

Marco Ingrosso

## Scritti sulla Cura e la Salute

**Dispensa ad uso didattico per  
il Corso di Sociologia della Salute  
a.a. 2015-16<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Copyright@marcoingrosso  
è vietato l'utilizzo e la riproduzione di questi saggi senza l'autorizzazione dell'autore

# Indice

## Avvertenze

### **I. Forme e idee sorgenti della cura: un percorso storico**

1. Genesi delle varie forme di cura

2. Il divenire della cura

*I miti dell'Età dell'Oro; La cura nella classicità greca e romana; La Cristianizzazione e l'Età di Mezzo; Umanesimo e Illuminismo: la cura nella modernità*

3. Dai diritti dell'uomo al welfare: il lascito moderno

*Cura familiare e cura medica fra ottocento e novecento; L'esito della modernità; Carenze e apporti della "Fraternité"*

### **II. La cura nella modernità liquida e nella "grande contrazione"**

1. Il nuovo assetto planetario: finanziarizzazione, tecnicizzazione, estetica mediatica

2. La crisi delle ragioni e delle forme di cura nella post-modernità

*L'etica pubblica e quella privata; Soggettività e cura di sé; La cura "fraterna"; Medicina e professioni sanitarie*

3. La "grande contrazione" e le prospettive future

*Il fattore umano e la sfida della fraternità; Una nuova cultura e pratica della cura*

### **III. I cercatori della cura**

1. Verso un nuovo interesse per la cura

2. Il sé curante e la cura di sé nella riflessione filosofica

*La cura come essere-nel-mondo; La cura per l'altro e con l'altro; La cura di sé*

3. L'etica della cura e i diritti di cittadinanza

*La sfida del pensare e del fare materno; Il posto della cura: fra giustizia e capacità; La cura nell'etica planetaria; Verso una nuova cultura della cura*

4. La psicologia del curare: fra *maternage* e danza cooperativa

*Il curare materno; I rapporti di cura terapeutici*

5. Educare con cura, educare alla cura

*"I care"; La cura in educazione e formazione; L'autoformazione al curarsi; Apprendere la cura*

6. La cura nell'arte e nella letteratura contemporanea

7. La ricerca di un nuovo immaginario estensivo e inclusivo della cura

*Motivazioni e affetti; Fra giustizia e fraternità; Reciprocità e competenza di chi è curato; Quale approccio sociologico alla complessità della cura?*

### **IV. Percorsi di sociologia della cura**

1. La cura in sociologia

2. Tecnica medica e neutralità affettiva

*La malattia come disfunzione; Il rapporto fra il ruolo sociale del medico e quello del paziente*

3. Organizzazioni sanitarie che non curano  
*Le istituzioni totali; La carriera morale del malato e la vita nell'ospedale psichiatrico; La relazione di servizio e il trattamento psichiatrico*
4. Dalla sociologia medica alla sociologia della cura  
*Distinzioni fra punti di vista; Movimenti sociali e questione del "chi cura?"*
5. Promozione e cura della salute
6. La cura multidimensionale  
*Il lavoro professionale nei servizi, Analisi di scenario; L'ottica della cura nella riforma del welfare*
7. La cura come meta-concetto: sviluppi recenti  
*Gli effetti della globalizzazione; Valore simbolico e complessità della cura*

#### **V. Comunicazione della salute e relazioni di cura**

1. La comunicazione della salute come campo di opportunità e problemi
2. Tre prospettive
3. La comunicazione sanitaria pubblica
4. La comunicazione nelle organizzazioni sanitarie
5. I media fra salute e benessere  
*I periodici del benessere: un canale apripista; L'istituzionalizzazione televisiva; Le opportunità dei nuovi media*
6. Le relazioni di cura nel tempo della crossmedialità
7. I tre scenari possibili del prossimo futuro

#### **VI. Nuove definizioni pubbliche di salute: riflessioni e proposte**

1. I territori di Salute, le mappe di Cura
2. Le definizioni pubbliche e generali: condivisione e opposizione
3. Il dibattito contemporaneo sulla definizione pubblica di salute
4. Da dove ricominciare?
5. Adattamento e capacità
6. Resilienza e coping
7. Il contributo del pensiero sistemico-relazionale
8. Un'immagine di salute
9. Una proposta per (ri)definire la salute
10. Implicazioni formative e promozionali

#### **VII. Cura di sé ed educazione alla cura**

1. Limiti dei modelli promozionali
2. L'investimento educativo in quattro campi della cura  
*Cambiare i comportamenti o sviluppare la cura di sé?; La simmetria fra cura di se e cura degli altri/dell'ambiente*
3. Il concetto di cura e le sue articolazioni
4. Educare alla cura: sfida e opportunità  
*Cura di sé e prospettive educative; Pratiche di cura degli altri; La cura di animali e piante; Preoccuparsi per l'ambiente naturale e urbano*
5. Competenze e processi
6. Promuovere la cura

#### **Riferimenti bibliografici**

## **Avvertenze**

Questa dispensa ad uso didattico comprende testi editi, opportunamente vagliati e modificati, e testi inediti, ossia non ancora pubblicati. Dato che da tempo sto lavorando sul tema della cura e le sue interconnessioni con la salute, ho ritenuto utile mettere a disposizione questi saggi per gli studenti dei miei corsi. In essi i lettori potranno ritrovare molti dei temi toccati a lezione in forma più estesa e approfondita; penso che ciò possa facilitare la migliore comprensione e acquisizione delle linee di fondo del corso.

La dispensa è altresì un discorso aperto che può ispirare ulteriori sviluppi e applicazioni. Sarò quindi lieto di ogni osservazione che mi potrà arrivare da tutti coloro che vorranno interagire con gli scritti qui presentati.

Il tema della “cura” è trattato da questo testo in forma ampia, mettendo al centro il suo essere una relazione fondamentale per la vita sociale (in campo educativo, assistenziale, sanitario, ambientale, ecc.). Essa è altresì una relazione composita, ossia multidimensionale e posta in essere – spesso – da molti attori sociali interagenti.

Nella società contemporanea esistono diverse risorse e professioni di cura. Tuttavia si profila da tempo un significativo deficit di azioni di cura. In molti casi essa non viene prevista e realizzata pur in presenza di molte situazioni che la richiederebbero (anziani, marginali, extracomunitari, ecc.), con rilevanti conseguenze negative per molte persone. Inoltre, in diverse situazioni, essa non viene attuata con modalità adeguate, tali da risultare soddisfacente, completa ed efficace, oppure non trova forme adatte di organizzazione e collaborazione che la portino ad esprimere tutte le sue potenzialità (in molte situazioni tipiche dei servizi sanitari e sociali).

I saggi qui presentati in forma unitaria cercano di mettere in luce queste problematiche, ma essi propongono anche delle linee di intervento e delle soluzioni coerenti con le analisi svolte partendo dal campo formativo ed educativo per passare a quello assistenziale e sanitario, ma più in generale ponendosi nella prospettiva di un “continuum di salute” da praticare e organizzare in modo utile e più efficace per le diverse età e condizioni di vita.

Spero che i lettori possano far proprie non solo le tematiche presentate, ma altresì la passione e l'entusiasmo necessari per muoversi nel campo della cura: esso presenta molte difficoltà ma riserva anche molte soddisfazioni!

*Marco Ingrosso*

Ferrara, 10 settembre 2015

# ***I. Forme e idee sorgenti della cura: un percorso storico***

## **1. Genesi delle varie forme di cura**

Il processi di cura costituiscono una dimensione fondamentale della vita umana in ogni epoca in ragione della strutturale incompiutezza con cui l'essere umano viene al mondo, ma anche delle non rare situazioni di sofferenza e malattia invalidante nel corso della vita, nonché del relativo declinare delle sue capacità nella vecchiaia. Il corpo e l'intera vita umana hanno anche bisogno di costanti cure quotidiane che il soggetto è spinto a darsi da sé o a procurarsi dopo un adeguato periodo di formazione e auto-formazione. Le situazioni di prevalente *self-care* quotidiano, in cui il soggetto è curante di sé stesso, si integrano – generalmente – con processi di responsabilizzazione e scambio reciproco con altri soggetti: infatti le attività di cura sono frutto di relazioni nelle quali il soggetto assume la posizione di curato, ma spesso, reciprocamente, quella di curante e formatore dell'auto-cura altrui, in particolare dei membri in crescita del suo gruppo umano.

La cura implica un impiego di tempo e capacità verso un altro, quindi un *sacrificio di sé*, che richiede un'adeguata motivazione affettiva o di scambio per essere erogata. Per questo il suo ambito privilegiato è stato, già nelle società antiche, quello delle relazioni primarie, familiari, parentali, comunitarie, contraddistinto da scambi affettivi intensi e reciproci, spesso sostenuti da codici etici e costumi culturalmente condivisi e vincolanti che affondavano le loro radici negli stessi miti generatori del gruppo umano di appartenenza.

L'esigenza di questa "sacralizzazione" delle relazioni di cura è stata avvertita – in forme diverse – in varie epoche e situazioni sociali, dato il forte legame di queste cure con la sopravvivenza, la salute, il benessere propri e della propria discendenza. Il legame di sangue (matrimoniale e parentale) è stato quello più caricato di questo significato sacrale e inviolabile al fine di minimizzare il rischio della mancanza di cure, sempre potenzialmente minacciante la vita personale, ma anche quello della mancanza di *qualità* delle attività di cura, ossia del disinteresse, inadeguatezza, non disponibilità al sacrificio di sé per l'altro<sup>2</sup>.

Tali minacce, tuttavia, in molti casi diventavano realtà per una quota più o meno ampia di popolazione in ragione di lutti, malattie e inabilità permanenti, abbandoni, solitudini, guerre, trasferimenti e quant'altro. Di qui l'esigenza, gradualmente emersa, di motivare un aiuto non più fondato sui legami di sangue ma su quelli di solidarietà e coesione di gruppo o su principi universali o sulla formazione di liberi rapporti interpersonali di co-implicazione (col vicino, il prossimo, l'amico). Una cura – quest'ultima – originata dall'immedesimazione con l'altro nel contatto diretto e dalla

---

<sup>2</sup> Per questo le virtù materne, la previdenza del buon padre di famiglia, la gratitudine del figlio nei confronti dei genitori anziani sono generalmente stati esaltati nelle società antiche e tradizionali per contenere le derive minacciose dell'instabilità, dell'abbandono, della rottura dei legami.

responsabilizzazione verso di lui, in cui l'altro diventa "caro", riconosciuto, nonostante non esistano fra le due parti vincoli parentali pre-esistenti.

La necessità di interventi fuori dall'ordinario e dal quotidiano, che mettevano in gioco e in connessione diversi mondi e livelli di realtà, motivava anche la creazione di altre figure sociali extra-familiari particolarmente abili e specializzate nel ricreare ordine dove entrava il caos della malattia o del cambiamento di stato. Di qui le varie figure di "sapiente", taumaturgo, applicatore esperto di saperi di cura che, in forme diverse, sono sorte e si sono diffuse nei gruppi umani: nelle modalità sacro-misteriche dello sciamanesimo, nelle forme del *guaritore* delle medicine popolari, in quelle esperienziali delle *femmes sages* aiutanti delle madri nei parti e nell'allevamento o dei cerusici esperti di ferite e amputazioni, e, infine, in quelle del medico, consulente di benessere e abile nell'arte pratica del trovare rimedi al male.

In questo capitolo, che vuole ripercorrere il passaggio dalle forme di cura antiche a quelle moderne, ci interrogheremo soprattutto sulle forme di cura caratterizzanti ogni epoca e sulla loro pacifica o conflittuale convivenza. Ogni fase ha dato apporti peculiari all'evolversi della cura, intesa ad ampio spettro. Diversamente dalle analisi più mirate alla sola crescita della scienza medica, cercheremo di rendere conto, pur per accenni e in modo sintetico, dell'evoluzione e rilevanza della cura familiare e domestica, della cura di sé, della cura "fraterna" e della crescente divisione e organizzazione del lavoro di cura a partire dall'epoca moderna.

Allo stesso tempo cercheremo di evidenziare le idee motivanti e generatrici che hanno sostenuto, nei diversi contesti e ambienti sociali, diversificate pratiche di cura compresenti e il loro eventuale coordinamento. Tale analisi vuole porre le premesse della domanda su quali siano o possano essere le *sorgenti della cura* in un'epoca planetaria e secondo-moderna contrassegnata da una morfogenesi sociale riflessiva, ma insieme dis-orientata, in cui la precarizzazione dei percorsi lavorativi e dei corsi di vita, si combina con la trasformazione etica e il confronto-scontro interculturale. In tali società, si sono prodotte crescenti aspettative di vita e di salute e una maggiore articolazione delle offerte di cura in campo pubblico, privato e di terzo settore, tanto da fare parlare della formazione di moderne *società della salute* (Kickbusch, 2005) che costituirebbero un contrassegno caratterizzante della vita contemporanea. In esse tuttavia sembrano entrare in crisi le motivazioni profonde, diffuse e condivise del "prendersi cura" tanto in ambito familiare e interpersonale quanto in quello professionale, con esiti critici sul piano della qualità e delle relazioni, ma anche del faticoso coordinamento fra le diverse forme e saperi di cura.

## **2. Il divenire della cura**

### ***I miti dell'Età dell'Oro***

Secondo diversi studiosi delle civiltà antiche, molti dei miti delle età classiche hanno avuto origine in una fase anteriore - definita "Età dell'Oro" - precedente a quella di uno sconvolgimento epocale o caduta a cui le nuove sistemazioni filosofiche cercavano di porre rimedio. Sulla base di studi archeologici e di linguistica comparata, tale crisi dell'Armonia originaria è stata posta in relazione con l'arrivo in centro Europa di grandi ondate di popoli nomadi indoeuropei provenienti dalle

steppe asiatiche e dell'Europa orientale nel periodo fra i 4300 e i 3000 a.C.. Lo testimonierebbero la grande quantità di termini imparentati nelle lingue europee attuali e passate, nonché le somiglianze fra miti greci, latini, germani e slavi. Si devono a Georges Dumézil e Emile Benveniste i primi studi sulla mitologia comparata delle diverse aree linguistico-culturali europee (Dumézil, 1968; Benveniste, 1969). Secondo Dumézil, i diversi popoli, pur nelle diversità di nomi e attribuzioni, conservavano una somiglianza in termini di *triadi divine* ricorrenti a cui attribuire le funzioni simboliche della sovranità magico-giuridica, della forza espansiva e difensiva, della fecondità e abbondanza.

