

Quando l'habitus fa il monaco: mutamenti sociali, stili di vita e disuguaglianze

Stefano Tomelleri*

WHEN HABITUS MAKE THE MAN: SOCIAL CHANGES, LIFESTYLES AND INEQUALITIES

ABSTRACT: The research question is why poor education is one of the main social determinants of health, as is poverty and social exclusion? The theoretical hypothesis is that education contributes to defining people's lifestyle or habitus. Education allows to build character skills (elements of habitus), such as conscientiousness, emotional stability, openness to experience, perseverance, responsibility. In complex adaptive health systems, the multiple interactions and relationships between people and elements of the system mean that character skills are strategic.

KEYWORDS: Habitus; new public management; techno-scientific progress; disinformation; determinants of health; education

SOMMARIO: 1. I fattori sociali di rischio per la salute e le trasformazioni del Sistema Sanitario Nazionale – 2. Teorie delle disuguaglianze della salute e l'habitus – 3. L'aziendalizzazione dell'offerta sanitaria – 4. Il progresso tecnologico-scientifico – 5. La (dis)informazione medica di massa – 6. Il consumerismo della salute – 7. Conclusioni.

1. I fattori sociali di rischio per la salute e le trasformazioni del Sistema Sanitario Nazionale

Studiare le disuguaglianze di salute significa riconoscere che la salute della popolazione non solo è eterogenea, ma che è socialmente condizionata. È oramai ampiamente condivisa la consapevolezza che la salute delle persone è influenzata anche da fattori sociali, o determinanti sociali, e non solo da quelli biologici¹. Numerosi studi, da punti di vista teorici e metodologici differenti, confermano che il tema delle disuguaglianze di salute non può che essere studiato in modo interdisciplinare, indagando i molti e diversi fattori di rischio che influenzano la salute a livello personale, gruppale, strutturale e ambientale².

Gli studi impegnati nell'indagine delle disuguaglianze di salute nel nostro paese evidenziano una generale capacità del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) di contenere, entro margini migliorabili ma ragionevoli, i suddetti fattori di rischio della salute. Sebbene il federalismo regionale stia realizzando differenti modelli di governo e di organizzazione sanitaria tra le varie regioni, e nonostante le risorse

* Professore ordinario di Sociologia, Università degli Studi di Bergamo. E-mail: stefano.tomelleri@unibg.it. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.

¹ A. RINALDI, M. MARCECA, *I determinanti sociali della salute: che cosa sono e come influenzano la nostra salute?*, in *Riflessioni sistemiche*, 16, 2017, 104-119.

² N. KRIEGER, *Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective*, in *International Journal of Epidemiology*, 30, 2001, 668-677.

impegnate siano tra le più basse registrate nell'UE, il SSN italiano resta uno dei migliori in Europa in termini di efficacia.

Le disuguaglianze di salute nel nostro paese tuttavia esistono e persistono. Esse riguardano, principalmente, l'area geografica, il genere, il reddito e il livello di istruzione. Il dato sorprendente è che nel corso degli ultimi anni, per gli autori del secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità in Italia, è stato stimato che la scomparsa delle disuguaglianze di salute correlate al livello di istruzione porterebbe a una riduzione quasi del 30% della mortalità maschile e circa del 20% di quella femminile³. Dello stesso avviso è il più recente rapporto (2018) dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane dell'Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.

La domanda di questo saggio è perché la scarsa istruzione stia diventando uno dei principali, se non addirittura il principale fattore di rischio della salute, al pari della povertà e dell'esclusione sociale? L'ipotesi è: che nella società contemporanea curarsi richieda ai protagonisti coinvolti appropriati *stili di vita*. Alcuni processi economici, sociali, scientifici e tecnologici hanno profondamente trasformato il sistema sanitario nazionale e la *scena della cura*⁴. Queste mutazioni sociali hanno contribuito ad un incremento esponenziale della complessità del sistema sanitario nel suo insieme e richiedono alle persone alcune "*character skills*"⁵, come coscienziosità, stabilità emotiva, apertura all'esperienza, anche negativa, perseveranza, responsabilità, che si apprendono nei processi di socializzazione secondaria, durante le diverse fasi del percorso di istruzione, e che concorrono alla costruzione del proprio stile di vita o più precisamente l'*habitus*, che tende a cristallizzare i comportamenti sociali, nonostante i cambiamenti sociali e ambientali.

2. Teorie delle disuguaglianze di salute e l'*habitus*

Lo stile di vita di una persona, e più precisamente l'*habitus*, è un fattore di rischio sociale della disuguaglianza di salute. Il primo studio sistematico che ha aperto le ricerche sui fattori sociali della salute è il *Black Report*, che nell'edizione del 1992 ha proposto quattro teorie capaci di spiegare la presenza di un gradiente sociale nelle condizioni di salute delle persone: la teoria dell'artefatto esplicativo, la teoria della selezione naturale e sociale, la teoria delle spiegazioni materialiste, la teoria delle spiegazioni comportamentali.

La *teoria dell'artefatto esplicativo* insiste sui processi di costruzione sociale degli indicatori e delle variabili di disuguaglianza sociale, che rispondono più al bisogno di controllo dei fenomeni sociali che alla reale ricerca di una causalità. Questa teoria dai forti connotati critici ha stimolato un importante dibattito scientifico sull'attendibilità delle variabili da prendere in considerazione e ha permesso di migliorare la qualità esplicativa degli indicatori da utilizzare nella valutazione delle disuguaglianze di salute.

