza, percepisce e sente e che poi permette l'azione nel mondo, attingendo da un cappello di possibilità stabilito in accordo con l'ambiente in cui vive, dando vita a un *loop* di esperienza e cognizione.

I processi fisiologici, cognitivi e sociali, sono, insomma, profondamente interconnessi e si influenzano a vicenda in un *loop* circolare di catene causa-effetto in cui è difficile distinguere l'inizio dalla fine.

Le norme e le cornici culturali sono incorporate attraverso la socializzazione degli individui nel proprio contesto. Questo dà vita a modi di interpretazione, di cognizione e di azione che sono culturalmente determinati e che l'individuo apprende attraverso pratiche sociali di comunicazione e di conversazione (Hutto, 2008), che strutturano memoria, identità e strategie d'azione. L'esperienza tutta risulta così preceduta e strutturata da un sistema culturale di pratiche e significati e lo stesso vale per l'esperienza di malattia (Kirmayer, 2015b).

In conclusione, l'etnopsichiatria vuole riconoscere la relatività degli standard della malattia mentale, poiché è il contesto in cui un comportamento viene agito a determinarne la normalità o l'anomalia. A seconda della situazione, lo stesso comportamento potrebbe, infatti, essere letto come patologico, come deviante, come socialmente accettabile o, addirittura, come da elogiare (Gadit, 2003).

Questa disciplina, comunque, è solo uno degli esempi di quelle correnti di pensiero che si sono poste in contrapposizione rispetto al paradigma dominante. Ve ne sono altre; si pensi, ad esempio alla psichiatria critica, un approccio intellettuale e professionale all'ambito della psichiatria che si propone di esaminare in modo critico le assunzioni sottostanti alla pratica psichiatrica e alle diagnosi, contestando il modello medico dominante. O si pensi ancora all'antipsichiatria, movimento nato negli anni '60/'70, che condivide l'approccio critico con la corrente di pensiero appena descritta, ma lo porta all'estremo, arrivando a sostenere la dannosità di questa scienza e dei suoi metodi. Questa

corrente di pensiero ha lasciato un impatto duraturo sulla psichiatria e sulla percezione delle malattie mentali. In questo contesto gioca un ruolo fondamentale Franco Basaglia che, pur non considerandosi un antipsichiatra<sup>11</sup>, ha inaugurato una lotta molto aspra contro i manicomi, contribuendo in prima persona all'approvazione nel 1978 della legge 180 (o "legge Basaglia") da parte del Parlamento italiano, con cui è stata sancita l'abolizione di queste *istituzioni totali* (Goffman, 1961).

---

<sup>11</sup> Basaglia ebbe perfino dei conflitti con chi si schierò sul fronte dell'anti-psichiatria (per esempio Jervis, con cui aveva lavorato per un periodo).



## CONCLUSIONI

Nel corso degli anni Settanta la società occidentale ha avviato un processo di trasformazione significativo nel modo in cui concepisce la medicina, la salute e la malattia, a partire dalle trasformazioni sociali e culturali indotte dai movimenti sociali di quel periodo. Nel corso della nostra analisi, abbiamo osservato una serie di tendenze importanti che caratterizzano il panorama medico contemporaneo.

Tra queste vediamo, innanzitutto, il configurarsi di una nuova modalità di relazione tra medico e paziente, che passa dal modello paternalistico delle origini, quando il curato era considerato un soggetto ignorante e disinformato in balia delle conoscenze e delle decisioni del terapeuta, fino ad arrivare a una situazione in cui (almeno idealmente) si stabilisce un rapporto tra pari, tra due persone dotate di conoscenze ugualmente utili per assicurare l'efficacia del processo di cura. Questa nuova configurazione del rapporto di cura sorge dalle nuove caratteristiche con cui si presenta l'individuo contemporaneo, più istruito rispetto al passato e in grado di reperire più facilmente informazioni, anche in campo medico; pertanto, questo individuo-paziente non accetta più di seguire passivamente e rigorosamente i precetti dell'esperto, ma pretende sempre di più di rivestire un ruolo di partecipazione attiva nel proprio percorso di cura e di mantenimento della salute. Tutto ciò, nella profonda convinzione della propria unicità e irriducibilità ai principi omologanti e standardizzati tipici della biomedicina.