Secondo Marija Gimbutas (1989), nell'Europa antica precedente la conquista delle popolazioni indoeuropee molte di queste attribuzioni (capoclan, sacerdotessa, ecc.) erano ricoperte anche da donne e probabilmente la discendenza era matrilineare. Jakob Bachofen [1861], com'è noto, denominò tale ordine arcaico col termine di *matriarcato*, istituendo una contrapposizione dicotomica e polarizzata col successivo *patriarcato* che aveva caratterizzato le tribù guerriere e gerarchiche degli invasori. Gli studi più recenti hanno invece coniato il termine "gilania" (Eisler, 1987) per esprimere una situazione di diversità interagenti ed evolventi che sembra più consona ad indicare il tipo di scambio spesso complementare, ma non asimmetrico fra i generi alla base dell'economia domestica e della mitologia neolitica.

Un'altra indicazione emergente dagli studi degli ultimi decenni è relativa alle forme di compresenza e ibridazione fra lasciti antichi ed eredità dei popoli nomadi nel passaggio alla stanzialità e all'agricoltura. In particolare nell'Olimpo della Grecia classica accanto alle divinità maschili indoeuropee (Zeus, Ares) e alle loro consorti (Hera), persistono divinità femminili dirette eredi del mondo precedente (Artemide, Atene, Demetra, Gaia, ecc.). Secondo la Gimbutas, tali dee richiamano aspetti della *Grande Dea Madre* che caratterizzava l'Età dell'Oro nell'Europa arcaica.

Anche nell'India prearianica, precedente alle invasioni di popoli nomadi asiatici simili a quelli arrivati in Europa, sono state trovate raffigurazioni della Dea Madre (sorgenti, alberi della vita, vasi, falci di luna, ecc.) simili alle corrispettive europee, tanto da far pensare a scambi in epoca proto-storica. Fra le simbologie ricorrenti quella della spirale e della doppia elica che esprimono il divenire e l'intreccio fra dualità. Tale intreccio fra opposti complementari è stato denominato da György Doczi (1985) il *simbolo dinergico*.

La doppia elica ha assunto spesso la raffigurazione di due serpenti gemelli attorcigliati. Tali raffigurazioni si trovano tanto nell'iconografia del dio indu Shiva, quanto in quella del greco Hermes: «Il simbolo accompagnò anche tutti gli dei guaritori dei Greci e dei Romani: Asclepio, Igea, Anfiarao. Rappresentò la salute fisica, la buona condotta, la saldezza morale. È giunto ai nostri giorni in forma di caduceo, simbolo delle categorie professionali dei medici e dei farmacisti» (Bocchi e Ceruti, 1993, pp. 39-40).

A loro volta, le tribù nomadi semitiche, che hanno dato origine alle principali regioni monoteistiche, hanno raffigurato la figura suprema in termini di Dio protettore e legislatore, attraverso re e profeti quali Hammurabi e Mosé, e di Dio degli Eserciti che guida nella conquista di una nuova terra. Tale raffigurazione assume tuttavia anche caratteristiche materne, sia in termini di forma umana data

all'humus (materia primordiale) sia di visceralità e di cura della nuova creatura<sup>3</sup>. Ciò potrebbe indicare l'adesione ad una visione complementare e pluripotente dell'incrocio fra maschile e femminile generatasi in queste formazioni sociali<sup>4</sup>.

### ***La cura nella classicità greca e romana***

La cura nelle società greco-romane, è prevalentemente confinata nel mondo domestico: è affidata alla *mater* e ai servi della casa. Ma esiste anche un ruolo del *pater familias* che, con olio, vino e lana (secondo Catone), può amministrare la tradizionale terapia domestica. Le risorse professionali sono scarse e poco diffuse: il medico è una figura rara, spesso in arrivo dal mondo greco, disponibile solo per le classi altolocate e al seguito degli eserciti (*medicus castrensis*). Esso viene considerato una sorta di artigiano, tanto che spesso è uno schiavo o un liberto che adempie questi compiti. Galeno, il maggiore medico romano del periodo classico (II secolo), nota che molti medici del tempo non hanno fatto nessuna scuola (peraltro non presente nella città imperiale) e nemmeno sanno leggere. Tuttavia, nel terzo secolo, dopo la comparsa di diverse epidemie di peste, è attestata la nascita di un ospedale pubblico sull'isola Tiberina annesso al tempio di Esculapio (latinizzazione del greco *Asklepios*) uomo-dio che evidenzia la fondazione mitico-sacrale, ma insieme empirica della medicina pratica romana che mutua quella preesistente greca.

In tale quadro storico-sociale, le virtù familiari sono esaltate e sacralizzate, ad esempio attraverso la partecipazione ai riti che si tengono nel santuario di Vesta a cura delle Vestali, vergini incaricate di alimentare il fuoco comunitario, o nel santuario di Fauna (secondo Macrobio) che, come Madre Terra, produce erbe, frutti e spezie. Una spezieria è infatti annessa al tempio e anche i serpenti ivi utilizzati attendono ai riti terapeutici di fecondità.

Durante il passaggio fra la classicità - basata sulle virtù eroiche del combattente e le salde virtù domestiche della *domina* - e la tarda romanità - in cui l'impero comincia ad essere minacciato dalle invasioni, dai costumi corrotti e da fenomeni (come quello della peste) che fatica a contenere - s'iscrive la diffusione del mito di Cura riportata da Higynus nel *Liber Fabularum* (II sec. d.C)<sup>5</sup>. Tale racconto evidenzia la preminenza della figura femminile nella formazione del corpo

---

<sup>3</sup> Si v., ad esempio, il Salmo 144 dell'Antico Testamento: «Cos'è mai un uomo, Signore,/per amarlo con simile cura?/ Quest'uomo cui sempre tu pensi!/ Nulla più che un alito è l'uomo/i suoi giorni un'ombra che muore/», mentre il Profeta Isaia (49, 14-15) afferma: «Sion ha detto: "Il Signore mi ha abbandonato, il Signore mi ha dimenticato". Si dimentica forse una donna del suo bambino, così da non commuoversi per il figlio delle sue viscere? Anche se costoro si dimenticassero, io invece non ti dimenticherò mai.»

<sup>4</sup> Nella Genesi l'uomo è a immagine di Dio, ma nella forma creata di "maschio e femmina".

<sup>5</sup> «Mentre Cura stava attraversando un fiume, vide del fango argilloso. Lo raccolse pensosa e cominciò a dargli forma. Ora, mentre stava riflettendo su ciò che aveva fatto, si avvicinò Giove. Cura gli chiese di dare lo spirito di vita a ciò che aveva fatto e Giove acconsentì volentieri. Ma quando Cura pretese di imporre il suo nome a ciò che aveva fatto, Giove glielo proibì e volle che fosse imposto il suo nome. Mentre Cura e Giove disputavano sul nome intervenne Terra, reclamando che a ciò che era stato fatto fosse imposto il proprio nome, perché essa, la Terra, gli aveva dato parte del proprio corpo. I disputanti elessero Saturno a giudice, il quale comunicò ai contendenti la seguente giusta decisione: "Tu, Giove, che hai dato lo spirito, al momento della morte riceverai lo spirito. Tu Terra, che hai dato il corpo, riceverai il corpo. Ma poiché fu Cura che per prima diede forma a questo essere, fin che esso vive lo possiede Cura. Per quanto riguarda il nome, si chiami *homo* poiché è stato tratto da humus". Il mito testimonia la diffusione della matrice ellenistica nella società romana, a scapito di altre tradizioni arcaiche locali (come quella di Fauna), e possiede evidenti assonanze con altri racconti fondativi di area mediterranea, fra cui quello della Genesi ebraica. Il mito è stato ricordato anche da Heidegger in *Essere e tempo* per evidenziare la rilevanza ontologica della cura già nei tempi antichi.



e nella sua cura, e la dominanza del Dio generatore, che dà il proprio seme-spirito su invito di Cura, ma impedisce ad essa di attribuirsi il possesso dell'essere generato. Entra in scena invece un *tertium*, la Terra, a cui ambedue devono cedere la primazia del nome, grazie ad un giudice (Saturno) che assicura la giusta ripartizione di compiti e meriti.

Di fronte alla minaccia che sorge dalle potenze oscure, tuttavia, ecco aggiungersi alla Dea Cura anche *Asklepios*, medico (secondo Omero), ma assunto al ruolo di taumaturgo e salvatore divino, che genera le famose figlie *Igea* (la Salute, ossia l'igiene, l'armonia dei luoghi e dell'ambiente, la saggezza della vita buona) e *Panacea* (colei che ha la provvista delle risorse taumaturgiche, che possiede la pozione che risana ogni male). Si dimentica però che fra i figli di *Asklepios* vi è anche *Iaso*, che è considerata una dea della guarigione, mentre altri due figli, *Machaon* e *Podalirio*, paiono medici ormai umanizzati, anche se esperti.

Nel mondo antico il bisogno di assicurare la diffusione e la certezza della cura è affidata alla forza del *mito*, inteso come racconto archetipico di un evento fondativo, accaduto in un tempo primordiale e originario, in cui si è generato ciò che si riproduce nei tempi successivi (Eliade, 1963). Secondo vari studiosi, dentro al racconto vi è una concatenazione, una serie di principi ordinativi, di premesse del pensiero che diventano caratterizzanti di una certa cultura, etnia, gruppo sociale: una sorta di tautologia latente e indiscutibile. La differenziazione delle forme di cura, nel nostro caso, ha quindi bisogno di essere tradotta in una pluralità di dei e di racconti, che s'irradiano in una cascata di "figli" che esaltano cura insieme a salute-armonia, empiria del *pharmakon* e attesa fiduciosa dell'intervento divino; le virtù femminili s'intrecciano con le capacità maschili.

Se il mondo antico è ricordato soprattutto per la fondazione mitico-sacrale della cura e della salute, ma anche per il primo sorgere di figure e scuole mediche, complementari alla cura familiare e di clan, tuttavia esso fa emergere anche un filone inedito: quello della "*cura sui*", autorevolmente messa in luce da una famosa opera di Foucault (1984), che si esprime attraverso la ricerca di *valetudo* fisica e saggezza filosofico-morale. Lo "stile di vita" della cura di sé viene praticato da alte personalità della classicità greco-romana, ma esso genera anche istituzioni sociali come il *gymnasium*, che associa esercizio fisico e studi filosofico-matematici, o le *thermae*, che esaltano l'igiene e la cura del corpo ma anche l'incontro e la discussione pubblica. Questo filone perdura nel periodo romano, nel quale si colloca la massima di Giovenale (II sec. d.C.) "*mens sana in corpore sano*" [*Saturae*, X, 356] che riflette l'esigenza di accompagnare l'esercizio del coraggio e dell'abilità militare con l'adesione alle virtù civiche e morali del cittadinanza romana. Ovviamente la cura di sé è riservata ad una ristretta élite aristocratica, essa tuttavia evidenzia l'esistenza di un pensiero laico e insieme olista che vuole influire attivamente sui modi di vita ponendo la "vita sana" come riferimento.

### **La Cristianizzazione e l'Età di Mezzo**

Nell'VIII secolo dopo la fondazione di Roma (753 a.C.) in una lontana e oscura provincia dell'Impero si assiste alla breve predicazione di un Rabbi ebreo (3 anni) che ben presto viene messo a morte come sovversivo, denunciato dagli stessi Grandi Sacerdoti del Tempio di Gerusalemme. Il Rabbi o Messia ha parlato un linguaggio inusitato fatto di parabole, gesti e proclamazioni: la promessa di beatitudine dei poveri e miti, il soccorso del Samaritano ad un viandante assalito dai banditi, la

riaccoglienza di un Padre verso un figlio che ha disperso l'eredità, il risanamento di donne e uomini afflitti da malattie o condanne sociali, la primazia come servizio - lavanda dei piedi -, l'amore di Dio simile all'amore del prossimo. Egli predica un Dio accogliente, che è vicino e si cura dell'uomo, a cui dà il nome di "Padre". È un Dio di tutti, nessuno escluso.

Dopo la sua morte i suoi seguaci sono trasformati da una serie di avvenimenti prodigiosi e inspiegabili come la Resurrezione, in cui il Figlio diventa Cristo e si pone a fianco del Padre, e la Pentecoste, in cui si rivela e manifesta lo Spirito. Dal Dio monocratico si passa ad una triade amorosa che si è rivelata e incarnata, e dunque si fa vicina, lasciando però piena autonomia all'uomo da cui attende risposte. Tale messaggio, sistemato negli Evangelii, ossia Buone Notizie rispetto alle credenze antiche, viene predicato in diverse parti del bacino del Mediterraneo e soprattutto a Roma dai principali esponenti e discepoli del Maestro galileo.

La svolta costantiniana del III secolo imprime tuttavia al nuovo movimento una impronta istituzionalizzata di nuova religione che si riappropria di molte delle caratteristiche del culto romano e del culto ebraico che trovano sistemazione in Agostino da Ippona e poi, molti secoli dopo, in Tommaso e nella Scolastica iniziata da Sant'Anselmo (Arcivescovo di Canterbury). Tali teologi strutturano una visione cosmologica dell'universo creato orientata al trascendente e alla salvezza dell'anima. La salute e la cura d'anime diventano centrali nell'azione non solo pastorale ma anche profana ponendo su un piano secondario (ma non disgiunto) la *res naturae* e la cura del corpo.

Nel corso dell'Età di Mezzo si produce un tempo di rinnovamento del Regime di Cristianità che si è istituzionalizzato: le figure di Francesco d'Assisi, Antonio da Padova, Bernardo da Chiaravalle e della riforma monastica (in particolare dei Cistercensi), dei movimenti spirituali fraterni (Beghine, Fraticelli, Servi di Maria, Fratelli della vita comune, ecc.) imprimono nuove direzioni evolutive. È grazie a queste correnti che si afferma una nuova concezione della cura fra *fratres*, con l'avvio di centri di ospitalità e *hospitali* rivolti a viandanti, poveri, marginali.

Anche l'uomo comune è invitato ad aggregarsi in Confraternite che vogliono attuare le opere di misericordia. Si originano nuovi saperi della cura (in particolare erboristica), nuove pratiche di aiuto spontaneo e organizzato, si realizzano forme di cura comunitaria.

Si diffonde il culto della Madre, che ha generato il Figlio di Dio, che diventa la Grande Protettrice e Mediatrice popolare, Patrona dei nuovi Comuni. Anche gli uomini, sulla spinta del rinnovamento religioso ma anche delle nuove virtù civiche comunali, assumono la necessità di prestare aiuto nella vita quotidiana e "prendersi cura" della vita collettiva, anche se resta alla donna il carico maggiore nella quotidianità familiare.