³ AA. VV., *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Milano 2014.

⁴ S. MANGHI, S. TOMELLERI, *Il sapere delle relazioni: immagini emergenti dell'interazione comunicativa nelle pratiche mediche* in G. GUIZZARDI (a cura di), *Star bene: benessere, salute, salvezza tra scienza, esperienza e rappresentazioni pubbliche*, Il Mulino, 2004.

⁵ J.J. HECKMAN, T. KAUTZ, *Formazione e valutazione del capitale umano*, Bologna, 2016.

La *teoria della selezione naturale* sociale considera la classe sociale come il frutto di un processo di selezione naturale che permette ai soggetti migliori, anche per condizioni di salute, di accedere alle classi agiate, mentre le persone con le condizioni di salute peggiori tenderebbero a occupare le classi sociali meno abbienti in un percorso di mobilità sociale discendente. La teoria della selezione naturale è stata del tutto confutata, mentre è stato evidenziato esattamente il contrario. Esiste una relazione tra posizione sociale e condizione di salute durante tutto l'arco di vita: soprattutto nei primi anni dell'infanzia, appartenere alle classi sociali più disagiate influenza l'accumularsi di una serie di svantaggi con notevoli implicazioni sulla futura salute⁶.

La *teoria comportamentale* si concentra sulle scelte personali. La responsabilità della salute è della singola persona che assume comportamenti non salutari. Questa teoria tuttavia sovrastima il ruolo delle persone e il loro potere di scelta. Infatti, le scelte sono date all'interno di un ventaglio di possibilità che dipendono sia dalle conoscenze del soggetto che dalle strutture sociali e dai loro vincoli economici. Questo approccio, sebbene abbia ricevuto molte critiche, tende ancora oggi a dominare il dibattito pubblico. Le politiche per la salute rimangono spesso ancorate a una visione individualistica e sono tendenzialmente orientate a modificare i comportamenti dei singoli, sottovalutando gli altri fattori di rischio e soprattutto, come vedremo in seguito, l'*habitus* e i correlati processi di socializzazione. Una spiegazione possibile è che la teoria comportamentale permetta ai decisori politici una più semplice gestione delle problematiche connesse alla salute, senza dove realizzare cambiamenti strutturali, molto più onerosi e complessi da governare nei loro esiti.

Il quarto approccio nella spiegazione della distribuzione della salute nella società contemporanea enfatizza il ruolo dei fattori economici e socio-strutturali. La *teoria materialista*, di matrice marxista, ritiene che la deprivazione economica sia la principale causa del degrado sanitario e di comportamenti insani⁷. Questa spiegazione ha dimostrato la correlazione tra condizione socio-economica e salute, tuttavia nella società contemporanea risulta problematica, soprattutto perché le disuguaglianze sociali, come ad esempio la povertà, hanno una dimensione relativa, che dipende dai regimi di Welfare, dal capitale sociale, dalle risorse culturali delle persone e dai sistemi di tutela dei diritti civili e sociali. Muovendo dall'analisi proposta dal *Black Report* e dalle successive critiche e rielaborazioni scientifiche, è stato evidenziato il principale limite di questi quattro approcci teorici. Il limite è di fornire una lettura restrittiva dei determinanti delle condizioni di salute. Altri approcci teorici hanno cercato di colmare questa mancanza esplicativa: la teoria psicosociale, la teoria degli effetti di contesto e l'epidemiologia del corso di vita⁸.

Dall'insieme delle teorie della disuguaglianza della salute emerge che i fattori di rischio per la salute sono riconducibili a diversi livelli tra loro intrecciati. Il luogo dove si vive, le condizioni ambientali, il patrimonio genetico, il reddito, il livello di istruzione, le relazioni sociali, le reti di prossimità, il capitale sociale influenzano considerevolmente le condizioni di benessere di ogni persona. Schematicamente possiamo organizzare i determinanti della salute su tre livelli interconnessi circolarmente. I li-

⁶ M. STANDBECK, A. HIJRN, *Social Consequences of Illness*, in *International Journal of Social Welfare*, 16, 2007, 105-126.

⁷ D. COBURN, *Beyond the Income Inequality Hypothesis: Class, Neo-Liberalism and Health Inequalities*, in *Social Science and Medicine*, 58, 2004, 41-56.

⁸ Per un approfondimento delle teorie sopra richiamate si rimanda a A. GENOVA, *Le disuguaglianze nella salute. Politiche e governance in Italia e in Europa*, Roma, 2008.

velli sono: a) personale: il genere, l'età e i fattori costituzionali; b) macro-sociale, che a sua volta si può distinguere in strutturale (il titolo di studio, la professione o il reddito, il capitale sociale, la rete familiare) ed ecologico o ambientale, cioè le relazioni tra un certo territorio (l'urbanizzazione, le politiche di *welfare*, le politiche sanitarie, le politiche economiche, i processi normativi e culturali) e le condizioni di salute della popolazione che vi risiede; c) grupale, ovvero la relazione tra lo stile di vita, il proprio gruppo di riferimento e la cura di sé (scelte alimentari, attività fisica, consumo di tabacco, ecc.)⁹.