Questo sentimento di unicità e questo bisogno di coinvolgimento attivo trovano riscontro nel paradigma olistico, il cui assunto di base è l'interpretazione dell'universo, e quindi anche dell'essere umano che ne fa parte, come un sistema complesso che tiene insieme vari elementi, profondamente interrelati tra loro: la mente, il corpo, la sfera sociale e la sfera spirituale. Tale approccio sta alla base della maggior parte delle medicine non convenzionali, a cui un numero crescente di persone si rivolge nella speranza di trovare risposte più adatte alle proprie richieste.

In risposta a questa strategia di *exit* messa in pratica da diversi pazienti, nasce quell'insieme di pratiche cui è stata attribuita la definizione di *medicina integrativa*, il cui obiettivo è quello di combinare varie pratiche di cura, convenzionali e non, per andare incontro alle esigenze degli individui, da un lato, e mantenere una forma di controllo su di essi, impedendo loro di sfuggire al dominio biomedico, dall'altro.

Un altro bisogno che emerge nel paziente contemporaneo è quello di dare un senso alla malattia, che si presenta come un evento inatteso, in grado di spezzare la percezione individuale della propria identità e del proprio orizzonte temporale. Assumono centralità in questo contesto le *illness narratives*, ossia le narrazioni dei pazienti sulla propria esperienza di malattia e di sofferenza, utili ai pazienti stessi per dare coerenza e continuità alla propria storia di vita. Dalla consapevolezza dell'importanza di questa dimensione, nasce la *medicina narrativa*, un approccio alla pratica medica che pone l'accento sulla narrazione e sulla storia personale dei pazienti come parte integrante del processo di cura, riconoscendo la soggettività dell'esperienza di salute e malattia e favorendo una comprensione più completa ed empatica della prospettiva dei soggetti in cura.

Un'altra importante tendenza riscontrata nel campo della salute e della medicina nella nostra società è il processo di medicalizzazione, attraverso cui condizioni e aspetti della vita vengono, da un certo punto in poi, ad essere definiti e trattati come problemi medici, come malattie o come disturbi. Tale processo, consentito dai grandi progressi e dalle grandi innovazioni in campo medico-scientifico, favorisce l'insorgere e il proliferare di una cultura del benessere e della prevenzione che ogni giorno raggiunge vette più alte, convincendo le persone a sottostare a regimi di auto-sorveglianza e auto-disciplinamento costante, in tutti gli aspetti della vita. Tutto questo permette all'industria del benessere di prosperare come uno dei grandi colossi del mercato occidentale, poiché riesce a comprendere sotto la sua ala svariate dimensioni della vita, dal cibo, al *fitness*, ai prodotti di bellezza e tanto altro.

In questo contesto assume centralità anche il processo di farmacologizzazione, attraverso il quale le condizioni sociali, comportamentali, fisiche e le abilità umane sono trasformate in questioni di trattamento farmaceutico. Questo processo si intreccia strettamente con le dinamiche di mercato dell'industria farmaceutica, che ogni giorno cresce a dismisura, alimentando processi di iatrogenesi e la fantasia del *miglioramento umano*. L'(ab)uso dei medicinali appare lampante specialmente nel contesto della psichiatria, dove le diagnosi di disturbi mentali aumentano vertiginosamente anno dopo anno e il farmaco viene prescritto come trattamento con grande facilità, andando ad ammortizzare i sintomi, ma senza adottare una prospettiva che tenga in considerazione, ad esempio i fattori ambientali del contesto in cui il paziente è inserito e senza valutare l'ipotesi di adottare trattamenti alternativi che non comportino il ricorso ai medicinali.

L'utilizzo dei farmaci in ambito psichiatrico porta con sé però molti effetti collaterali indesiderati: essi creano, infatti, assuefazione e dipendenza, assicurandosi così di allargare costantemente il bacino di clienti delle case farmaceutiche.

In opposizione alla psichiatria del DSM occidentale nasce l'etnopsichiatria, una disciplina che si occupa di analizzare e comprendere le variazioni culturali nella manifestazione, nella diagnosi e nel trattamento dei disturbi mentali. Su questa scia si sviluppano anche altri filoni di studi, come ad esempio la psichiatria critica o la psicologia transculturale, che in questa sede non è stato però possibile analizzare più in profondità.