Nelle nascenti *Universitas e Studium* si avvia l'accumulo del sapere erboristico-terapeutico e di quello medico, nonché la sua trasmissione in forma organizzata, legittimando una nuova professione intellettuale che prende le distanze dall'empirismo precedente. Avicenna e la Scuola di Salerno fanno sintesi delle diverse maggiori tradizioni mediche mediterranee preparando il terreno per il nuovo impulso rinascimentale.

Sul piano simbolico e pratico quindi, nell'Età di Mezzo, la cura assume le forme del *materno* (generativo, accuditivo e protettivo), del *paterno* (sapere ordinativo e guaritivo) e del *fraterno* (ospitalità curante) avviando un'articolazione inedita delle

figure preposte e delle modalità di intervento. Essa, con lunga gestazione e non senza contrasti, raccoglie in parte l'eredità della classicità (ad es. in tema di medicina) e la inserisce in una organizzata teodicea che sviluppa e articola le figure di cura in un quadro congruente.

### ***Umanesimo e Illuminismo: la cura nella modernità***

Auguste Comte, nella *Legge dei tre stadi* [1824], traccia un percorso della civilizzazione basato sull'evoluzione dei principi ispiratori. Nella sua visione, le fondazioni della vita sociale sono state tratte dall'immaginario religioso per un lunghissimo periodo della vita umana. In una fase più recente, che egli definisce "metafisica", la genesi delle idee sociali è ricondotta ad entità più astratte come la "Natura", la "Ragione", il "Dovere", ma anche la Libertà e l'Uguaglianza sociale. Si tratta del pensiero che dall'Umanesimo rinascimentale arriva all'Illuminismo filosofico, ma anche al Romanticismo. Solo nel crogiuolo della nuova rivoluzione scientifica, politica e industriale ottocentesca si creano le basi per la fondazione dello *Stadio Positivo*, in cui le attività umane saranno guidate non più dai Miti o dai Principi, ma dallo "spirito positivo" che non ha più bisogno di cercare dei "perché ultimi", ma solo di attenersi a leggi effettive, immutabili e universali.

L'Umanesimo dunque, riprendendo correnti della classicità (Protagora, Socrate, stoicismo) rilanciate nel periodo rinascimentale, pone l'uomo al centro e come misura di tutte le cose. Egli diventa artefice della storia e della sua stessa costruzione storico-sociale, assumendo responsabilità e autonomia rispetto a presunte leggi divine eteronome e immutabili. È all'interno di questo movimento che si produce una ripresa dell'arte medica e del nascente pensiero scientifico che tuttavia muove da una crescente prospettiva dicotomica che contrappone soma fisico e psiche-spirito, pratiche empiriche e conoscenze esatte, credenze irrazionali e verità di ragione. È soprattutto l'anatomia di Andrea Vesalio [*De humanis corporis fabrica*, 1543] e l'esame del sistema circolatorio del sangue di William Harvey [1628] che aprono le porte del nuovo indirizzo, dopo che altre figure di rottura, come Paracelso, avevano predicato e praticato oltre le colonne d'Ercole dei metodi e delle autorità classiche (Cosmacini et al., 1988).

È interessante tuttavia ricordare come la visione umanistico-rinascimentale, specie ai suoi esordi, cerchi di mantenere viva una concezione unitaria e globale dell'essere umano, come testimonia l'autorevole opera di Marsilio Ficino "De vita sana" [1489]<sup>6</sup>.

In seguito tuttavia, la visione dicotomica, sancita dal metodo cartesiano [1637] e dall'empirismo baconiano [1620], viene accentuata in modo radicale dall'Illuminismo, che si propone come nuova rappresentazione totale del Reale illuminata dalla Ragione e dalla misurazione dell'empirico. È dunque in questa fase che si crea una profonda scissione di premesse fra la cura tecnico-professionale, il cui archetipo diventa il Medico formato nelle Scuole e nelle Università - rispondente al Principio di Ragione e ad una visione naturalistica della vita biologica ("Scienza e Coscienza")

---

<sup>6</sup> Ficino è ricordato soprattutto come filosofo e teologo platonico. Sembra accertato tuttavia che egli fece studi medici a Bologna. Nella sua vasta produzione si ricordano i tre libri del "De vita", di cui il primo è dedicato alla "vita sana" da conservare, il secondo alla "vita longa producenda" e il terzo alla "vita coelitus", che esamina le influenze astrali e consiglia come contrastarne gli effetti negativi. Egli sembra voler far convivere una concezione concreta ma non materialistica del corpo con l'esercizio delle virtù e l'elevazione dell'anima.

-, e la cura quotidiana a carico di donne non scolarizzate, operata nell'ignoranza delle basi igieniche e gravata dalle credenze religiose nei santi guaritori e nei miracoli mediati dalla Madre di Dio. Sarà soprattutto la medicina popolare, che mette insieme conoscenze empiriche e ritualità religiose, diffusa nelle campagne e nei ceti popolari, a diventare l'oggetto polemico della nuova medicina in formazione.

Una significativa fase di passaggio nel mondo medico si ha quindi fra il quattrocento e il settecento. Una fase non lineare, ma piuttosto articolata e multidirezionale, ma da cui però emergono correnti più influenti e promettenti che danno vita ad un nuovo paradigma e modo di pensare, anche se a prezzo di lacerazioni e contrasti che lasceranno un forte segno nella "modernità realizzata".

### **3. Dai diritti dell'uomo al welfare: il lascito moderno**

#### ***Cura familiare e cura medica fra ottocento e novecento***

Le idee elaborate dall'Illuminismo hanno a lungo orientato la modernità, non senza contrasti e commistioni, tuttavia, con modi di pensare pre-moderni. La libertà dai vincoli feudali e tradizionali, l'uguaglianza sociale e i diritti umani, la laicità dello Stato, il riferimento alla scienza e al pensiero razionale sono stati riferimenti indiscutibili per coloro che andavano verso il Progresso e la Società dell'Avvenire. La triade rivoluzionaria del 1789 - *Liberté, Égalité, Fraternité* -, ha ispirato i movimenti politici, ma anche la cultura diffusa, generando le Grandi Narrazioni liberali sui diritti individuali e quelle socialiste sull'eguaglianza e l'emancipazione collettiva, in attesa di una sorta di epilogo della storia in una futura Età dell'Oro.

Tali movimenti di idee hanno dovuto tuttavia fare i conti con la potente spinta che l'industrializzazione, l'urbanizzazione e il modo di produzione capitalista hanno impresso a tutto il quadro sociale, sconvolgendo il mondo contadino e le solidarietà familiari precedenti. Come aveva evidenziato Friedrich Engels (1845) nel suo affresco sociologico sulla società inglese della prima parte dell'Ottocento, le forme di cura familiare permanevano nelle campagne, ma in situazioni di grande povertà, mentre venivano rovesciate dal diffondersi del lavoro femminile e minorile senza orari e a bassissimi salari, dalla precarietà e dai rischi del lavoro di fabbrica, dalla mancanza di reti parentali nelle nuove periferie industriali, dalle situazioni di promiscuità e carenza igienica diffuse, dal rifiuto degli uomini di farsi carico dell'allevamento.

Parallelamente tuttavia, le classi sociali alto borghesi e della piccola borghesia elaboravano nuove forme di convivenza matrimoniale che, gradualmente, si affrancano dalle forme precedenti. Comincia ad affermarsi la *famiglia nucleare*, ponendo in progressivo secondo piano le grandi reti parentali tipiche della nobiltà e della famiglia contadina. Tale struttura, che vede il culmine nel secondo dopoguerra del novecento, attribuisce alla casalinga un ruolo espressivo e di cura e al padre lavoratore un ruolo "strumentale", di apportatore di risorse, garante dell'ordine e della

protezione sociale del nucleo familiare.

Tale forma familiare si diffonde nel secondo novecento anche in ambienti operai, ma presto viene superata in direzione di una maggiore simmetria di capacità, poteri e compiti nella coppia coniugale. Tale prospettiva egualitaria nel lavoro domestico come nel lavoro professionale (o doppio lavoro) è stata sostenuta dai movimenti femminili e femministi in tutto il corso del novecento, orientando ad economizzare il lavoro familiare a mezzo dei nuovi apparecchi domestici, di una maggiore divisione di compiti, di un trasferimento dei compiti di cura verso strutture e professioni specializzate.

Si diffondono così varie attività e professioni di *care* - in campo sanitario, assistenziale, educativo - in parallelo allo strutturarsi di una protezione sociale che sempre più prende le forme istituzionalizzate dello Stato assistenziale e/o di welfare.

Il nuovo lavoro di *care*, assume modalità dapprima informali e successivamente semi-professionali. Nel campo sanitario è a partire soprattutto dalla ricerca sulle specificità della pratica e del sapere infermieristico, avviato dalla Nightingale alla metà dell'800, che si manifesta una prima articolazione delle figure di cura. In particolare in Italia, secondo l'indagine compiuta da Tousijn (2000) sulla base dei censimenti della popolazione, nel 1881 esistono circa 19mila medici, oltre 16.400 farmacisti, poco più di 11.000 levatrici, circa 7.650 infermiere, oltre a veterinari, dentisti (solo 500!), flebotomi, callisti, massaggiatori, semplicisti. I medici salgono a oltre 23mila nel 1911 e a circa 33mila nel 1931, mentre gli infermieri (o, per essere più precisi, *le infermiere*), rispettivamente, passano a oltre 18mila (1911) e poi a 34mila circa (1931); al contempo, compaiono sacerdoti e monache nelle corsie (3.147 nel 1911 divenuti 38.700 nel 1931). Nel caso italiano, quindi, le figure di assistenza sanitaria crescono in modo rilevante, ma secondo un doppio binario: quello vocazionale-religioso, da una parte, e quello laburista-paraprofessionale, dall'altra. A parte i farmacisti e i veterinari, che hanno una loro autonomia gestionale e tecnica, le altre figure appaiono subalterne nelle nuove strutture ospedaliere che si moltiplicano e si rinnovano, a parte forse le levatrici, stante l'ancora diffusa pratica del parto a casa, che godono di qualche maggiore spazio di autonomia.

Fra ottocento e novecento si sviluppano anche le nuove proposte metodologiche dei pedagogisti (spesso anche medici), in particolare di fronte alle situazioni di marginalità e di handicap. È nota la vicenda emblematica di J.M. Itard [1800] che, con l'aiuto di Madame Guerin, riesce a sottrarre il "bambino selvaggio" Victor dalla spietata analisi positivista di P. Pinel che vede il bambino come deficiente ineducabile. Dal suo allievo Séguin fino alla Montessori e oltre emerge un nuovo atteggiamento educativo capace di prendersi cura delle realtà difficili sviluppandone le potenzialità latenti e portandole ad inserirsi, per quanto possibile, nella vita sociale.

Anche l'ambito dei saperi psicologici, dopo Freud, si struttura grazie

all'affermazione e alla moltiplicazione di psicoterapie di diversa impostazione, ma che hanno in comune la relazione interpersonale di cura. Le competenze psicologiche, pur anch'esse generalmente centrate sulla patologia, entrano a far parte non solo della schiera dei terapeuti, ma anche delle professioni sociali che organizzano il comparto assistenziale dell'intervento pubblico e di welfare.

Tali nuovi saperi e professioni di cura si confrontano nei servizi pubblici con le professioni dominanti, in particolare quella medica, che è emersa nel crogiuolo di idee ottocentesco come riferimento forte, pubblicamente legittimato e in posizione monopolistica sulla scena della terapia, che ha per centro i grandi apparati ospedalieri.

È in questo secolo, infatti, com'è noto, che vengono fatte scoperte mediche rilevanti che trovano applicazione clinica e preventiva, come gli studi di Pasteur e di Koch sui batteri capaci di originare alcune gravi malattie infettive, l'avvio della vaccinazione antivaiolosa di Jenner, le sistemazioni teoriche di Claude Bernard e di Rudolf Virchow (Cosmacini et al., 1988).

La medicina nell'ottocento fa quindi un balzo notevole raggiungendo un prestigio sociale e culturale mai goduto in precedenza. Tuttavia la rigidità dei suoi orientamenti, di marca positivista, portano ad una situazione di forte asimmetria nei nuovi setting di cura ospedaliera, come testimonia la vicenda di I. P. Semmelweis [1818-1865], il quale, pur avendo correttamente riconosciuto l'origine settica della febbre puerperale trasmessa dai chirurghi, viene aspramente combattuto dai colleghi fino alla sua emarginazione.

All'inizio del Novecento tutto il pensiero scientifico vede dei cambiamenti di prospettiva, abbandonando, in parte, l'orientamento più rigidamente causalista, dopo le scoperte di Planck e Einstein nel campo atomico, ma anche di Freud relativamente all'inconscio, a favore di una prospettiva probabilista. Al contempo, avanza la ricerca chimico-farmaceutica e la radiologia che iniziano a dare maggiori strumenti diagnostici e terapeutici. Un trend che si accentua nella seconda parte del secolo grazie a tecnologie diagnostiche e di visualizzazione sempre più incisive e ai nuovi farmaci disponibili.

Dopo aver contenuto o debellato diverse malattie infettive (come tubercolosi, difterite, sifilide, ecc.), anche grazie alle nuove norme igieniche e a migliori condizioni di vita che producono un significativo allungamento della durata di vita (dai circa 48 anni a inizio secolo ai 76 degli anni novanta), si assiste ad una transizione epidemiologica con la prevalenza di nuove malattie cronico-degenerative, come tumori, malattie cardiache, malattie articolari, o derivanti da cattivi stili di vita, come obesità, diabete, uso di tabacco, droghe e così via. In tali condizioni, la cura medica puramente tecnico-scientifica, diventa meno efficace e necessita di interventi ambientali, preventivi e promozionali, ma soprattutto della collaborazione dello stesso soggetto e, in molti casi, di tutte le forme di *care & cure* disponibili, per affrontare situazioni che si prolungano nel tempo e si

intrecciano con la quotidianità personale.

Oltre ai successi e alle parzialità d'intervento della medicina scientifica, il Novecento vede l'affermarsi di sistemi organizzati di sanità e di welfare, anticipati dalla costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1946, che strutturano Sistemi Sanitari Nazionali che prevedono cure primarie e cure secondarie, ma che iniziano a sviluppare anche interventi preventivi di massa.