Nel corso degli ultimi anni, nel nostro paese, tra i principali fattori di rischio, oltre alla provenienza geografica, al genere, al reddito, il livello di istruzione ha assunto un impatto sempre più significativo. La nostra ipotesi è che l'attuale crescente complessità della scena della cura incida in modo significativo sulla dimensione grupale dei fattori di rischio, e in particolare, come hanno dimostrato Singh-Manoux e Marmot¹⁰, lo stato di salute dipenda sempre più dall'*habitus* di una persona, che è acquisito attraverso i processi di socializzazione in specifici gruppi di riferimento.

L'*habitus* è una nozione teorica elaborata dal sociologo francese Pierre Bourdieu¹¹, secondo il quale il modo di agire sociale di una persona è incorporato dalle norme sociali e dalle condizioni di vita (lavoro, relazioni sociali, contesto ambientale, ecc.) attraverso la socializzazione. Le persone devono una parte delle loro caratteristiche specifiche alla posizione che esse occupano in una struttura sociale (in quanto parti di un tutto), e queste proprietà sono indipendenti dai loro tratti intrinseci e hanno un valore a seconda della posizione che esse occupano nello spazio sociale e in relazione al loro gruppo di riferimento.

L'insieme degli elementi indipendenti dalla singola persona, ma correlato alla sua posizione sociale, è un *habitus*, che è acquisito in maniera duratura attraverso la socializzazione in specifici contesti di interazione di gruppo. Attraverso i processi di socializzazione le persone apprendono come percepire la realtà, come comportarsi, generando degli stili di vita tipici di un determinato gruppo sociale. Sebbene la socializzazione sia un processo che accompagna le persone durante tutto l'arco della vita, l'*habitus* acquisito in un ciclo o fase di vita tende a persistere, cristallizzandosi, anche dopo il cambiamento di norme e di condizioni esistenziali o ambientali. L'*habitus*, direbbe Bourdieu, è un sistema di schemi comportamentali, percettivi e mentali. Esso produce azioni concrete, coerenti relativamente al gruppo di riferimento. Si acquisisce in certe fasi della propria esistenza e tende a perdurare anche di fronte ai cambiamenti. Non si tratta di un modello di comportamento universale, né relativo ad una singola persona specifica, ma è l'elemento distintivo di un contesto sociale che genera aspettative e comportamenti regolari. Prendiamo, per esempio, l'*habitus* di un lavoratore edile: le sue scelte alimentari, l'utilizzo o meno dei dispositivi di sicurezza negli ambienti di lavoro, il consumo di tabacco, l'esposizione ai rischi professionali dipenderanno dalle scelte personali e da ciò che il suo

⁹ La complessità dei determinanti di salute è stata schematizzata negli studi di G. DAHLGREN, M. WHITEHEAD, *Policies and Strategies to promote Equity in Health*, WHO Regional Office for Europe, 1991 e successivamente in ID., ID., *Framework for Assessing Health System from Public Perspectives: The Alps Approach*, in *International Journal of Health Services*, 37, 2007, 363-378.

¹⁰ Per un approfondimento della teoria dell'*habitus* applicata alle disuguaglianze della salute si veda il saggio di A. SINGH-MANOUX, M. MARMOT, *Role of Socialization Explaining Social Inequalities in Health*, in *Social Science and Medicine*, 60, 2005, 2129-33.

¹¹ P. BOURDIEU, *Distinction: A social Critique of Judgement of Taste*, London, 1984.

gruppo di riferimento definisce come comportamenti attesi e regolari. Spesso l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza è disincentivato dal gruppo di riferimento che considera certi comportamenti come inappropriati¹².

Come ha scritto il più importante allievo di Bourdieu, Loïc Wacquant:

(i) l'*habitus* non incapsula un'attitudine naturale ma sociale, quindi fortemente variabile nel tempo, nel luogo, e soprattutto, attraverso le distribuzioni del potere; (ii) è trasferibile a diversi ambiti di pratica, fatto che spiega la grande coerenza ottenuta, per esempio, in diversi contesti di consumo – di musica, sport, cibo, e arredamento, ma anche nelle scelte coniugali e politiche – all'interno e tra individui della stessa classe, fondandone i distintivi stili di vita (...); (iii) è duraturo, ma non statico o eterno: le predisposizioni sono socialmente costruite e possono essere erose, contrastate, o addirittura smantellate da esposizioni a nuove forze esterne, come dimostrano le situazioni di migrazione e formazione specialistica; (iv) eppure è dotato di una inerzia integrata, in quanto l'*habitus* tende a produrre pratiche modellate come conseguenza delle strutture sociali che le hanno generate, anche perché ciascuno dei suoi livelli funziona come un prisma attraverso il quale più tardi le esperienze vengono filtrate, in una sovrapposizione di successivi strati di disposizioni (da qui il peso preponderante degli schemi impiantati nella prima infanzia, tra i quali l'opposizione binaria tra maschile e femminile); (v) l'*habitus* introduce così un ritardo e, talvolta, uno iato, tra le determinazioni passate che l'hanno prodotto e quelle che attualmente lo interpellano¹³.