Il panorama che emerge da questa analisi vede tante forze in campo – gli individui, i vari sistemi medici con i loro professionisti, gli Stati, il mercato e anche i media – che cercano di trarre maggior giovamento possibile nel campo della sanità, mettendo in gioco tutti gli strumenti a propria disposizione, che spesso finiscono per creare situazioni di conflitto in cui le parti si polarizzano, radicandosi ciascuna sulle proprie posizioni. Tuttavia, in questo momento sembra diffondersi una volontà di ricercare delle forme di collaborazione che possano rivelarsi

fruttuose per tutte le parti. In particolare, alcune branche della biomedicina si stanno aprendo alla possibilità di avviare un dialogo con altri sistemi medici per integrarne alcuni approcci e pratiche di cura. Questo riflette, da un lato, l'intenzione di andare incontro alle crescenti richieste dei pazienti di essere guardati, ascoltati e considerati secondo una prospettiva olistica, sentita come unica in grado di cogliere la complessità che caratterizza l'universo, il mondo e l'essere umano; dall'altro, può svolgere un ruolo strategico nella volontà di mantenere ed estendere il territorio di dominio della medicina, alimentando così il processo di medicalizzazione. In quest'ottica, adottare una prospettiva olistica può giovare, dal momento che la definizione stessa del concetto di "olismo" implica il prendere in considerazione ogni aspetto della vita di un individuo.

Comunque la si guardi, dunque, la situazione sembra tendere verso un'accettazione da parte della società tutta della medicalizzazione, ma con un uno spirito sempre più critico che cerca di negoziare sui significati e sulle forme che tale processo può assumere nella vita di ciascuno.



## BIBLIOGRAFIA

ARTIERI G., (2012), “Forme e pratiche della socievolezza in rete. Connessi in pubblico”, in *Sociologia Della Comunicazione*, 41, 51–66

ABRAHAM J., (2010), “Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions”, in *Sociology*, 44(4), pp. 603-622

ALLIEVI S., (2014), “La morte declinata al plurale. Tra rimozione ed emozione: smascherare i tabù per ritrovare un senso”, in *Studia Patavina*, 2, pp. 293-313

ARIÉS P., (1974), *Western Attitudes towards Death*, Johns Hopkins University Press, Baltimora

BELL I. R., CASPI O., SCHWARTZ G., GRANT K., GAUDET T., RYCHENER D., MAIZES V., WEIL A., (2002), “Integrative Medicine and Systemic Outcomes Research”, in *Archives of Internal Medicine*, 162, pp. 133-140

BENEDUCE R., (2002), *Trance e possessione in Africa: corpi, mimesi, storia*, Bollati Boringhieri, Torino

BENEDUCE R., (2008), *Breve Dizionario di Etnopsichiatria*, Carocci, Roma

BURY M., (1982), “Chronic Illness as Biographical Disruption”, in *Sociology of Health & Illness*, 4(2), pp. 167-182

CANT S., SHARMA U., (1996), “Demarcation and transformation within homoeopathic knowledge. A strategy of professionalization”, in *Social Science & Medicine*, 42(4), pp. 579-588

CHARON R., (2005), “Narrative Medicine: Attention, Representation, Affiliation”, in *Narrative*, 13(3), pp. 261–270

CHARON R., (2006), *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, Oxford University Press, Oxford

CHEEK J., (2008), “Healthism: A New Conservatorism?”, in *Qualitative Health Research*, 18(7), pp. 875-1013

CHEMERO A., (2009), *Radical embodied cognitive science*, MIT Press, Cambridge

CHICCHI S., SIMONE A., (2017), *La società della prestazione*, Futura, Roma

CLARKE A. E., SHIM J. K., MAMO L., FOSKET J. R., FISHMAN J. R., (2003), “Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine”, in *American Sociological Review*, 68(2), pp. 161–194

COLOMBO E., REBUGHINI P., (2006), *La medicina contesa. Cure non convenzionali e pluralismo medico*, Carocci, Roma

CONRAD P., (1992), “Medicalization and Social Control”, in *Annual Review of Sociology*, 18, pp. 209–232

CONRAD P., (2007), *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*, Johns Hopkins University Press, Baltimore

CONRAD P., BANDINI J., VASQUEZ A., (2016), “Illness and the Internet: From Private to Public Experience”, in *Health*, 20(1), 22–32