### ***L'esito della modernità***

Il percorso della modernità "realizzata", il cui culmine si può datare negli anni '70 e '80 del novecento, vede il costituirsi di un panorama di cura significativamente più articolato rispetto alla fase pre-moderna, ma altresì fortemente dicotomico e asimmetrico. Da una parte la cura familiare sembra trovare un assetto stabile e accettabile nella prevalenza del lavoro domestico femminile con un ricalzo, di volta in volta, del partner in funzione di supporto o di servizi esterni capaci di integrare la presa in cura parentale. I nuovi servizi di *care* sembrano in grado di offrire uno sbocco particolarmente gradito alle nuove attese emancipatrici delle giovani donne che si presentano sul mercato del lavoro e, dall'altro, promettono l'applicazione del pensiero scientifico-sociale ai nuovi campi d'intervento. La cura medica, da parte sua, si svolge in spazi separati organizzati intorno alle esigenze di spiegamento del sapere bio-medico (suddiviso in campi specialistici sempre più differenziati) e delle tecnologie, in cui la cura familiare e i saperi esperienziali personali non hanno accesso e legittimazione. I diritti di accesso alle prestazioni sociali e sanitarie, più o meno ampiamente applicati, si limitano alla dimensione economica e di *entitlement* rimuovendo la dialettica fra saperi, capacità e figure sulla scena della cura.

Il quadro tripartito emergente sembra inverare molte delle premesse fondatrici dell'ethos moderno: l'enfasi sul sapere scientifico, sull'eguaglianza e l'emancipazione collettiva, sulla libertà personale dai limiti posti dalle risorse economiche e dalla collocazione sociale. In questo senso, diventa accumulante e motivante. Al contempo, esso si rivela particolarmente rigido e sequenziale, incapace di costruire ponti e ibridazioni fra le tre aree, rischiando di dare origine a forme di cura impoverite: dipendente e marginale quella familiare, assistenziale e tutoria quella di *care*, autoreferente, tecnicizzata e dominante quella sanitaria.

In questa fase la cura di sé è assente e viene sostituita da una pedagogia medica di stampo direttivo e lineare, tesa a scardinare le credenze popolari a favore delle nuove pratiche comportamentali indicate dai tecnici.

### **Carenze e apporti della "Fraternité"**

Dei vari principi fondatori della modernità, quello meno attuato e meno compreso è stato quello della *Fraternité*. Esso è, al più, stato visto in

funzione di coesione interna ad un gruppo sociale per meglio affrontare la forte conflittualità tipica della società divisa in classi. Pur senza avere un ruolo rilevante sulla scena politica, tuttavia la spinta e motivazione fraterna (con basi cristiane, umaniste e socialiste) ha generato diverse correnti, movimenti ed esperienze, quali: il cooperativismo, il comunitarismo etico e locale, il solidarismo emancipativo e utopico, il volontariato sociale, nonché varie iniziative a favore di gruppi emarginati o discriminati<sup>7</sup>. Molte di queste esperienze hanno avuto un'ampia rilevanza nel campo della cura, creando sinergie e collegamenti - inesistenti altrove - fra le varie forme di cura, originando nuovi saperi e nuove pratiche, mostrando che un altro assetto era possibile e proficuo. Esse inoltre hanno inventato ed evidenziato la fecondità di altri principi ispiratori e diverse forme di cura, scarsamente considerati e praticati dal *mainstream* culturale e politico che ha caratterizzato la società moderna.

Nel complesso le società umanistico-moderne hanno portato a rilevanti innovazioni in termini di fondazione etica e politica della cura, di sviluppo scientifico della terapia, di professionalizzazione non solo medica, ma anche sanitaria, assistenziale, psicologica ed educativa, producendo tuttavia una marginalizzazione della cura familiare e una polarizzazione con la cura di ispirazione religiosa. Al contempo, il nuovo assetto ha originato fratture che non è stato in grado di comporre in termini di diseguaglianze di accesso, ma anche di forti asimmetrie sulla scena della cura, con un'espulsione dei saperi profani e personali. Il professionismo sanitario, assimilando il modello medico, si è coniugato prevalentemente in termini tecnico-interventisti ponendo ai margini le dimensioni relazionali e affettive della cura. La cura familiare e la cura di sé hanno visto un depotenziamento sia pratico che simbolico, mentre molta della cura di ispirazione religiosa si è involuta in pratiche assistenziali o legate all'intervento miracoloso. Gli orientamenti solidaristi e relazionali hanno, a varie riprese, svolto un'opera di critica e rinnovamento promuovendo esperienze e innovazioni significative, senza tuttavia poter avere un impatto diffuso e, tanto meno, poter incidere sui trend di fondo.

---

<sup>7</sup> Si pensi ai vari Santi sociali fra otto e novecento (don Bosco, don Orione, don Guanella, don Zeno, don Gnocchi, ecc.) e, nel corso degli anni '70, alle spinte verso la de-istituzionalizzazione e il reinserimento in ambienti accoglienti nei campi della salute mentale, dell'handicap, del recupero minorile, e così via.



## **II. La cura nella modernità liquida e nella "grande contrazione"**

### **1. Il nuovo assetto planetario: finanziarizzazione, tecnicizzazione, estetica mediatica**

Come si è visto, i principi ispiratori della modernità, attuati in un faticoso cammino storico all'interno di una società fortemente polarizzata e conflittuale, hanno prodotto una maggiore articolazione del campo della cura: dunque uno scenario inedito che ha trovato applicazioni innovatrici soprattutto nelle correnti capaci di coniugare dimensioni personali, comunitarie ed egualitarie. Al contempo esso si è rivelato, nelle sue modalità più diffuse, rigido, settoriale, non integrato, e dunque fragile nell'affrontare il cambiamento della fase post-moderna, definita anche "era planetaria" (Melucci, 2000; Morin, 2001).

A partire dagli anni '70 del novecento, e in modo crescente fino alla grave crisi economica iniziata nel 2008, si è avviato un trend caratterizzato dalla *globalizzazione* economica che, avviando una forte ridislocazione delle produzioni e dei consumi, ha prodotto la diffusione di forme di lavoro adattivo e precario. Tale nuovo assetto è stato favorito da mutamenti politici, come il collasso dell'URSS, e da decisioni di *deregulation* dei mercati che hanno in breve tempo aperto le porte ad una decisa *finanziarizzazione* dell'economia. Il precedente compromesso fra mercato regolato e welfare nazionale è ben presto saltato a favore di un nuovo spazio aperto che ha inglobato Primo, Secondo e Terzo Mondo, seppur in posizioni molto differenziate.

Il nuovo sistema globale si è avvalso di una rivoluzione tecnologica, quella digitale, che ha avuto riflessi sia sul piano della produzione sia in quello dei consumi. Essa infatti ha permesso di dare una base tecnica ad una seconda radice del cambiamento strutturale: la costruzione di un *sistema tecnico planetario*, dando vita ad una nuova fase di razionalizzazione efficientista transnazionale. La *struttura a rete*, tipica del web, si definisce come infrastruttura di collegamento decontestualizzata, senza centro e con forte capacità adattiva, ma essa diviene anche un artefatto archetipico e un modo di pensare (Castells, 1991). Secondo Magatti (2012, p. 35): «Estesa anche ai settori apparentemente meno adatti – come l'ambito sanitario – la tecnicizzazione ha ispirato l'idea che la realtà sia governabile secondo schemi proceduralizzati e indicatori misurabili, operando una sistematica rimozione degli aspetti contingenti, casuali e caotici della condizione umana.»

Una terza condizione strutturale resa possibile dalle nuove tecnologie è stata quella della costruzione di uno *spazio estetico mediatizzato* che ha permesso di sviluppare una produzione simbolica illimitata ed estremamente cangiante, priva di qualsiasi gerarchizzazione di senso, in cui, più che ai contenuti, si mira alla creazione di sensazioni e emozioni, principalmente finalizzate allo sviluppo di consumi materiali e immateriali in un vorticoso succedersi di trasformazioni e differenziazioni (Magatti, 2009). La figura dell'*homo consumens* (Bauman, 2006), in continua evoluzione estetica e identitaria, occupa la scena sociale, ma ha come retro della medaglia una vasta gamma di inadatti ed esclusi.

Sul piano dei rapporti sociali si è affermata una potente spinta verso l'*individualizzazione e la biografia "fai-da-te"* (Beck, 1986), avviando un deciso allentamento dei legami di appartenenza e reciprocità preesistenti. Si è aperto un vuoto o uno sfilacciamento derivante da modalità incompiute e sempre più conflittuali di integrazione e inclusione (crisi di fiducia) che hanno avuto una forte ricaduta sul senso del *benessere sociale*, ossia quel benessere generato da relazioni di appartenenza e reciprocità interpersonale e collettiva (Ingrosso, 2003).

Sul piano culturale, la forte spinta ad una nuova *cosmopolizzazione* e scambio culturale è stata contrastata da forti *sentimenti di insicurezza* derivanti dalla perdita di riferimenti etici tradizionali, di autorità di riferimento, di appartenenze religiose e politiche. Per un verso, la forte mobilità transnazionale e il contatto multiculturale ravvicinato ha prodotto nuove ibridazioni, in particolare nel campo artistico e musicale, ma, per contro, essa ha generato numerosi conflitti etnici, nonché reazioni localiste e fondamentaliste.

La società è diventata sempre più differenziata sul piano etico e culturale, sviluppando contrapposizioni identitarie e un'articolata varietà di posizioni sui temi della vita e della cura.

I tre caposaldi della prima modernità vengono profondamente stravolti: l'istanza della *libertà* sembra prevalere ed estendersi, ma essa si coniuga prevalentemente in termini di individualismo spinto e di scelte di consumo sempre nuove, dispiegandosi in tutto il campo degli stili di vita. Essa tuttavia è limitata, da una parte, da forti istanze di orientamento e incentivo dei consumi sostenute dalla struttura economico-commerciale e, dall'altra, da rilevanti istanze securitarie che tendono a costituire super-apparati di controllo grazie alla potenza delle nuove infrastrutture digitali.

L'istanza egualitaria viene sostituita da una *paritarismo* concorrenziale e conflittualista che promette avanzamenti di status in relazione alle capacità di successo e di "farsi largo" nel mondo. Si creano nuove diseguaglianze, sempre più ampie e radicali, connesse alla capacità di "navigare il cambiamento" da parte di gruppi sociali privilegiati dalla mediatizzazione e finanziarizzazione, mentre altri vengono espulsi o marginalizzati, in ragione della precarietà lavorativa e di altri svantaggi sociali, come l'emigrazione, l'anzianità, il disagio, la disabilità. Al posto dell'uguaglianza si fa strada il valore della *differenza*, ossia della specificità personale, al di là delle caratterizzazioni di genere, etniche, di status. Una differenza tuttavia che, pur postulando un "rispetto dei diritti" come obiettivo da raggiungere, non aggrega, ma piuttosto distingue e frammenta in mondi separati faticosamente coesistenti.

L'istanza della "fraternità" sembra avere, in un primo periodo, qualche spazio di manovra nell'ambito di una ristrutturazione "comunitaria" del welfare, ma essa conosce una progressiva erosione in ragione del deterioramento dello spazio pubblico, del prevalere delle logiche efficientiste e del diffondersi di comportamenti di individualismo radicale. Essa viene sostituita da una sorta di *connessionismo* a distanza, di cui i *social network* sono la traduzione più evidente. In questo senso, come dice icasticamente Bauman (2008), la triade moderna viene di fatto trasformata in quella "Sicurezza, Parità, Rete" che meglio esprime la "ricerca della felicità" della fase della "modernità liquida".

## 2. La crisi delle ragioni e delle forme di cura nella post-modernità

### *L'etica pubblica e quella privata*

In questo complesso passaggio epocale, come si sono trasformate le diverse etiche e forme di cura?

Nella tarda epoca moderna si era arrivati ad imputare alla sfera pubblico-collettiva l'esigenza di *assistere, proteggere, tutelare*, in primo luogo, le classi lavoratrici rispetto ai rischi occupazionali e, successivamente, l'intera popolazione, estendendo i benefici dei servizi collettivi ai cittadini, titolari di diritti sociali. Nella fase "globalizzata", tuttavia, lo stato vede erosa la sua legittimità e la sua capacità di intervento, in ragione della cosiddetta "crisi fiscale" e contributiva (O'Connor, 1973), ma anche del cadere di istanze partecipative che portano molte strutture sanitarie ad un sorta di assetto burocratico-tecnocratico, preda anche, nel caso italiano, di consistenti deviazioni partitico-gestionali.

Un significativo mutamento si produce, in un tempo relativamente breve, anche sul piano dell'immaginario, dove si passa da istanze "protettrici" diffuse a quelle, divergenti, di accettazione del rischio, della velocità, del cambiamento guidato dal nuovo "vento della libertà" (Beck, 1986). A favore di questi nuovi orientamenti si esprime un coro di voci e interessi sociali che si aggregano intorno ad un nascente pensiero neo-liberista e neo-liberale di matrice anglosassone che propugna l'apertura di un nuovo scenario di sviluppo sostenuto da una rivoluzione di mentalità e di struttura sociale. In conseguenza di ciò, le risorse pubbliche devono essere "tagliate", per alleggerire il prelievo fiscale e diminuire gli sprechi, facendo subentrare altre istanze, in particolare quelle del "mercato" che possono essere scelte dai "clienti" per la loro efficienza e qualità. Alle organizzazioni di terzo settore viene attribuito il compito di occuparsi in modo "compassionevole" dei perdenti e marginali.

In un secondo momento, subentra una forte razionalizzazione organizzativa nella sopravvivenza struttura pubblica che imprime un'impronta di cambiamento eterodiretto agli ambienti di cura sanitaria, assistenziale ed educativa, introducendo un *quasi-mercato* che mette in concorrenza le diverse strutture.

L'etica pubblica con sempre più fatica riesce a mantenere l'originario riferimento universalistico, specie nei paesi dell'Europa continentale, nel momento in cui alcuni gruppi sociali vogliono essere liberi di fare le proprie scelte senza obblighi di adesione al "sistema unico", mentre altri - in particolare gli immigrati - vogliono invece accedere alle prestazioni di cittadinanza allargando la platea degli aventi diritto. L'accesso alla cittadinanza diviene quindi terreno di scontro politico e sociale.

Un'altra sfida all'etica pubblica è quella della *proceduralizzazione tecnico-organizzativa* che introduce un utilitarismo diffuso, per cui solo le unità operative e le pratiche che sono in grado di dimostrare efficienza e utilità possono sopravvivere. Ciò non solo incide sulle strutture, ma altresì sulle coperture che possono essere limitate nei confronti di quei gruppi sociali che sono meno "utili" in ragione dell'età e capacità o che sono da considerare responsabili della loro condizione patologica (ad es. obesi, fumatori, alcolisti, ecc.).

Sul piano dell'etica privata-personale, le diffuse tendenze all'individualizzazione e all'estetizzazione mediatica portano alla diffusione di "legami deboli" che, se

possono essere utili per farsi conoscere e trovare lavoro secondo Granovetter (1973), estendendosi nella sfera affettiva e interpersonale comportano una limitazione degli impegni di cura di cui sentirsi responsabili (Bauman, 2003). L'ambito familiare, per un verso, possiede meno risorse utili in ragione di una più forte esposizione lavorativa e della contrazione dei legami primari attivi, mentre, dall'altro, esso è maggiormente chiamato in causa come titolare di rapporti e in ragione della minore protezione sociale disponibile.