La teoria dell'*habitus* di Bourdieu permette di interpretare il rapporto tra le strutture sociali, materiali, culturali, comportamentali e i modelli di pensiero e di azioni concreti delle persone. Assumendo l'*habitus* come principio esplicativo in grado di interpretare la relazione dinamica tra le condizioni sociali e le disuguaglianze di salute, si comprende perché l'istruzione, insieme alla formazione, sia così importante. L'istruzione, come hanno dimostrato James J. Heckman e Tim Kautz, concorre alla costruzione di *character skills* specifiche: le capacità cognitive, memoniche, frutto di percorsi scolastici, si integrano con capacità caratteriali come la coscienziosità, lo sviluppo di capacità di autoapprendimento, di responsabilità di fronte a dati di realtà. L'*habitus*, come hanno evidenziato i più recenti studi di sociologia cognitiva¹⁴, è associato alla parte di cognizione implicita del comportamento umano. Il livello di istruzione non garantisce quindi di per sé una maggiore facilità di controllo del proprio stile di vita, ma favorisce attraverso le sue pratiche la costruzione di un *habitus* con alcune proprietà specifiche, che permettono di interfacciarsi in modo appropriato con un sistema della cura complesso e articolato. Un livello di istruzione elevato tendenzialmente favorisce l'apprendimento di competenze e capacità, come dimostrano alcuni recenti studi di psicologia sociale, che sono un fattore predittivo del successo e della capacità di adattamento di una persona¹⁵.

¹² S. TOMELLERI (a cura di), *Uomini di cantiere. Storie di ricerca e formazione alla sicurezza in edilizia*, Milano, 2010; D. PERROTTA, *Vite in cantiere. Migrazione e lavoro dei rumeni in Italia*, Il Mulino, 2011.

¹³ L. WACQUANT, *Breve genealogia e anatomia del concetto di habitus*, in ANUAC., 4, 2015, 69.

¹⁴ P. DI MAGGIO, *Culture and cognition*, in *Annual Review of Sociology*, 24, 1997, 263–287; O. LIZARDO, *The Cognitive Origins of Bourdieu's Habitus*, in *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 34(4), 2004, 375–401; R. MOORE, *Fast or Slow: Sociological Implications of Measuring Dual-Process Cognition*, in *Sociological Science*, 4, 2017, 196–223.

¹⁵ M. ALMLUND, et. al., *Personality Psychology and Economics*, in E.A. HANUSHEK, S. MACHIN, L. WOESSMANN (a cura di), *Handbook of the Economics of Education* Amsterdam, 2011, 4, 1-181.

Queste abilità caratteriali (perseveranza, coscienziosità, responsabilità, apertura all'esperienza, anche negativa, riflessività), riprendendo la riflessione di Wacquant, permettono alle persone di gestire lo scarto tra le determinazioni passate e quelle che attualmente sono interpellate da un sistema della salute che è ormai gravosamente complesso e in alcuni casi complicato.

Gli studi delle scienze sociali evidenziano quattro processi di mutamento sociale profondi della struttura stessa della scena della cura avvenuti negli ultimi quarant'anni che hanno progressivamente introdotto un crescente livello di complessità: a) l'aziendalizzazione dell'offerta sanitaria; b) il progresso tecnologico e scientifico, c) la diffusione dell'informazione medica di massa e d) il consumerismo della salute, che minaccia la relazione di fiducia tra il i professionisti della salute e i cittadini. Si tratta ora di analizzare ogni singolo processo di trasformazione sociale.

3. L'aziendalizzazione dell'offerta sanitaria

Il processo di aziendalizzazione¹⁶ è riconducibile ai determinanti di contesto della salute. Esso indica che principi economici e gestionali si combinano con quelli della pubblica amministrazione e delle professioni nel coordinamento e nel controllo delle attività svolte all'interno delle strutture di erogazione dei servizi sanitari¹⁷.

L'aziendalizzazione del sistema sanitario nazionale si iscrive nei processi di riforma resi necessari alla fine degli anni '90 del Novecento dall'eccessivo indebitamento pubblico del paese. Si tratta di un programma di razionalizzazione degli apparati amministrativi riconducibile ai principi teorici e gestionali del New Public Management (NPM), che nei paesi anglosassoni aveva preso avvio già negli anni '80 del Novecento¹⁸. Il NPM prevede: a) la separazione tra indirizzo politico e gestione delle attività e dei processi organizzativi; b) l'esternalizzazione di servizi e la costituzione di aziende di servizi pubblici a cui partecipano anche aziende private; c) il ricorso al mercato e alla concorrenza regolata tra enti pubblici; d) la costruzione di economie di scala nella gestione dei servizi e la costruzioni di centrali per gli acquisti e le forniture; e) la definizione di specifici budget e obiettivi di gestione per l'organizzazione pubblica, e relativo conferimento di autonomie e deleghe di responsabilità manageriali; f) la possibilità di gestione flessibile del personale con contratti a termine; g) la valorizzazione delle risorse umane attraverso sistemi premiali sulla base di risultati organizzativi e individuali; f) la formazione del personale; h) maggior attenzione alla qualità dei servizi ed all'ascolto dei cittadini/utenti, che diventano clienti.

La riorganizzazione aziendalistica dei sistemi sanitari ha comportato profonde trasformazioni economiche, sociali e culturali. Si tratta di una riconfigurazione irreversibile del rapporto tra le persone e le loro organizzazioni, che nell'ambito della sanità assume tratti frenetici, poiché inscindibilmente connesso alla ristrutturazione dell'architettura istituzionale del sistema sanitario nazionale stesso¹⁹.