COULTER A., ENTWISTLE V.A., ECCLES A., PERERA R., RYAN S., SHEPPERD S., (2015), “Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions”, in *Cochrane Database Syst Rev*, 3

COULTER A., OLDHAM J., (2016), “Person-centred care: what is it and how do we get there?”, in *Future Hosp J.*, 3(2), pp. 114-116

COULTER I., (2005), “Integration and Paradigm Clash”, in TOVEY P., EASTHOPE G., ADAMS J. (a cura di), *Mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine*, Routledge, Londra, pp. 103-122

COULTER I., SINGH B., RILEY D., DER-MARTIROSIAN C., (2005), “Interprofessional Referral Patterns in an Integrated Medical System”, *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 28(3), pp. 170-174

DIETRICH A., 2007, “The modern patient – Threat or promise?: Physicians’ perspectives on patients’ changing attributes”, in *Patient Education and Counseling*, 67(3), pp. 279-285

EASTHOPE G., (2003), “Complementary Therapies: The Appeal to General Practitioners”, in *Medical Journal of Australia*, 173(2), pp. 95-98

EASTWOOD H., (2000), “Why Are Australian GPs Using Alternative Medicine? Postmodernisation, Consumerism and the Shift towards Holistic Health”, in *Journal of Sociology*, 36(2), pp. 133-156

EBERHARDT M., (2022), “You probably have a parasite: Neoliberal risk and the discursive construction of the body in the wellness industry”, in *Language in Society*, pp. 1-23

EMANUEL E.J., EMANUEL L. L., (1992), “Four Models of the Physician-Patient Relationship”, in *Journal of the American Medical Association*, 267(16), pp. 2221-2226

ESPOSITO M., TOGNETTI M., (2020), in CARDANO M., GIARELLI G., VICARELLI G. (a cura di), in *Sociologia della salute e della medicina*, Il Mulino, Bologna, pp. 363-381

FARKAS C. A., (2010), “Tons of Useful Stuff”: Defining Wellness in Popular Magazines, in *Studies in Popular Culture*, 33(1), pp. 113–132

FLORES M., GLUSMAN G., BROGAARD K., PRICE N. D., HOOD L., (2013), “P4 Medicine: How Systems Medicine Will Transform the Healthcare Sector and Society”, in *Personalized Medicine*, 10(6), pp. 565-576

FOUCAULT M., (1963), *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*”, PUF, Parigi

FOUCAULT M., (1976), *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*, Gallimard, Parigi

FOUCAULT M., (1979), *Naissance de la biopolitique: Cours au college de France (1978-1979)*, Gallimard, Parigi

FOX N. J., WARD K. J., (2009), “Pharma in the Bedroom and the Kitchen: The Pharmaceuticalisation of Daily Life”, in *Sociology of Health & Illness*, 30(6), pp. 856-868

FRANK A. W. (1993). “The Rhetoric of Self-Change: Illness Experience as Narrative”, in *The Sociological Quarterly*, 34(1), pp. 39–52

FRANK A. W., (2016), “From sick role to narrative subject: An analytic memoir”, in *Health*, 20(1), pp. 9–21

FUREDI F., (2004), *Therapy Culture: Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*, Routledge, Londra

GADIT A. A., (2003), “Ethnopsychiatry – a review”, in *Journal of Pakistan Medical Association*, 53(10), pp. 483-490

GHIGI R., (2020), “La costruzione sociale del corpo”, in CARDANO M., GIARELLI G., VICARELLI G. (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina*, Il Mulino, Bologna, pp. 63-83

GIARELLI G., (2005), *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario. Prospettive e ambivalenze della medicina integrata*, FrancoAngeli, Milano

GIDDENS A., (1991), *Modernity and Self-Identity*, Polity, Cambridge

GOFFMAN E., (1961), *Asylums. Essay on the social situation of mental patients and other inmates*, Anchor Books, Doubleday & Company, Inc., New York

GREENHALGH T., HURWITZ B., (1999), “Narrative Based Medicine: Why Study Narrative?”, in *BMJ: British Medical Journal*, 318(7175), pp. 48–50

HEGGDAL K., MENDELSON J. B., STEPANIAN N., OFTEDAL B. F., LARSEN M. H., (2021), “Health-care professionals’ assessment of a person-centred intervention to empower self-management and health across chronic illness: Qualitative findings from a process evaluation study”, in *Health Expectations*, 24(4), pp. 1367-1377