Tale iato fra maggiore centralità e, al contempo, depotenziamento pratico e simbolico delle convivenze è stato coperto, in diversi casi, da forme di aiuto prestate da parte di operatori non professionali (in particolare immigrati, attraverso la figura della "badante", ma anche della baby sitter), ossia attraverso relazioni di cura parafamiliari erogate con modalità di transazione informali e a basso costo, ma anche attraverso il ricorso al mercato dei beni e servizi di cura (educativa, assistenziale, sanitaria) che si è ampliato e articolato relativamente al settore infanzia, disabilità, anziani, inclusa la sanità privata.

Tale crescita è stata maggiore laddove la spinta alla privatizzazione, sostenuta dal sistema assicurativo privato, è stata più forte culturalmente e politicamente ed ha creato le condizioni per investire maggiori risorse individuali e familiari nel settore privato di cura, in parallelo alla contrazione di investimenti nel settore pubblico (asili, scuole, servizi sociali, sanità, ecc.) imposte delle crescenti restrizioni di finanziamento.

Non sempre tuttavia tale ricorso è stato adeguato e sufficiente. Il doppio canale ha creato varie distorsioni di accesso e ha lasciato inevase ampie esigenze di aiuto (WHO, 2002). Tanto più che nuove problematiche, tipiche della "società del rischio" globalizzata, emergevano in termini di "nuove povertà", di forme di socializzazione difficile o problematica (asocialità, bulimia, ecc.), di crisi di adattamento e malessere sociale (depressione, panico, ecc.) (Zielinski Gutiérrez e Kendall, 2000; WHO, 2001).

Si tratta, con ogni probabilità, di un inizio di un'ulteriore transizione epidemiologica, che richiederebbe una significativa innovazione delle forme di intervento con un ampio coinvolgimento territoriale. In parte questo campo è stato coperto, nel nostro paese, da iniziative di "terzo settore" e dalla creazione di "piani di zona", ma nel complesso la crescita del disagio sociale è stata scarsamente percepita (se non in termini emergenziali) e inadeguatamente affrontata.

Si può dunque parlare di un significativo *deficit di cura* sia sul piano quantitativo sia su quello qualitativo, dato che le modalità di cura esistenti (pubbliche, private e familiari) risultano insufficienti e inadeguate a coprire le esigenze che si manifestano, in particolare a fare fronte a nuove problematiche che richiederebbero una progettazione innovativa su cui da tempo non si fanno investimenti. Esse inoltre oscillano fra modalità tecno-burocratiche di cura e assetti di mercato, centrate sull'utilizzo e l'acquisto di prestazioni piuttosto che sullo stabilirsi di adeguate relazioni di cura. Tali modalità risultano insoddisfacenti per ampie fette di popolazione, in virtù di nuove aspettative di efficienza, efficacia e qualità relazionale maturate (Censis, 1998; 2006). I limitati investimenti nell'ambito sanitario e della cura in questa fase si sono indirizzati soprattutto a tenere il passo dell'innovazione tecnologica e della razionalizzazione organizzativa, senza una progettazione complessiva adeguata al mutamento sociale in corso. Ciò anche in ragione della diffusa crisi motivazionale, tanto in ambito pubblico quanto in quello

personale, che ha risentito della forte virata dell'immaginario collettivo.

### ***Soggettività e cura di sé***

Laddove la spinta verso una maggiore responsabilizzazione e autonomia personale ha trovato maggiori riscontri, essa ha contribuito a dare rilevanza a *forme di cura domiciliare e long term care* della condizione anziana e di disabilità. Essa ha anche sostenuto la diffusione di orientamenti verso la *cittadinanza attiva e competente*, la *promozione di stili di vita sani*, il *consenso informato* e partecipato, il *testamento biologico*. Tale ricorso alle risorse soggettive si ritrova all'origine anche di varie tipologie di *auto-aiuto* di gruppo e associative. La soggettività diventa quindi rilevante nella cura delle persone con cui si è solidali, nell'attenzione alla cura personale, ma anche nella presenza organizzata sulla scena della cura.

Sui mezzi di comunicazione, e in particolare sul web, si esprimono molte istanze volte ad un miglioramento dei comportamenti individuali, sostenuti da un'ampia gamma di consigli, servizi e prodotti (Ingrosso, 2013a).

Tali istanze si scontrano tuttavia con un'ampia sollecitazione mediatica all'iperconsumo e a stili di vita edonistici. Ne risulta un ampliamento dell'informazione, non sempre adeguata e pertinente, che solo in pochi casi tuttavia sbocca in progetti di "cura di sé", intesa come atteggiamento attivo e responsabile verso un complesso coordinato di scelte salutari. Tale carenza è particolarmente accentuata nelle fasce adolescenziali e giovanili, in ragione della contrazione dell'educazione alla salute e dell'assenza di progetti sistematici volti all'acquisizione di orientamenti verso la *self-care* adulta (Ingrosso, 2011a; 2011b).

### ***La cura "fraterna"***

Le forme di aiuto comunitario, volontario e associativo, come si è accennato, hanno conosciuto una fase di sviluppo nel passaggio da una concezione statalista del welfare ad una di *welfare mix* (Ascoli e Pasquinelli, 1993) che ha riconosciuto la rilevanza di un terzo settore e di una logica del dono nella vita sociale contemporanea. Con l'avanzare tuttavia della fase più acuta della modernità liquida, esse hanno cominciato a risentire del clima di sradicamento e ripiegatura individualistica, ma anche, nel caso delle imprese e cooperative sociali, della contrazione di risorse destinate all'assistenza e sanità. Le iniziative associative, tuttavia, hanno assunto, nel campo della salute e della cura, anche nuove forme, come quelle dell'associazionismo fra pazienti, dell'associazionismo consumerista e quello di tutela dei diritti (Ingrosso, 2008a), marcando una presenza significativa.

I servizi di *care* originati – direttamente o indirettamente – dagli interventi di politica sociale hanno affrontato in questa fase profonde ambivalenze: da una parte, un costante orientamento delegittimante, dovuto all'attacco all'universalismo propugnato dalle ideologie neo-liberiste e alla contrazione degli investimenti nelle politiche sociali; dall'altra, l'attesa crescente rivolta verso le comunità territoriali e le aggregazioni intermedie di saper coniugare efficienza e protezione sociale, riconoscimento personale e vicinanza. Si sono così manifestate rilevanti spinte alla destrutturazione del welfare pubblico insieme a tentativi di dare vita a *welfare community* di area, centrate sulle risorse locali o sull'intraprendenza delle nuove *utility* para-pubbliche, quali le imprese e cooperative sociali. Un tentativo che tuttavia non ha portato a equilibri stabili e risultati convincenti, ma che ha

comunque permesso la creazione di nuovi soggetti in grado di esprimere progettazione e capacità operativa.

### ***Medicina e professioni sanitarie***

Da parte sua, l'ambito medico-sanitario ha viaggiato sulle ali di un crescendo di scoperte biologiche e applicazioni tecniche che ne hanno sostenuto il prestigio e l'attesa sociale. Le migliori condizioni di vita e le più efficaci tecniche mediche hanno portato ad un allungamento significativo della vita media, che tuttavia, specie nella sua fase più avanzata, è spesso afflitta da una serie di "patologie del benessere". Si è quindi dispiegata una transizione epidemiologica che ha portato in primo piano una serie di malattie rischiose e invalidanti, come quelle cardiovascolari, artrosiche, neuro-degenerative, cancerogene, e così via. Tali malattie possono godere di più efficaci interventi di emergenza, ma molte di esse andrebbero prevenute, hanno un decorso lento e cronicizzante, vedono successi limitati delle terapie, anche se in miglioramento.

La sanità pubblica, luogo di elezione della medicina, ha risentito della costante contrazione degli investimenti statali. Ciò ha comportato una divaricazione crescente fra interventi di eccellenza, da una parte, e interventi ordinari, segnati da crescenti limitazioni quantitative e qualitative, dall'altra. Il successo della cura medica, in termini di capacità tecniche e terapeutiche potenzialmente disponibili, si è dunque coniugato con una certa crisi di credibilità sul piano dell'operatività quotidiana, anche in ragione della costante opera di ristrutturazione efficientista dei vari comparti.

La medicina specialistica e ospedaliera è stata inoltre attraversata da una sottovalutata, ma ampiamente diffusa *crisi relazionale*. Sono venute a mancare, infatti, tanto la fiducia a priori in autorità indiscusse - di matrice paterna e paternalistica e di ispirazione scienziata - quanto una visione passiva, dipendente ed eterodiretta del paziente. A ciò ha anche contribuito la possibilità di nuove informazioni acquisibili con le nuove tecnologie e l'attesa di co-implicazione del curato, che ha trovato, come detto, un crescente consenso culturale, ma scarsa applicazione pratica nei luoghi di cura.

Sul piano professionale la medicina è cambiata in termini di genere, grazie all'entrata di un numero crescente di donne (Vicarelli, 2010), ma anche di articolazione interna. Il Medico di medicina generale, meno investito dalla tecnomedicina, ha vissuto una crisi di identità e di funzione (Cosmacini, 2013), mentre altre componenti, come quella dei dentisti, si sono rese più autonome.

Le aree specialistiche si sono sempre più articolate e approfondite, sviluppando gradi diversi di innovazione. L'*Evidence Based Medicine*, l'Educazione Continua in Medicina, la diffusione della valutazione standardizzata hanno sempre più portato la medicina a viversi come una tecnica efficiente, scientificamente garantita e internazionalizzata, col rischio tuttavia di procedere in "splendido isolamento" rispetto al resto del sistema sanitario.

Da parte loro, le professioni sanitarie non mediche hanno assunto sempre maggiore consapevolezza di sé, avviandosi in un percorso emancipatorio rispetto alla dominanza medica che le ha portate dallo status di semi-professioni (Etzioni, 1969) verso la prospettiva del *neo-professionismo* (Tousijn, 2004b). Esse tuttavia restano incerte fra orientamenti neo-tecnocratici, ad imitazione del modello medico, ed altri neo-funzionali, volti ad esaltare le proprie specificità relazionali e di intervento

all'interno di organizzazioni di cura più composite e integrate (Ingrosso, 2013b).

Nel complesso, si può affermare che nella fase post o secondo-moderna i vari campi e forme di cura sono stati attraversati da profonde ambivalenze, hanno risentito dell'affievolimento dei principi ispiratori, hanno incontrato intrinseche difficoltà di coordinamento, proprio in una fase in cui si è sviluppata una richiesta di maggiore qualità degli interventi sanitari e d'integrazione fra le varie modalità di cura per affrontare le esigenze della transizione epidemiologica "del benessere" e quelle originate dalla "società del rischio".

Le istanze espresse dalla crisi relazionale e dalla latente richiesta del riconoscimento di una maggiore soggettività e personalizzazione delle cure, in definitiva di revisione dei rapporti asimmetrici antecedenti medico-paziente, hanno trovato limitate risposte. La figura del cliente-paziente, abile nella scelta dei luoghi di prestazione, desideroso di "buon trattamento" e di cui acquisire la dichiarazione di soddisfazione, solo in misura molto limitata ha rispecchiato le nuove problematiche ed esigenze emergenti di rinnovate relazioni di cura. La formazione e la figura del medico tecnologico solo all'interno di un assetto privatistico ha potuto costituire l'interfaccia privilegiata dei nuovi clienti, senza tuttavia poter risolvere le problematiche integrative e quelle di un più ricco scambio relazionale, per non parlare degli effetti di crescita delle diseguaglianze e delle mancate cure che si sono ampiamente manifestati.

Si deve però anche sottolineare che, nonostante il grande travaglio della genesi dell'età planetaria, l'attesa di salute, benessere e qualità della vita si è diffusa, fino a costituire un elemento caratterizzante della contemporaneità. Per questo alcuni esperti hanno parlato della formazione di *società della salute*: «Nelle società moderne la visione della salute cambia: sempre più la salute è concepita come una risorsa per gli individui e per la società, un bene co-prodotto ed una responsabilità condivisa da innumerevoli settori e attori sociali. L'accesso alla salute viene considerato un diritto cruciale di cittadinanza e una componente integrale della vita moderna» (Kickbusch e Maag, 2007).

Si è creato quindi uno iato fra attese di salute, da una parte, e disponibilità di forme di cura, dall'altra. Infatti, la crescente aspettativa di vita, il benessere come obiettivo della vita personale, l'articolazione delle offerte e delle tecniche terapeutiche hanno fatto della salute (molto ampiamente intesa) un tema dominante del discorso politico e sociale contemporaneo. Tuttavia l'accesso alla cura, ma anche la sua qualità di erogazione, non sono spesso state adeguate e soddisfacenti per buona parte della popolazione. Ciò in quanto le forme di cura non sono, nella maggior parte dei casi, in sintonia con le esigenze emergenti ed operano in modo sordinato e prestazionista, piuttosto che in una prospettiva processuale e relazionale.

I sistemi di cura necessitano quindi di assumere un assetto più consono e adeguato alle esigenze emergenti, se si vuole superare tale iato. Vi è dunque l'esigenza di un profondo ripensamento della Cura, intesa come complesso di azioni e relazioni sociali volte ad assicurare un maggior grado di benessere personale e collettivo, nonché un efficace intervento di contrasto del malessere, inabilità e malattie. La fase contemporanea, di stallo dell'assetto precedente, può essere l'occasione di un tale ripensamento.

### 3. La "grande contrazione" e le prospettive future

#### *Il fattore umano e la sfida della fraternità*

Alcuni autori (Rheinart e Rogoff, 2009; Magatti, 2012) hanno proposto di indicare la fase recente dell'era planetaria in termini di "grande contrazione" per indicare una brusca inversione di rotta rispetto alla Grande Espansione economica del trentennio precedente. A sette anni di distanza dal suo inizio, nel momento in cui scriviamo, non s'intravede un effettivo superamento della crisi planetaria, ma piuttosto un suo contenimento che ha portato a pagare prezzi molto salati, nel periodo trascorso, da parte di amplissimi gruppi sociali in varie aree del globo. Le prospettive di crescita sono limitate e incerte, non solo nel nostro paese, in quanto non si è profilato un nuovo assetto capace di rilanciare la cosiddetta "economia reale".

Gli squilibri e le immense risorse dell'area finanziaria non sono state che in minima parte regolate. Esse quindi continuano ad agire senza un'adeguata capacità di indirizzo che non siano le convenienze a breve termine.