¹⁶ Il quadro normativo di riferimento è complesso e articolato: Legge di riordino del SSR – LR 31/1997 modificata da LR 15/1998, 15/1999, 1/2000, 2/2000, 18/2000, 3/2001, 6/2001, 17/2001, 26/2001, 28/2001, Del CR 401/2002 e Del CR 747/2003.

¹⁷ F. DI MASCIÒ, A. NATALINI, *Oltre il New Public Management*, Milano, 2018.

¹⁸ C. HOOD, *The art of the State: Culture, Rhetoric and Public Management*, Oxford, 1998.

¹⁹ R. ALFIERI, *Le idee che nuocciono alla sanità e alla salute*, Milano, 2007.

Numerosi sono i cambiamenti in positivo, soprattutto quando fanno fronte alle vistose inefficienze amministrative, finanziarie e organizzative. Tra i risultati positivi, si segnalano: la riduzione delle liste d'attesa, l'abbreviazione delle degenze, la diffusione dei protocolli di cura, il contenimento degli sprechi, l'avviarsi e l'affermarsi dell'assistenza integrata sul territorio.

Altri cambiamenti sono invece più indicativi di un cambiamento sia dell'identità dei professionisti della salute e dei percorsi di cura, sia di una crescente complessità del sistema nel suo insieme. La riorganizzazione del coordinamento e delle attività sanitarie e la notevole crescita della domanda di salute hanno comportato un esponenziale (e non proporzionale) aumento per i professionisti della salute (manager, medici, infermieri, operatori socio-sanitari, ecc.) della complessità da governare, che spesso richiede competenze non ancora comprese dal sistema formativo. I rischi di una crescente complessità difficilmente governabile sono molteplici²⁰. I principali riguardano: a) una deriva verso l'iperburocratizzazione del percorso di cura; b) una progressiva separazione tra la pratica clinica e i modelli gestionali; c) il difficile coordinamento tra servizi ospedalieri e territoriali; d) l'anonimato professionale per la standardizzazione dei percorsi di cura con il correlato rischio di deresponsabilizzazione del personale medico²¹.

Una tra le principali implicazioni del processo di aziendalizzazione sull'*habitus* delle persone è la progressiva riduzione del tempo dedicato dai professionisti alla relazione di cura. Questo problema è posto in evidenza soprattutto dalle professioni infermieristiche, tradizionalmente più attente alla relazione con il paziente e la sua rete di prossimità²².

La riduzione del tempo dedicato alla relazione e all'ascolto della persona presa in carico richiede, specialmente nelle comunicazioni di diagnosi negative, una stabilità emotiva e una capacità di adattamento inedite rispetto al passato. Al paziente spesso è chiesto di comprendere la propria diagnosi e di prendere una decisione rispetto alla propria terapia senza un accompagnamento e un orientamento appropriati. Sono queste situazioni critiche che richiedono quelle *character skills* specifiche che si apprendono nei processi di socializzazione scolastica e nei percorsi di istruzione superiore (università, specializzazioni, ecc.).

4. Il progresso tecnologico-scientifico

Il progresso tecnologico e scientifico è un altro fattore di contesto e indica l'aumento delle competenze e delle capacità di intervento dei saperi medici e sanitari, e va di pari passo con la progressiva settorializzazione e frammentazione dei percorsi di cura. Agli inizi degli anni '90 un gruppo di epidemiologi clinici canadesi della McMaster University di Hamilton hanno dato origine a un nuovo approccio scientifico delle scienze mediche, l'Evidence-Based-Medicine (EBM), che è poi stato alla base dell'enorme progresso della medicina.

²⁰ R. LUSARDI, S. MANGHI, *I limiti del sapere tecnico: i saperi sociali nella scena della cura* in G. VICARELLI (a cura di) *Società e salute nel terzo millennio. Il contributo della sociologia della salute e della medicina*, Roma, 2014.

²¹ A. PERIN, *Standardizzazione, automazione e responsabilità medica. Dalle recenti riforme alla definizione di un modello d'imputazione solidaristico e liberale*, in questa *Rivista*, 1, 2019, 28.

²² S. NEWMAN, J. LAWLER, *Managing health care under New Public Management: A Sisyphean challenge for nursing*, in *Journal of sociology*, 24, 2009, 419-432.

L'EBM presuppone l'incremento della ricerca scientifica sulla pratica clinica, la definizione di protocolli e standard di ricerca, che hanno lo scopo di incrementare tra i medici la diffusione delle cure la cui efficacia era dimostrata sulle ultime evidenze in ambito scientifico. Il modello di ricerca principale è quello dei Randomised Controlled Trials (RCTs), inizialmente introdotto per valutare gli effetti collaterali dei farmaci. Questo tipo di ricerca presuppone l'abbinamento casuale dei pazienti alla cura, i gruppi di controllo che ricevono cure diverse e la misurazione quantitativa delle variabili studiate.

L'approccio EBM ha contribuito ad uno sviluppo esponenziale della ricerca scientifica in ambito medico, favorendo la condivisione del modello di ricerca e la produzione di meta-analisi statistiche di valutazione sistematica riguardo alle cure oggetto di analisi. Un effetto di questo processo di trasformazione della ricerca medica è stato la nascita di un enorme database online, la *Cochrane Collaboration*, che contribuì a presentare il metodo EBM come un approccio più professionale e rigoroso.