HIRSCHMAN A. O., (1970), *Exit, Voice and Loyalty*, Harvard University Press, Cambridge

HOOD L., FLORES M., (2012), “A personal view on systems medicine and the emergence of proactive P4 medicine: Predictive, preventive, personalized and participatory”, in *New Biotechnology*, 29(6), pp. 613–624

HORWITZ A. V., WAKEFIELD J. C., (2007), *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*, Oxford University Press, Oxford

HUTTO D. D., (2008), *Folk psychological narratives: the sociocultural basis of understanding reasons*, MIT Press, Cambridge

IDLER E. L., (1979), “Definitions of Health and Illness and Medical Sociology”, in *Social Science & Medicine*, 13(6), 723-731

ILLICH I., (1976), *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, Penguin, Harmondsworth

INGROSSO M., (2019), “Quale ruolo della persona-in-cura? Trasformazioni e prospettive delle relazioni di cura nello scenario contemporaneo”, in INGROSSO M., PIERUCCI P. (a cura di), *Relazioni di cura nell’era digitale. Le persone in cura come partner nei percorsi terapeutici*, Aracne, Roma, pp. 47-67

INGROSSO M., MASCAGNI G., (2020), in CARDANO M., GIARELLI G., VICARELLI G. (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina*, Il Mulino, Bologna, pp. 155-176

INGROSSO M., (2022), “Verso nuove relazioni di cura: modelli e orientamenti”, in Alastra V., Bronzini M., Ingrosso M. (a cura di), *Cambiare le relazioni di cura nelle organizzazioni sanitarie. Ricerche, progetti, esperienze*, FrancoAngeli, Milano, pp. 22-44

JEROFKE-OWEN T., TOBIANO G., ELDH A. C., (2022), “Patient engagement, involvement, or participation – entrapping concepts in nurse-patient interactions: a critical discussion”, in *Nursing Inquiry*, 30(1)

KAILIN D. C., (2001), “Initial Strategies”, in FAASS N. (a cura di), *Integrating Complementary Medicine into Health Systems*, Aspen Publications, Gaithersburg, pp. 44-58

KELNER M., (2005), “The Status of CAM: Where Are We Now? Keynote Address”, ACHRN Conference, University of Nottingham, UK

KICKBUSCH I., PAYNE L., (2003), “Twenty-first century health promotion: the public health revolution meets the Wellness revolution”, in *Health Promotion International*, 18(4), pp. 275–278

KIRMAYER L. J., (2015b), “Re-visioning psychiatry: Toward an ecology of mind in health and illness”, in KIRMAYER L. J., LEMELSON R., CUMMINGS C. (a cura di), *Re-visioning psychiatry: Cultural phenomenology, critical neuroscience and global mental health*, Cambridge University Press, New York, pp. 622–660

KIRMAYER L. J., RAMSTAD M. J. D., (2017), “Embodiment and Enactment in Cultural Psychiatry”, in DURT C., FUCHS T., TEWES C. (a cura di), *Embodiment, enaction, and culture: Investigating the constitution of the shared world*, Boston Review, Boston, pp. 397-422

KLEINMAN A., (1978), “Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems”, in *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 12, pp. 85-93

KLEINMAN A., (1988), *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*, Basic Books, New York

KÖVECSES Z., (2015), *Where metaphors come from: Reconsidering context in metaphor*, Oxford University Press, New York

LALLI P., (1988), *L'altra medicina e i suoi malati. Un'indagine nel sociale delle pratiche di cura alternative*, CLUEB, Bologna

LANE C., (2007), *Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness*, Yale University Press, New Haven

LLANDRICH J. O., (1988), “Antropologia e psichiatria. Alcuni aspetti epistemologici e metodologici”, in *La Ricerca Folklorica*, 17, pp. 7–11

LONARDI C., MORI L., (2020), in CARDANO M., GIARELLI G., VICARELLI G. (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina*, Il Mulino, Bologna, pp. 105-127

LORDE A., (1982), *The Cancer Journals*, Aunt Lute Books, San Francisco

LUPTON D., (2015), *Digital Sociology*, Routledge, Londra

MACKENBACH J. P., (2022), “Opkomst en neergang van ziekten in Nederland: Succes en vallen van de publieke gezondheidszorg in langetermijnperspectief”, in *TSG: Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, 100, pp. 111-118