Tuttavia la crisi non pare legata solo a questioni economiche, ma anche a ragioni sociali e culturali. I miti della fase espansiva (quali: Libertà deregolata ed edonista, Tecnologia alla portata di tutti, Mercato libero da interferenze politiche) subiscono uno stallo che innesca vaste reazioni depressive e rabbiose nell'opinione pubblica, ma che non porta tuttavia ad elaborare velocemente un nuovo immaginario di attese e desideri "alternativi". Ciò nonostante, sono molte le proposte messe in campo da studiosi, creativi, imprenditori che vogliono prefigurare un nuovo e migliore assetto futuro, capace di correggere le storture strutturali e culturali del periodo espansivo.

Secondo Magatti (2012) si tratta di non ragionare solo in termini di meccanismo produttivo, ma di "fattore umano", che rappresenta la principale ricchezza produttiva e sociale, ripensando agli aspetti di libertà e desiderio: «Ma, per far questo, occorre curare la radicalizzazione dell'individualismo di cui sono malate le società occidentali, attraverso il potenziamento di forme diffuse di socialità, di alleanza, di contribuzione» (ib., p. 14). A queste, aggiungiamo noi, il potenziamento di *forme diffuse di cura*.

Una cura che affronti le nuove problematiche sanitarie e sociali emergenti, ma che sappia investire anche sul futuro, educando le nuove generazioni ad una nuova attenzione a sé e agli altri. Una cura rivolta all'ambiente umano e all'ambiente naturale, non più lasciati a se stessi. Una cura delle relazioni e un'attivazione di relazioni capaci di prendersi cura reciprocamente e "fraternamente".

La "sfida della fraternità"<sup>8</sup> (Manghi, 2008), dello stare insieme (Sennett, 2012), dell'etica del riferimento all'altro e della comprensione (Morin, 2004), diventa infatti decisiva e urgente in un mondo che si presenta frammentato e diviso, e in cui le innumerevoli differenze e diseguaglianze rischiano sovente di trascendere in conflitto e violenza, impedendo di utilizzare le grandi risorse della collaborazione e della co-decisione dialogica, capaci di generare grandi energie verso traguardi comuni. Una "semplice" infrastruttura di connessione gestita in termini di mercato, di tecnica e di spettacolarizzazione, quale quella della prima fase della

---

<sup>8</sup> La "sfida della fraternità" viene definita da Manghi (2008, p. 229) come "la sfida a riconoscere l'ambivalenza delle reciprocità fra soggetti liberi e uguali".



globalizzazione, sembra inadeguata per soddisfare esigenze e attese umane diffuse, come l'alimentazione, l'energia, la salute, la salvaguardia ambientale, la sicurezza, l'educazione, la cultura e via dicendo.

La crisi diventa quindi un'opportunità di ripensamento e trasformazione. Per un verso, la nuova riflessività da realizzare comporta un apprendimento rispetto al grande ed inedito scenario che l'era planetaria dispiegata ha disegnato, ancora non ben assimilato da molti, ma, dall'altra, essa comporta un ri-orientamento e una calibrazione creativa rispetto alle forme che la vita sociale ha preso nella fase espansiva.

Da questo punto di vista, una cura collaborativa e integrata, una cura efficace e "ben fatta", si pone come fondamentale obiettivo collettivo volto non solo ad un migliore utilizzo delle risorse tecniche e professionali in uno specifico campo (o meglio, nei vari campi in cui essa può e deve operare), ma come contributo al risveglio di risorse ed energie umane diffuse, nonché ad una necessaria trasformazione sociale tanto sul piano culturale quanto sul quello relazionale-coesivo e su quello economico. La cura infatti, come si è visto nel nostro percorso storico, volenti o nolenti costituisce un passaggio fondamentale e necessario di una società umana, di fatto un "bene comune" da cui non è possibile prescindere.

La cura agisce su diversi aspetti della vita personale e collettiva, essa ha un impatto importante a breve e a lungo termine. Essa necessita di tempi e spazi sociali, di risorse economiche e soprattutto di risorse umane, ma essa è soprattutto frutto di adeguate *relazioni sociali*. Per questo è importante focalizzare che la cura, prima che essere azione, lavoro, sacrificio, tecnica, è una relazione sociale, ma una relazione che, nella società contemporanea, *muta di forma e di aspetto*.

Essa non è più solo una relazione binaria (ad esempio: medico-paziente), ma diventa una *relazione ternaria*, dove il terzo polo è quello dei soggetti collettivi (organizzativi, comunicativi, regolativi, professionali, scientifici, etico-culturali) che intervengono sulla scena della cura, direttamente o indirettamente. Ciò dipende, in primo luogo, dal fatto che l'ecologia di *caring* diventa sempre più articolata e vede la compresenza di diversi soggetti, professionali e non. Essa necessita di un nuovo orizzonte integrativo e organizzativo per superare la disarticolazione attuale e portare maggiori frutti.

Inoltre, la relazione sociale di cura richiede una conformazione sempre più *simmetrica*, piuttosto che, come finora, *asimmetrica*. Essa cioè si inserisce in una società che si vive come paritaria e libera. In questo senso, la forma del mercato, ossia dello scambio fra equivalenti, ha segnato un percorso diverso dal paternalismo o dal protezionismo precedente. Essa tuttavia è nettamente insufficiente, in quanto lo scambio avviene per equivalenti monetari, mentre la cura presenta una multidimensionalità costitutiva di ragioni etiche, motivazioni, affetti, competenze, organizzazione in cui la componente economica gioca una parte importante ma non decisiva; essa non esaurisce la struttura della relazione. A parità di risorse economiche e di scambi gli effetti e i modi della cura possono essere diversissimi, e spesso opposti.

Vi è dunque bisogno di pensare la cura in un'ottica di *reciprocità*, che tuttavia si svolge su tre lati. La reciprocità non elimina la possibile debolezza di una parte, l'esigenza di farsi carico di iniziative e impegni anche unilaterali, ma la stempera e la risolve attraverso una triangolazione in cui il polo collettivo è in grado di fare da

sostegno ai curanti e insieme operare come mediatore rispetto alle comunità locali e societarie che sono co-interessate e co-implicate nella cura. Infatti la reciprocità è una prospettiva e un investimento, come si è detto, su cui è necessario lavorare per contribuire alla generazione di una vita sociale più dialogica e collaborativa. I benefici della cura non sono solo soggettivi e personali, ma hanno un valore e un effetto collettivo. Un significato e una ricaduta che la competitività mercantile lasciata a se stessa nella Grande Espansione aveva negato e fatto dissolvere dalla consapevolezza di molti.

È anche sulla base di questa considerazione che diventa urgente una revisione degli indicatori economici al fine di andare "oltre il Pil" (Bertini e Vannoni, 2013), per avere delle misurazioni del benessere e della cura non di tipo economicista o finanziario, ma sociale e relazionale.

È importante che la nuova caratterizzazione della cura comporti un'attenzione puntuale e diffusa alla *qualità*. Il prendersi cura va coniugato in termini di "sollecitudine" (Ricoeur, 1990), ascolto dialogico, sostegno, risposta alle esigenze del curato, ma anche di rispetto della sua dignità e partecipazione al processo di cura. Esso non può essere scisso dalla cura tecnica e professionale. Vi è bisogno di tenere assieme più orientamenti e paradigmi di cura (in una logica *et...et...* piuttosto che *o... o...*) rilegittimando la relazione e le "ragioni del cuore" (Bateson, 1972) sulla scena della cura (Lusardi e Manghi, 2013). La qualità organizzativa, comunicativa e relazionale ha bisogno di diventare uno standard negli ambienti sanitari, che sappia andare oltre la "soddisfazione del servizio", per diventare pienamente costruzione relazionale del caring, collaborazione dialogica, forma organizzativa, componente della professionalità.

Dalle osservazioni precedenti, si deduce che è necessario vedere la cura nella sua *complessità e multidimensionalità*, per ritrovarne la portata e l'efficacia. Allo stesso tempo è necessario integrare le varie forme di cura in quanto ognuna non è esaustiva e autosufficiente. Ciò comporta necessariamente passare per una collaborazione fra i vari attori professionali e non-professionali che sono implicati sulle varie scene di cura.

Ma, anche qui, la collaborazione, per essere non solo efficiente ma qualitativa (ossia efficace, adeguata e soddisfacente per le parti in causa), necessita di una nuova formulazione non prevalentemente gerarchico-impositiva, ma piuttosto dialogico-paritaria e funzionale, orientata alla multidimensionalità del risultato.

Le varie professioni hanno bisogno di un riconoscimento reciproco preventivo, ma soprattutto dinamico, nel farsi dell'organizzazione dei sistemi di cura. In questo senso vi è bisogno di trovare un consenso dialogico che permetta la *governance* delle organizzazioni, superando il dirigismo tecno-razionalizzatore, fortemente autoreferente, della fase attuale, ma anche una visione autonomista disarticolata di "ciascuno per sé".

Tutto ciò comporta un ripensamento complessivo del *concetto di cura* che diventa un termine di sintesi piuttosto che di settore, senza con ciò perdere la specificità e la competenza dell'attuale divisione del lavoro, ma arricchendo le professionalità e le soggettività informali di un nuovo bagaglio comunicativo e organizzativo orientato all'integrazione e collaborazione.

È necessario attribuire nuovo *valore sociale* alla cura in tutte le sue declinazioni. Essa è il tramite per suscitare energie umane e dare "buona forma" all'essere umano (come nel mito di Cura), essa può costituire un asse fondamentale

per il superamento di un immaginario e di una pratica delle relazioni sociali di tipo frammentato, individualizzato e strutturalmente conflittuale.

### ***Una nuova cultura e pratica della cura***

Attraverso quale percorso e quali aspetti della cura è possibile intraprendere questa opera di ripensamento e arricchimento? Come trasformare gli ambienti e le professioni di cura per affrontare questa mutazione concettuale e culturale delle relazioni di cura?

Questo volume intende contribuire a rispondere a questi quesiti prendendo in particolare considerazione:

- a) gli aspetti etici, motivazionali, estetici della cura;
- b) gli aspetti relazionali, affettivi, comunicativi della relazione curante;
- c) gli aspetti organizzativi e dinamici dei sistemi e delle ecologie di *caring*, ossia le dimensioni combinatorie, coordinative, conflittuali degli ambienti e percorsi di cura;
- d) la questione della qualità della cura, che solo adeguate relazioni possono creare, in specie allorché esse combinano efficacia dei trattamenti e competenza assistenziale con un'adeguata "democrazia degli affetti" (Fornari, 1976) dei curanti, capace di valorizzare la dignità e competenza partecipativa del curato.

Esso si propone di avviare una *teoria socio-relazionale della cura* capace di sostenere una visione complessa e multidimensionale, in grado di tradursi in pratiche di cura integrate e collaborative.

Il volume prende le mosse da una specifica analisi sociologica della scena sociale, ma anche da riferimenti puntuali all'attuale struttura organizzativa dei sistemi sanitari e delle professioni. Esso considera inoltre come fondamentale elemento di riferimento la valutazione delle necessità che sono generate dall'attuale scenario di patologie e rischi, così come emergono dall'analisi della transizione epidemiologica "del benessere" e di quella "del rischio", che sono contemporaneamente in atto in questa fase storica.

L'attuale situazione epidemiologica e sociologica implica l'esigenza di pensare a percorsi di cura prolungati e compositi in cui l'auto-cura del paziente sia chiamata in causa e si appoggi ad adeguate cure primarie ristrutturate e a diverse risorse formali e informali di *care*. Da parte loro le cure specialistiche, ospedaliere e di livello avanzato necessitano di mantenere una buona capacità di ricerca e innovazione, ma esse devono altresì procedere ad una riforma organizzativa, formativa e di composizione della cura tali da superare l'autoreferenzialità e lo "splendido isolamento" attuale per porsi come perno di percorsi di cura complessi di medio e lungo periodo.

Anche le "cure non convenzionali e complementari" possono trovare spazio in un nuovo assetto delle cure. Si tratta di pensare ad un loro riposizionamento in un *continuum* di azioni e pratiche che va dalla cura di sé e promozione della salute fino alle cure primarie, secondarie, riabilitative, di sollievo. Esse possono giocare un ruolo di supporto alla cura di sé, alla promozione e prevenzione, alla cura dei piccoli mali contribuendo al mantenimento del benessere, al contenimento delle affezioni e delle cronicità, alla crescita di una competenza nella promozione della salute nel quotidiano. Ovviamente esse necessitano di sviluppare un costante affinamento e

professionalizzazione che, salvaguardando le specificità della loro visione olistica e partecipativa alle cure, le immetta in un quadro di relazioni collaborative con altre parti dei sistemi di cura e le sintonizzi con le parti più aperte della cultura sanitaria contemporanea.

La cura familiare, pur scontando delle debolezze organizzative, può comunque giocare un ruolo significativo sia nelle situazioni di assistenza domiciliare e *long term care* sia nella presenza nei luoghi di cura. Essa può ampliarsi attraverso le nuove forme familiari e di convivenza, le forme di solidarietà amicale, quelle associative e volontarie, le reti comunicative on line. Essa inoltre potrà avvalersi di risorse informali e formali più preparate e flessibili, ad esempio promuovendo percorsi formativi per operatori socio-sanitari e assistenti familiari, per essere messa in grado di affrontare le problematiche specifiche dei componenti dei nuclei familiari.

La cura "fraterna" o di terzo settore può mantenere e ampliare la sua presenza. Essa deve continuare a giocare un ruolo di innovazione e solidaristico di fronte alle striscianti e differenziate problematiche della società del rischio, preparando il terreno per interventi di più ampio raggio. Attraverso le forme territoriali e dell'associazionismo sportivo, essa può anche intervenire con proposte più organizzate e significative rispetto a quelle attuali sui temi della promozione della salute e della cura di sé.

Intorno alle cure primarie ristrutturale, ad esempio sul modello delle nascenti Case della Salute, si può innescare un'utile presenza "comunitaria" di associazioni volontarie, educative, ambientali. Il nuovo associazionismo dei pazienti, dei consumatori e dei cittadini ha anch'esso un ruolo rilevante di proposta, di controllo, di socializzazione, di formazione di nuove competenze delle persone riceventi cure e dei loro familiari.

In altri termini, la cura fraterna può essere un presidio di una cura partecipata e collaborativa. Essa può richiedere la gestione di imprese sociali presenti in uno o più territori, ma il suo compito, più che "dare forma" alla cura dovrebbe essere quello di aprire la strada, di connettere, di sviluppare un'attenzione permanente per la dimensione relazione e umana della cura, che rischia sempre di essere sacrificata alle problematiche tecniche, economiche ed organizzative (Lusardi e Manghi, 2013).