Il movimento per l'EBM ha da subito rivendicato che questa metodologia era trasferibile in diversi ambiti della sanità. L'innovazione tecnologica e quella farmacologica trovarono un alleato strategico, perché questo metodo garantiva una grande quantità di evidenze per migliorare l'efficacia delle sperimentazioni innovative, che potevano essere applicate su larga scala²³.

Molti sono stati i benefici di questa profonda innovazione nella ricerca tecnologica e scientifica della medicina²⁴: a) una maggior accuratezza e precisione dei test diagnostici (incluso l'esame clinico), b) il potere dei marcatori prognostici, c) la maggior efficacia e sicurezza dei regimi terapeutici, riabilitativi e preventivi; d) la definizione di standard per la pubblicazione degli studi; e) l'istituzione di strutture nazionali e internazionali dedicate alla produzione e diffusione di linee-guida.

Tuttavia, l'EBM ha comportato, più o meno direttamente, anche una serie di aspetti problematici. Questo metodo ha prodotto una serie eccessiva di standard, classificazioni, parametri, linee guida. Spesso le decisioni a tutti i livelli della sanità sono condizionate da questa mole enorme di numeri²⁵. Perché i numeri creano l'illusione di poter gestire e valutare in modo neutrale la reputazione dei medici, degli ospedali, delle procedure cliniche, delle nuove tecnologie mediche. Il giudizio basato sul *Metric Power*²⁶ ha avuto ed ha lo scopo di creare delle gerarchie tra i migliori, i vincitori e i perdenti, mettendo tra parentesi quanto gli standard siano politicamente orientati.

La produzione esorbitante di "numeri" ha contribuito anche all'eccessiva collusione tra industria farmaceutica e ricerca medica, spostando l'oggetto di attenzione dalla persona sofferente alla sua malattia²⁷. Altri effetti problematici sono indirettamente correlati al metodo EBM, ma causati dalla specializzazione estrema della tecno-scienza medicina, e sono relativi a inediti dilemmi giuridici ed etici sull'insistenza terapeutica e il fine vita²⁸, alla questione dei limiti e della fallibilità del sapere medico,

²³ S. TIMMERMANS, H. OH, *The Continued Social Transformation of the Medical Profession*, in *Journal of Health and Social Behavior*, 51, 2010, 94-106.

²⁴ D.L. SACKETT, *Evidence-based Medicine Seminars*, in *Perinatology*, 21, 1997, 3-5.

²⁵ S. TIMMERMANS, S. EPSTEIN, *A world of standard but not a standard world: Toward a sociology of standards and standardization*, in *Annual Review of Sociology*, 36, 69-89.

²⁶ D. BEER, *Metric Power*, New York, 2016.

²⁷ T. GREENHALGH, J. HOWICK, N. MASKREY, *Evidence based medicine: a movement in crisis?*, in *British Medical Journal*, 2014 consultabile all'indirizzo: www.bmj.com.

²⁸ Si veda a riguardo nel primo numero di questa *Rivista* – 1, 2014 – la speciale *call for papers* dedicata al tema *Oltre la malattia: il diritto e le nuove concezioni di salute*, e in particolare il contributo di A. D'AIOLA dal titolo

al controllo dell'apparato strumentale e alla genesi di situazioni cliniche dalla prognosi iper-complexa²⁹. L'insieme di questi effetti problematici ha reso per la persona malata molto complesso interfacciarsi con il sistema. È indiscutibile che l'innovazione tecnologica ha facilitato, in molti casi, i percorsi terapeutici dei pazienti cronici e acuti, ma la complessità del sistema tecnico-specialistico rischia di trascurare il tempo della relazione, che i pazienti richiedono per una presa in carico complessiva³⁰. Anche in questo caso, come per il processo di aziendalizzazione, la principale criticità riguarda il fatto che venga trascurato il tempo necessario alla relazione con il paziente e la sua rete di prossimità, ponendo in secondo piano l'attenzione all'integrità psico-sociale oltre che biologica della persona presa in carico.

5. La (dis)informazione medica di massa

La (dis)informazione di massa riguarda la dimensione ambientale della salute. I media e i social media hanno favorito una rapida socializzazione delle informazioni e il conseguente accesso più immediato da parte dei non addetti ai lavori al sapere biomedico³¹. Questo fenomeno ha provocato una trasformazione del rapporto di fiducia tra i professionisti della salute e i cittadini. Le aspettative di salute e di benessere sono pressanti, se non addirittura assillanti e, in alcuni casi, prepotenti³². Ai professionisti della salute è sempre più richiesto anche un compito di contro-informazione, rieducazione e ri-orientamento sempre più impegnativo. La crescente possibilità di accedere a informazioni attraverso trasmissioni televisive, pubblicazioni periodiche, siti internet, applicazioni dedicate ai temi della salute è un processo incalzante. Così non stupisce che la *World Health Organization* (WHO) individui tra le cinque competenze necessarie agli operatori sanitari del terzo millennio l'acquisizione di saperi e pratiche *Information and Communication Technologies* per comunicare con il team e con il paziente³³.