MADSEN O. J., (2018), *The Psychologization of Society: On the Unfolding of the Therapeutic in Norway*, Routledge, Londra

MARCUM J. A., (2017), “Multimorbidity, P4 medicine and holism”, in *J Eval Clin Pract*, 23, pp. 213–215

MARTIN E., (1994), *Flexible Bodies: The Role of Immunity in American Culture from the Days of Polio to the Age of AIDS*, Beacon, Boston

MATURO A., SETIFFI F., (2016), “La Medicalizzazione della vita tra quantificazione e gamification”, in *Rassegna italiana di sociologia*, 3, pp.509-530

MAY W. F., (1991), *The Patient's Ordeal*, Indiana University Press, Bloomington

MIZRACHI N., SHUVAL J. T., GROSS S., (2005), “Boundary at Work: Alternative Medicine in Biomedical Settings”, in *Sociology of Health & Illness*, 27(1), pp. 20-43

MULLAN F., (1975), *Vital Signs*, Laurel, New York

MURPHY R. F., (1987), *The Body Silent*, Henry Holt, New York



NETTLETON S., (2006), *The Sociology of Health and Illness*, Polity, Cambridge

NEWMAN J., TONKENS E., (2011), *Participation, Responsibility, and Choice: Summoning the Active Citizen in Western Europe Welfare States*, Amsterdam University Press, Amsterdam

OMRAN A. R., (1971), "The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change", in *Milbank Quarterly*, 39(4, Pt. 1), pp. 509–538

OMRAN A. R., (1983), "The Epidemiologic Transition Theory. A Preliminary Update", in *Journal of Tropical Pediatrics*, 29, pp. 305-316

PARSONS T., (1951), *The Social System*, The Free Press, Glencoe (Ill.)

PETERSEN A., (1997), "Risk, Governance, and the New Public Health", in PETERSEN A., BUNTON R. (a cura di), *Foucault, Health, and Medicine*, Routledge, New York, pp. 189-223

RABINOW P., (2008), "Afterword: Concept Work", in GIBBON S., NOVAS C. (a cura di), *Biosocialities, Genetics and the Social Sciences: Making Biologies and Identities*, Routledge, Londra, pp. 188-192

RIER D. A., (2022), "Responsibility in Medical Sociology: A Second, Reflexive Look", in *The American Sociologist*, 53, pp. 663-684

ROSE N. S., (2007), *Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*, N.J., Princeton

STURMBERG J. P., BENNETT J. M., MARTIN C. M., PICARD M., (2016), "Multimorbidity as the manifestation of network disturbance", in *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(1), pp. 199-208

TWADDLE A., NORDENFELT L., (1994), *Disease, Illness, and Sickness: Three Central Concepts in the Theory of Health*, Linköping University Press, Linköping

VARELA F. J., (1999), *Ethical know-how: Action, wisdom, and cognition*, Stanford University Press, Stanford

VOGT H., HOFMANN B., GETZ L., (2016), “The new holism: P4 systems medicine and the medicalization of health and life itself”, in *Med Health Care and Philos*, 19, pp. 307–323

WALSH B., (2015), “America’s Evolution Toward Wellness”, in *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 39(1), pp. 23–29

WEIL A., (2000), “The Significance of Integrative Medicine for the Future of Medical Education”, in *The American Journal of Medicine*, 108(1), pp. 441-443

WELCH H. G., SCHWARTZ L. M., WOLOSHIN S., (2011), *Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Happiness*, Beacon Press, Boston

WILLIAMS L. E., HUANG J. Y., BARGH J. A., (2009), “The scaffolded mind: Higher mental processes are grounded in early experience of the physical world”, *European Journal of Social Psychology*, 39, pp. 1257-1267

WILLIAMS S. J., MARTIN P., GABE J., (2009), “Risk and Benefits May Turn Out to Be Finely Balanced”, in *Nature*, 457, p. 532

WILLIAMS O., FULLAGAR S., (2019), “Lifestyle Drift and the Phenomenon of “Citizen Shift” in Contemporary UK Health Policy”, in *Sociology of Health & Illness*, 41(1), pp. 20-35

ZOLA I. K., (1972), “Medicine as an Institution of Social Control”, in *The Sociological Review*, 41(245), pp. 487-504