La cura del prossimo futuro avrà quindi bisogno di capacità professionali e iniziative almeno in parte nuove, sviluppando un'ulteriore divisione del lavoro, ma essa avrà soprattutto bisogno di interiorizzare l'esigenza e la competenza per affrontare in modo integrato, collaborativo e multidimensionale il dispiegarsi dei percorsi e delle ecologie di caring. Questo è un compito a cui non dovrebbero sottrarsi operatori e professionisti, ma anche i comuni cittadini per diventare effettivamente "attivi e competenti". Anche questa sarà una risorsa rilevante e insperata che un diverso assetto relazionale potrebbe permettere di realizzare.

### **III. I cercatori della cura**

#### **1. Verso un nuovo interesse per la cura**

Come si è detto nel capitolo precedente, la questione della cura ha incontrato una significativa crisi motivazionale e operativa nell'epoca della "grande espansione". Nello stesso periodo diversi pensatori e studiosi hanno sviluppato un forte interesse per questa tematica, in parte nell'intento di contrastare gli aspetti disgregativi della crisi, in parte per andare alla ricerca di nuove strade e nuove ragioni per affermare un'etica e una pratica rinnovata della cura. Già la scelta di mettere al centro questo termine, piuttosto che quelli di salute, assistenza, sanità, welfare e altri è stata indicativa per molti dell'esigenza di trovare un diverso punto di vista rispetto a quello strutturalista, prevalente centrato sull'efficienza produttiva, o piuttosto, criticamente, sulle diseguaglianze di accesso alle cure e prestazioni socio-sanitarie. Una diversa logica sociale passa per uno sguardo focalizzato sulla disponibilità e adeguatezza del curare, e in particolare sulla relazione che si viene ad istituire fra soggetto curante e quello curato all'interno di un contesto etico e organizzativo socialmente istituito secondo criteri di giustizia.

In questo capitolo mi riprometto di fornire un ampio e insieme sintetico panorama della crescita dell'interesse per la cura in vari campi: da quello filosofico ed etico, a quello psicologico, pedagogico e artistico. Svilupperò invece il tema della sociologia della cura nel prossimo capitolo e nei seguenti. Ovviamente si tratta di una selezione di coloro che possono essere denominati "cercatori della cura" che risponde all'esigenza non tanto di fornire un panorama descrittivamente completo degli autori rilevanti, ma piuttosto di comprendere quali accenti di novità e quali apporti siano venuti da parte di coloro che devono essere considerati degli esploratori e costruttori di un nuovo campo di significati e orientamenti che ruotano intorno al concetto di "cura". Tanto più che, per lunghissimo tempo, questo tema non ha rivestito un ruolo rilevante nella storia del pensiero occidentale.

Infatti, pur essendo la cura così necessaria e fondamentale, diffusa nella quotidianità e strutturata in organizzazioni sociali, essa, in quanto tale, è stata considerata scarsamente degna di attenzione "alta". In parte ciò è stato determinato dal basso status che i soggetti e le pratiche del "prendersi cura" hanno rivestito nelle società occidentali antiche e moderne. In particolare, alle donne o alla servitù erano affidate tali mansioni, come ha sottolineato il pensiero femminista. Da parte loro, le professioni di cura, in specie quelle mediche e farmaceutiche, al volgere della modernità hanno posto la cura sotto l'egida della scienza, della tecnica, del "professare" una credenza naturalistica che prescindesse dalla densità relazionale e dall'impegno assistenziale diretto. La riduzione della cura a prestazione intellettuale (come nella diagnosi-prescrizione) e a terapia, in termini di somministrazione di un "farmaco" (cura attraverso il medicamento/veleno), ha portato ad una concezione della cura puramente tecnico-razionale che, a sua volta, si è rispecchiata in una organizzazione sanitaria di tipo monocratico e gerarchico, pur democratizzata, nella tarda modernità, dalle possibilità di accesso rese virtualmente disponibili "per tutti" grazie all'*"État protecteur"*.

Dunque, per una serie di ragioni storiche e concettuali, della cura si è parlato poco o il suo significato è stato ridotto a sinonimo di atto medico scientificamente ispirato. Molti ricercatori hanno quindi provato a ripristinare una semantica e un'ermeneutica densa della cura. Al contempo hanno visto la cura come una relazione con l'altro, col mondo, con se stessi.

In alcuni casi la problematica dei fondamenti e significati della cura è stata affrontata dagli autori che analizzeremo in modo diretto, da altri invece ponendola all'interno di un più ampio quadro di interessi. Sta di fatto che, all'interno delle scienze sociali, ambito in cui ci poniamo in questo scritto, vi è ormai una certa concordanza sui riferimenti etico-filosofici che si sono confrontati con questo tema, introducendo nuovi orientamenti concettuali utili a ripensare la cura nel contesto della contemporaneità.

## **2. Il sé curante e la cura di sé nella riflessione filosofica**

### ***La cura come essere-nel-mondo***

Sicuramente il principale riferimento per la ripresa della riflessione filosofica sulla cura è stato Martin Heidegger che ha posto al centro del proprio pensiero questo tema, in particolare nella sua opera maggiore "Essere e Tempo" (*Sein und Zeit*, 1927). La rilevanza di questo riferimento è stata riconosciuta e dibattuta dopo la morte del filosofo, una volta sopite le polemiche per la sua partecipazione, per breve periodo, al nazionalsocialismo tedesco.

La cura in Heidegger ha una valenza ontologica, costitutiva e consustanziale all'essere che, per vivere e porsi in modo autentico di fronte all'ambiente che lo circonda, non può che assumere un'attitudine di cura. Per Heidegger quindi la Cura (*Sorge* in tedesco) si pone come struttura originaria dell'esistenza umana, la condizione per cui l'esistenza possa darsi, affinché ogni esistenza possa essere ciò che può. Esser-ci (*Dasein*) è "essere-nel-mondo" e la cura si pone come co-implicazione dell'uomo nel suo essere al mondo e nel mondo, pre-occupazione che nessuna occupazione esaurisce: «L'essere dell'Esserci dev'essere chiarito come cura [...] l'Esserci, ontologicamente inteso, è cura» (ed. ital., p. 81). Ma questo essere-nel-mondo essendo se stessi comporta il prendersi cura del mondo e l'aver cura degli altri nei loro reciproci rimandi e in tutta la problematicità che in tale fare e coesistere comporta.

Heidegger fonda la cura già nel mito, in particolare riporta alla luce il racconto di Igino (I sec. D.C.) in cui Cura, pur avendo bisogno del fango della Terra e dello spirito della vita di Giove, dà forma all'uomo e lo conserva finché vive.

Egli distingue fra prendersi cura delle cose (*besorgen*) e degli altri (*fürsorgen*). L'uomo può occuparsi delle cose che si devono procurare per l'altrui utilizzo oppure offrire agli altri la possibilità di trovare se stessi, di prendersi cura di sé per realizzare il proprio essere. La prima forma si riduce ad un puro "essere-assieme" che risulta *inautentico*, mentre la seconda è un vero co-esistere come "con-esserci", capace di formare un mondo comune (*Mit-welt*). La mediazione delle cose può cioè non permettere di essere con gli altri e avere un rapporto di cura con loro: quindi può comportare una vita inautentica. Si può anche dire che l'inautenticità può emergere come paradosso persino quando si esercita una professione di cura allorché ci si occupa degli altri come oggetti, come portatori di malattie e disabilità, ma non come persone con cui comunicare, formando un *mondo comune*.

Relativamente all'educazione, essa si può manifestare come cura autentica o come intromissione. Infatti, l'aver cura può sollevare gli altri dalla "cura di sé", sostituendosi loro nel prendersi cura, *intromettendosi* al loro posto; invece: «La cura autentica aiuta gli altri a divenire consapevoli e liberi per la propria cura» (*ibidem*, p. 158).

La cura si realizza in una dimensione temporale in quanto si svolge attraverso un "progettarsi-in-avanti" in vista di sé stessi e dell'avvenire: «Il senso primario dell'esistenzialità è l'avvenire» (*ibidem*, p. 393). L'uomo infatti non è semplice presenza, ma *progetto*, essere in divenire forgiato dalle sue scelte ma anche dai suoi limiti. Esso è infatti gettato nel mondo e si confronta con diverse limitazioni fra cui quella della morte. La morte tuttavia per l'autore può essere una cifra di senso che apre ad un *Dasein* non chiuso in se stesso ma aperto al mondo, alla vita.

Nello scritto del 1953 *La questione della tecnica*, il filosofo mette in guardia dalla deriva tecnocratica impellente, ma sembra aprire un varco ad una reinterpretazione della tecnica nel senso antico di *techne* (arte) e *poiesis* (produzione del bello).

In definitiva Heidegger dà alla cura un senso originario, primordiale, di partecipazione al mondo da parte del soggetto, ma insieme essa diventa un elemento costitutivo dell'essere per acquisire la propria identità che non può che *essere-con-gli-altri e con-il-mondo*. L'obiettivo della *cura di sé* è fondamentale per un percorso educativo autentico e non impositivo o sostitutivo.

Il limite, forse, dell'impostazione heideggeriana è quella di partire dal soggetto e pensare la cura a suo beneficio senza che questo si traduca in una dialettica impegnativa e a volte conflittuale con l'altro. Al contempo, egli chiarisce che questo "esserci" non è naturalistico e scontato, ma dipende dalle scelte del soggetto stesso specie nei confronti delle altre soggettività. Il suo pensiero ha comunque il merito di portare il tema della cura (di sé, del mondo e dell'altro) al centro del dibattito filosofico, innovando in modo deciso rispetto alla tradizione precedente e a quella moderno-cartesiana in particolare.

### ***La cura per l'altro e con l'altro***

Il primato dell'ontologia in Heidegger verrà criticato dal filosofo ebraico lituano (naturalizzato francese) Emmanuel Lévinas che introduce una lettura relazionale dell'Altro non emergente dal proprio Esserci. Lévinas (1972) fa derivare l'etica dall'esperienza dell'incontro con l'Altro, dove l'altro è però radicalmente differente, inconoscibile, misterioso, nel senso che non può essere ridotto alle categorie di chi lo guarda. Per Lévinas, ogni uomo deve istantaneamente riconoscere l'inviolabilità e l'autonomia dell'Altro, vederlo come un'"insegnante" che orienta il proprio modo di vivere e rispondere. Questo rapporto con l'Altro è prioritario e fondante, mentre, invece, la tradizione metafisica occidentale l'ha occultato, cercando di assorbire e identificare l'altro a sé, spogliandolo della sua alterità. Per queste ragioni, Lévinas (1991) è diffidente verso un amore che intende abbracciare l'altro confinandolo nell'orizzonte della persona che ama: egli pensa piuttosto ad un *eros* che lascia le persone separate, ma attratte vicendevolmente verso il reciproco mistero.

Nello stesso modo, egli parla di *paternità e filialità* come due modi interfacciati di essere, sottolineando la necessità di una distinzione fra sé e l'altro per creare relazionalità e non fusionalità (come rischia il sentimento materno). La sua "etica della differenza" espone il soggetto a mostrare la propria *vulnerabilità* insieme alla

*prossimità*. In questo senso egli pone come fondante una prospettiva di *fraternità* da ottenere in un mondo segnato dalla differenza irriducibile dell'Altro.

Egli non sviluppa direttamente un pensiero della cura, ma pone a fuoco il problema di una relazione non assimilativa dell'Altro giocando sul registro differenza-prossimità.

La riflessione di Levinas ha trovato uno sviluppo creativo in Ricoeur e in altri autori del filone fenomenologico come Edith Stein, che muove dalla lezione di Husserl. In *Sé come un altro* Ricoeur (1990), sviluppa una visione personalista, a stretto contatto anche col pensiero di Mounier. Egli muove da una persona che si costituisce come "stima di sé" grazie al riconoscimento che l'Altro gli dà. Ciò gli permette di elaborare un "piano di vita" come progetto etico-pratico. La "sollicitude" o cura con e per gli altri si costituisce come "dimensione dialogale", non contrapposta ma dialettica, alla stima di sé. Non può darsi l'una senza l'altra e viceversa: «Soltanto un sé può avere un altro da sé», egli afferma (*ed. it.*, p. 283).

Il volto dell'altro invoca un rispondere, una responsabilità che però non si ferma alla obbligazione morale, ma muove da un *riconoscimento* dell'altro e da una «*spontaneità benevola* intimamente connessa alla stima di sé all'interno della vita buona» (*ib.*, p. 286). Tali sentimenti di simpatia e compassione, quando si muovono verso una persona debole e sofferente, non devono però arrivare a fondare un rapporto asimmetrico ma essere compensati «da un'autentica reciprocità dello scambio» (*ib.*, p. 287). Per Ricoeur, dunque, la cura muove verso l'altro ma con lui costituisce un rapporto di *reciprocità simmetrica* che evita un coinvolgimento monco e falsato.

Tale rapporto si sviluppa inoltre in un *quadro di eguaglianza* fondato su istituzioni giuste.

Per questo pensatore il riconoscimento dell'altro avviene attraverso tre forme di ascolto: *pensare*, nel senso non di spiegare ma intendere il senso della situazione per l'altro; *fare*, cioè prodigarsi ma senza potere, senza forza plasmatrice, salvatrice, onnipotente; *sentire*, ossia saper attendere, invocare, sperare la speranza (*ib.*, p. 73). In Ricoeur la cura parte da un sentimento interno del soggetto, ma si sviluppa nel gioco sociale dell'ascolto e della reciprocità piuttosto che dell'aiuto unilaterale o del dovere o di una professione intesa come complesso di tecniche.

Secondo alcuni interpreti (Ferretti, 1997; Castiglioni, 2008) la novità di Ricoeur è di andare oltre il soggetto solipsistico e trasparente a se stesso per introdurre la prospettiva riflessiva dell'«ermeneutica del Sé» in cui il soggetto trova in sé dei segni dell'altro (non solamente dei Tu concreti, ma delle mediazioni relazionali sociali come il linguaggio e la morale) che vengono fatti propri dal soggetto stesso. In altri termini, si configura la prospettiva di un "sé relazionale" e non autosufficiente.

Inoltre, nell'ultima opera (*Percorsi del riconoscimento* del 2004) egli sviluppa maggiormente la tematica dell'intersoggettività legandola al gioco del reciproco riconoscimento dell'alterità altrui che già aveva avviato nell'opera maggiore: «Il riconoscimento è una struttura del sé riflettente sul movimento che porta la stima di sé verso la sollecitudine e questa verso la giustizia. Il riconoscimento introduce la diade e la pluralità nella costituzione stessa del sé.» (Ricoeur, 1990, *ed. it.* p. 407). Nell'opera del 2004 egli lega tuttavia il tema del mutuo riconoscimento a quello del *dono* e del *per-dono* che vuole esprimere una dimensione di libertà e di non-utilitarismo nei confronti dell'altro.