Tuttavia i professionisti della salute riconoscono di reagire *ex post* a variabili comunicative e informative determinate *ex ante* da attori mediatici che hanno l'effettivo controllo sulle informazioni biomediche, che sono emittenti autonomi di informazione e svincolati dalla moderna deontologia medico-scientifica. La pluralità di fonti informative, ma soprattutto la presenza di false notizie creano un contesto di dis-informazione. Si tratta per lo più di falsi miti e di notizie inventate di sana pianta, potenzialmente molto pericolose, quando le persone utilizzano il web per reperire informazioni sulla salute e su specifiche patologie, senza verificare l'attendibilità delle fonti.

Oltre la malattia: metamorfosi del diritto alla salute, dove sono riassunti i principali contenuti dei papers selezionati.

²⁹ R. LUSARDI, *Corpi, tecnologie e pratiche di cura. Uno studio etnografico in Terapia intensiva*, Milano, 2012.

³⁰ R. LUSARDI, S. MANGHI, *I limiti del sapere tecnico: i saperi sociali nella scena della cura* in VICARELLI G. (a cura di) *Società e salute nel terzo millennio. Il contributo della sociologia della salute e della medicina*, Roma, 2014.

³¹ R. LUSARDI, A. RADIN, S. TOMELLERI, «E» come engagement. *Il coinvolgimento di pazienti e professionisti come fattore di sviluppo dei processi di eHealth*, in *Politiche Sociali/Social Policies*, 2, 2018, 163-178.

³² S. MANGHI S., *Il medico, il paziente e l'altro*, Milano, 2005.

³³ WHO (2005), *Preparing a Health Care Workforce for the 21st Century. The Challenge of Chronic Conditions*, in https://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report/en/ (retrieved 15 January 2018).

I professionisti della salute si trovano spesso in difficoltà nella gestione dell'interazione quotidiana con il paziente che non sempre è in grado di distinguere l'attendibilità delle sue informazioni sulla salute.

Le innovazioni e i mutamenti delle relazioni iter-professionali e interpersonali generati dall'(dis)informazione di massa rischiano di causare forti disuguaglianze sociali, soprattutto a fronte di significativi dislivelli di istruzione e formazione. Le nuove tecnologie dell'informazione di massa, ad esempio, richiedono anzitutto appositi interventi formativi, con specifici destinatari: i cittadini, che sono abituati ad usare smartphone, tablet e altri devices, ma che ancora non conoscono o non comprendono le implicazioni che le opportunità dell'ICT offrono nel campo della salute; gli informatici, che devono apprendere un nuovo vocabolario, quello sanitario e devono creare nuove sinergie con un diverso mondo altrettanto *Evidence Based*; infine, i professionisti sanitari, che scoprono di avere conoscenze e competenze inadatte ad un mondo d'informazione di massa.

L'introduzione nelle pratiche mediche e sanitarie di nuovi strumenti e dispositivi comunicativi inesorabilmente induce a dei cambiamenti. In primo luogo, il percorso di cura e l'assistenza con i pazienti sono sistematicamente perturbate da un flusso, spesso incontrollato, in alcuni casi contraddittorio di informazioni, creando disorientamento nei pazienti e nelle persone a loro più prossime.

In secondo luogo, i cambiamenti incidono anche sui valori e sul bagaglio di conoscenze e competenze dei professionisti sanitari. La (dis)informazione di massa coinvolge «il lavoro dei singoli operatori nella sua interezza» e richiede «loro la capacità di rileggere la propria professionalità alla luce delle abilità richieste dalle nuove tecnologie»³⁴ e dalle nuove modalità di accesso e utilizzo delle informazioni nella relazione di fiducia.

6. Il consumerismo della salute

Il consumerismo della salute è un fattore di rischio gruppale, relativo agli stili di vita interiorizzati dalle persone. Si tratta nello specifico di una serie di atteggiamenti del paziente più informato, istruito, più riflessivo, esigente e persino più aggressivo: meno fedele al singolo medico, più propenso all'auto-medicazione, alla ricerca di cure alternative e all'utilizzo di nuove tecnologie³⁵.

Uno degli effetti del consumerismo nella scena della cura è una maggior medicalizzazione degli stili di vita³⁶. Se da un lato, il crescente interesse per il proprio corpo e per la salute sono motivo di un miglioramento generale dello stato di salute, dall'altro si afferma una cultura della cura non sempre appropriata, che troppo spesso richiede una soluzione veloce e non di rado definitiva a situazioni complesse o a problemi che non necessariamente richiedono soluzioni sanitarie.

Un altro effetto del consumerismo della salute è mettere in discussione la relazione di fiducia tra i cittadini e i professionisti del sistema sanitario nazionale, perché comporta una tensione nella rela-

³⁴ D. NICOLINI, E.A. BRUNI, R. FASOL, *La telemedicina in letteratura*, in S. GHERARDI E A. STRATI (a cura di), *La telemedicina: fra tecnologia e organizzazione*, Roma, 2004, 48.

³⁵ S.B. COHEN, K.D. GROTE, W.E. PIETRASZEK, F. LAFLAMME, *Increasing consumerism in healthcare through intelligent information technology*, in *The American Journal of Managed Care*, 16, 2010, 37-43.

³⁶ A.E. FIGERT, *The consumer turn in medicalization: Future directions with historical foundations*, in B.A., PES-COSOLIDO, J.K, MARTIN, J.D., MCLEOD, A., ROGERS, (a cura di), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing*, New York, 2011, 291-308.

zione gerarchica tra chi cura e chi è curato, e in alcuni casi alimenta una vera e propria “sindrome da risarcimento”. La base fiduciaria viene sempre meno data per scontata e i cittadini sentono di poter ricorrere anche a iniziative legali per far valere i propri diritti³⁷.

Una conseguenza rilevante per molti medici e professionisti della salute è la pratica della medicina difensiva, l’attenersi a protocolli e linee guida consolidate per non incorre dispute legali. Ma questo atteggiamento difensivo rischia di legittimare regole sociali impersonali, secondo la ricerca di un rapporto legalmente ineccepibile tra medico e paziente.

Il cattivo uso di una cultura della salute e del diritto, inteso come rivendicazione, può trasformare un’importante conquista della società contemporanea in un’ulteriore causa di disuguaglianza nelle condizioni di salute³⁸. Le persone, per effetto di una generalizzata incertezza nel rapporto di fiducia con i professionisti della salute, possono essere maggiormente esposte a svantaggi relativi: l’automedicazione, la sovrastima del sapere profano della salute, la consultazione di siti internet per informazioni sanitarie, ecc. I cittadini incorrono nel rischio di non riconoscere i propri limiti e di non avere gli strumenti relazionali e culturali per comprendere quando il professionista è meritevole della propria fiducia.

7. Conclusioni

Il processo di aziendalizzazione, il progresso tecnologico-scientifico, la (dis)informazione di massa e il consumerismo della salute concorrono con fenomenologie differenti a rendere la scena della cura complessa da governare per i professionisti, e per i pazienti è sempre più difficile orientarsi, prendere decisioni, modificare i propri comportamenti sociali acquisiti.

Una priorità, ad esempio, è quella di aumentare le capacità di lettura critica e autocritica delle persone, consentendo di riconoscere le fake news diffuse tramite la rete Internet. Emerge inoltre la necessità di ridurre il divario informativo in materia di salute e malattia per migliorare le condizioni di benessere dei cittadini. Da qui l’importanza dell’istruzione tra i fattori di rischio della salute. Perché l’istruzione in generale, come abbiamo visto, concorre alla definizione di *habitus* che producono comportamenti attesi potenzialmente sani e predittivi di capacità adattive.

La character skills di cui tendenzialmente può essere dotato un *habitus* con un elevato livello di istruzione (capacità di autoapprendimento, riflessività, coscienziosità, perseveranza, responsabilità) sono necessarie per apprendere come interfacciarsi con un sistema di cura iper complesso. Tra le inedite capacità sollecitate, ricordiamo: a) una straordinaria capacità di interpretazione delle relazioni sociali, orientamento e un’appropriata alfabetizzazione sanitaria per comprendere come curarsi in una scena della cura specialistica e in alcuni casi frammentata; b) la capacità di prendere delle decisioni su processo di cura con implicazioni etiche, antropologiche, esistenziali inedite rispetto al passato (si pensi al fine vita)³⁹; c) la capacità di muoversi in sistema articolato e vario di specialità, servizi sanitari e so-

³⁷ S. PICKARD, *Citizenship and Consumerism in Health Care: A Critique of Citizens’ Juries*, in *Social Policy & Administration*, 3, 1998, 226–244.

³⁸ K.J. LINDLEY, D. GLASER D., P.J. MILLA, *Consumerism in healthcare can be detrimental to child health: lessons from children with functional abdominal pain*, in *Archives of Disease in Childhood*, 90, 2005, <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2003.032524>.

³⁹Cfr. M. FOGLIA, *La relazione di cura dopo la legge 219/2017. Una prospettiva interdisciplinare*, Pisa, 2019.

Focus

ciali, che richiedono una particolare flessibilità e senso dell'orientamento; d) la capacità di integrare i servizi sociali con quelli sanitari, in modo efficace ed efficiente, sapendo colmare gli inevitabili buchi nella rete dei servizi ad alta specializzazione⁴⁰.

Un alto investimento culturale di lungo periodo può essere una leva strategica per garantire il diritto alla salute. Avviare processi di formazione e istruzione più appropriati rispetto alla mutazioni sociali in corso è cruciale per lo sviluppo delle loro competenze relazionali, critiche e autocritiche, che sono la base di partenza necessaria sia per poter costruire percorsi di educazione alla salute appropriati per far fronte alle attuali sfide della sanità pubblica, sia per concorrere alla costruzione sociale di *habitus* e stili di vita in grado di stare in relazione con i cambiamenti sociali sempre più cogenti e imprevedibili.

In una scena della cura complessa, articolata e specialistica, l'istruzione di una persona è un determinante fondamentale. Di fronte alla rapida diffusione delle tecnologie digitali, dell'informazione di massa, di stili consumistici nella relazione con i medici e gli operatori sanitari, il livello di competenze dei cittadini si dimostra spesso non ancora adeguato in considerazione delle opportunità e dalla criticità emergenti dalle trasformazioni in corso. Se la complessità della scena della cura richiede nuove competenze ai professionisti della salute, al paziente e alla sua rete di prossimità sono richieste inedite capacità di orientamento, interpretazione, scelta e decisione, mai banali.

⁴⁰ Cfr. R. LUSARDI, S. TOMELLERI, *Tra i meandri della rete. Uno studio qualitativo sulle raffigurazioni simboliche della rete di cure palliative di Bergamo*, in *Rivista italiana di cure palliative*, 4, 230-239.