Sul piano filosofico-antropologico Ricoeur porta alle estreme conseguenze la prospettiva del superamento del soggetto come puro Ego concependo invece l'*ipseità* come relazione intima e costitutiva con l'alterità. Si crea quindi una dialettica fra ipseità e *medesimezza* (le parti costanti dell'identità), fra sé e il proprio corpo, sé e il mondo, stima di sé e cura dell'altro che richiede una costante riflessività. Questa posizione apre le porte ad una prospettiva relazionale della soggettività e intersoggettività, nonché ad una epistemologia riflessiva dell'esperienza dell'incontro.

In questo quadro, la cura riveste un ruolo fondamentale, necessario, costitutivo. Non è un "in più" eventuale di alcuni, di un genere, di un gruppo sociale. Essa concorre a costruire il soggetto e la relazione sociale. Questa, a sua volta, necessita di reciprocità e dialogicità per una buona strutturazione della "stima di sé".

La cura dunque non fa solo parte di una prospettiva etica del "vivere bene", ma diventa un orientamento dinamico, costitutivo della soggettività - intesa come luogo attivo capace di intervenire nel mondo - e dello spazio intersoggettivo. Questo si basa su una *relazionalità paritaria* che è prima di tutto *riconosciuta* piuttosto che voluta o cercata, una relazionalità che si muove nel contesto di istituzioni giuste.

Ovviamente molto vi sarebbe da dire sulle altre dimensioni della vita sociale che contrastano con questa esigenza e che eventualmente impediscono di porla in essere, ma resta l'importanza della trasformazione concettuale che Ricoeur ha portato ad uno stadio evoluto e maturo.

Sul piano delle dinamiche di cura, è interessante l'indicazione che emerge soprattutto nell'opera del 2004 del riconoscimento della *vulnerabilità del curante* e di una *relazione di cura che implica una dimensione di dono* proprio per mantenere la reciprocità attiva e aperta, piuttosto che rischiare un'asimmetria che può diventare controllo dell'altro e quindi perdita della dialogicità costitutiva di entrambi.

Edith Stein, da parte sua, nella sua opera sull'*empatia* (1916), ritiene possibile l'«acquisizione emotiva della realtà del sentire altrui», sviluppando un «atto mediante il quale l'essere umano si costituisce attraverso l'esperienza dell'altro». Con l'empatia si conosce qualcosa dell'altro, ci si rappresenta il suo sentire, lo si incontra, si mette in gioco l'esigenza di rispondere, di responsabilizzarsi verso di lui. Non si può "mettersi nei suoi panni", ma si accetta di essere coinvolti dal sentire altrui. Da parte sua Husserl, maestro della Stein, riferendosi all'empatia come dimensione necessaria dell'intersoggettività, afferma: «Tutto ciò che vale per me vale anche - a quanto ne so - per tutti gli altri uomini, che mi sono alla mano nel mio mondo circostante. Sperimentandoli come uomini, li comprendo e li accetto come "io", quale io sono» (ed it. 1985, p. 61). L'empatia è altresì un allargamento dell'esperienza soggettiva ma anche un percepire la relazione che si genera dall'incontro, soprattutto allorché questa non viene distorta da precomprensioni e pregiudizi.

L'opera sull'empatia della Stein è stata riscoperta nel corso degli anni '80 sia per evidenziare un modo di conoscere sociale differente da quello oggettivista (Ardigò, 1980) sia per le sue ricadute sul piano della relazionalità di cura. Come afferma la Iori (2008, p. 64): «La competenza empatica ha la sua origine nella relazione materna ma può (e per le relazioni di cura deve) essere coltivata, incrementata costantemente. È un sapere che si avvale di un dono originario (la gratuità della relazione materna) ma non è appreso una volta per tutte. Vive di

rivisitazioni, riletture critiche, approfondimenti riflessivi, apprendimenti dall'esperienza, nuovi investimenti su di sé e cresce con la capacità di crescere in umanità e apertura agli altri dell'operatore sociale.»

### ***La cura di sé***

Su un piano molto diverso rispetto al filone fenomenologico e personalista si pone la riflessione di Michel Foucault che, per un verso, evidenzia le conseguenze dell'assistenzialismo modernista interpretato come *Panopticon* e controllo sociale (1963) e, dall'altro, riscopre le potenzialità della cura di sé a partire dal modello classico greco-romano (1984), vedendone poi la traduzione operativa nelle "tecnologie del sé" che portano all'esercizio e alla pratica. La cura istituzionalizzata può diventare controllo sociale allorché l'infermità, la follia, la diversità vengono assoggettata ad un sapere che le classifica, descrive, ordina e che segrega gli uomini in istituzioni totali.

Per contro, nelle opere più tarde e mature, Foucault si chiede se la relazione con sé, col proprio corpo, con la propria sessualità sia sempre stata mediata e controllata dall'esterno, da rapporti costrittivi. Egli vede allora la "Cura di sé" come uno spazio di libertà e autoaffermazione, come uno stile di vita che definisce l'individuo come "soggetto morale": «L'azione morale è indissociabile da queste forme di attività su se stessi», egli afferma (Foucault, 1984, ed. it. p. 33). Propone quindi di sviluppare un'"estetica dell'esistenza", ossia di fare della propria vita come se fosse un'opera d'arte.

Il "prendersi cura di sé" permette all'uomo di sviluppare una profonda percezione di sé, di sanare distorsioni e difetti, di sviluppare pratiche che sono complementari a quelle dell'arte medica che, nel mondo antico, cercava di guarire non solo il corpo ma anche lo spirito. La vita serena comporta un esercizio costante, un allenamento pratico e filosofico insieme.

Con Foucault, quindi, la cura di sé ritorna una dimensione importante dell'esistenza e della stessa cura in generale, anche se la mancanza di correlazione fra *cura sui* e cura altrui limita il discorso ad una dimensione auto-costruttiva che può diventare autoreferente.

### **3. L'etica della cura e i diritti di cittadinanza**

La questione dell'*etica della cura*, già presente nella riflessione filosofica precedente, è stata significativamente dibattuta nel periodo post-moderno proponendosi come asse rilevante di una nuova etica pubblica.

Possiamo distinguere, in questo confronto a distanza, almeno tre filoni di pensiero: un primo legato all'emancipazione/liberazione femminile; un secondo interessato al tema dei diritti di cittadinanza; un terzo focalizzato sulle questioni della pace e dell'ambiente e interessato all'elaborazione di un'etica universale.

#### ***La sfida del pensare e del fare materno***

Relativamente alla riflessione femminile/femminista o "di genere" si possono ricordare le opere seminali di Carol Gilligan (1982), Nel Noddings (1984) e Sara Ruddick (1989). Queste autrici muovono dalla logica del pensare femminile che si

sviluppa non in modo astratto, ma nel contesto delle relazioni con l'altro. In questo ambito, il *care* dell'altro costituisce un modo di essere fondamentale delle donne, che tuttavia è stato misconosciuto e nascosto dal pensiero filosofico e culturale, profondamente impregnato dalla logica classica: «Le donne - sostiene Carol Gilligan - non solo definiscono se stesse in un contesto di relazioni umane, ma giudicano se stesse anche in termini della loro abilità a prendersi cura degli altri» (1982, ed. it. pp. 16-17). Ciò ha conseguenze anche sul piano epistemologico, in quanto è necessaria una trasformazione (o un doppio binario) «passando dall'ideale greco della conoscenza intesa come corrispondenza fra mente e idee, all'accezione biblica del processo conoscitivo visto come esperienza del rapporto con l'altro» (ib., p. 26).

La Gilligan, coniando il termine "etica della cura" (o "della responsabilità"), si vuole differenziare rispetto ad un'"etica della giustizia (o dei diritti)" arrivando a definire due modalità di ragionamento morale di genere che, come minimo, devono coesistere.

La cura è costitutivamente relazionale nel senso che privilegia i rapporti interumani e lo fa unendo cuore e pensiero: «L'etica della responsabilità poggia su una comprensione che fa nascere la compassione e la cura» (ib., p. 176). Ella rileva la diffusione di una situazione di dis-cura generalizzata nella contemporaneità allorché «si sperimenta l'incapacità degli apparati pre-interpretanti di vedere quell'altro da sé che chiama all'apertura, al decentramento verso il volto che *mi* guarda e insieme *mi riguarda*» (Iori, 2008, p. 36).

Rifacendosi alla Gilligan, la Noddling sviluppa espressamente il tema di una visione femminile del *caring* (1984). Per la Noddings il fondamento della cura è l'essere stati accuditi. Non esiste la vita senza questo dono originario a cui ciascuno è debitore. La Noddings suggerisce che l'etica della cura potrebbe aiutare a creare persone autenticamente morali, criticando gli approcci etici dominanti che si basano su "principi che stanno sopra le persone". La sua è una "etica relazionale" perché centra l'attenzione proprio sulla questione della relazionalità.

Essa afferma che il curante (*carer* o *one-caring*) dovrebbe mostrare interesse (*engrossment*) per l'altro e motivazione in ciò che fa, mettendo in gioco recettività, capacità relazionale e responsabilità (*responsiveness*), ma che anche il curato (*cared-for*) dovrebbe saper rispondere alla cura, in particolare riconoscendo di essere curato. In questo caso il *caring* è "completed in the other", ossia ha un assetto compiuto e in equilibrio.

A sua volta, Sara Ruddick (1989) ha proposto un'etica della cura incentrata intorno al "pensare materno" (l'amore attento e pieno di fiducia nell'altro), sostenendo che esso potrebbe essere utilizzato per trasformare i rapporti privati di amore e di cura in discussioni pubbliche di pace.

Molte di queste autrici, tese a valorizzare gli assunti etici "delle donne", sono state criticate per una sorta di implicita "tendenza essenzialista", ossia per aver attribuito alle donne delle qualità specifiche a-priori, emergenti dalla loro natura; inoltre, per aver sottovalutato gli aspetti di potere che anche la cura può manifestare. Come ha detto Franca Bimbi (1998): «La confusione fra cura e potere è il lato oscuro del potere materno». Correnti del pensiero femminista radicale hanno poi sottolineato che questo pensiero della differenza propone una visione asimmetrica della cura non utile per una emancipazione femminile.

Sul piano valutativo di un pensiero relazionale della cura, si può affermare che questo filone di pensiero ha evidenziato la rilevanza fondante e originaria del

“prendersi cura” – quella che è stata chiamata “la sfida del materno” (Pulcini, 2009) – esercitata storicamente in modo prevalentemente dalle donne. Esso inoltre ha legato la cura ad un movimento di valorizzazione e liberazione femminile storicamente rilevante che ha fatto della cura una bandiera. In termini critici si può tuttavia dire che molti interpreti ed epigoni di queste pensatrici hanno dato una lettura “esclusivista” del curare femminile, evitando di mettere a fuoco il ruolo complementare maschile nella riproduzione sociale, ma soprattutto lasciando intendere che non si dia una *cura paterna*, non sia possibile cioè associare a questa figura altre qualità protettive, normative, esplorative del curare.

La relazionalità, che pure queste autrici avevano cercato di mettere in campo, si è spesso ridotta ad una dialettica culturale e strutturale conflittuale (uomo-donna) che ha messo da parte, paradossalmente, la polarità del curato, a favore di una valorizzazione paritario-conflittuale del soggetto femminile. La crisi dei modelli forti maschili nella società liquida ha poi evidenziato problematiche che non erano state previste, ma anche il porsi di una nuova possibile prospettiva: quella della “sfida della fraternità” di fronte ad un paritarismo delle differenze che riproducono se stesse ma non assumono la responsabilità della cura dell’altro. Le differenze di genere hanno bisogno di interagire e creare un mondo comune per essere in grado di sviluppare una cura efficace, che oggi va coniugata più in termini di rispondenza reciproca che di obbligo derivante da un principio di autorità.

### ***Il posto della cura: fra giustizia e capacità***

Gli elementi innovativi introdotti dalle studiose del pensiero femminile, ma anche le critiche loro rivolte, hanno portato a diversi tentativi di revisione dell’etica della cura da loro proposta cercando di ampliare la sua portata e la sua rilevanza universalistica. Fra questi tentativi si segnalano i lavori della Held e della Tronto.

Virginia Held (2006) vuole arrivare ad una prospettiva universale e non solo di genere: ritiene quindi possibile combinare i valori di giustizia, eguaglianza e libertà con quelli di cura, fiducia, solidarietà. La globalizzazione della cura potrebbe costruire ponti di comprensione fra le persone, i popoli, le culture e quindi contribuire alla pace.

Da parte sua, Joan Tronto (1993) si propone di liberare l’etica della cura dal suo tradizionale nesso con la moralità femminile. Questo nesso è doppiamente controproducente, sia perché induce a trattare natalità, mortalità e cura come questioni “da donne”, e dunque periferiche, sia perché può essere usato per incatenare le donne alla funzione materna. In questo senso, essa può essere annoverata come una delle principali rappresentanti della seconda linea di pensiero: quella dei diritti di cittadinanza.

Secondo la Tronto (1993) è strategicamente essenziale mettere in discussione le tre *frontiere morali* (“moral boundaries”) che separano la riflessione sulla cura al femminile dal *mainstream* della riflessione etica, in particolare:

1. la frontiera fra la “politica” (allocazione delle risorse e ordine pubblico) e la “morale” (considerazioni su che cosa è importante fare e in che modo, e su come avere relazioni con gli altri);
2. la frontiera fra il punto di vista morale “dei principi” (distaccato, imparziale, “universale”), per il quale non conta in che modo si sia indotti a comportarsi

moralmente, e il punto di vista "concreto e contestuale" (che evidenzia le difficoltà di decisione e le specificità situazionali);

### 3. la frontiera fra "vita pubblica" e "vita privata".

Per la Tronto, mettere in discussione queste tre frontiere morali significa riconoscere che «se la filosofia morale riguarda il bene della vita umana, allora la cura deve avere un ruolo importante». Si deve quindi riconoscere che «gli esseri umani non sono soltanto esseri autonomi e uguali, ma anche creature bisognose che richiedono cura» (*ibidem*, p. 21).

Per questa studiosa la cura si basa su quattro dimensioni etiche: l'*attentiveness* (premura, sollecitudine), la *responsabilità*, la *competenza*, la *responsiveness* (comprensione, capacità di rispondere ai bisogni dell'altro). La *responsiveness* è una qualità che anche il ricevente la cura dovrebbe saper praticare, pur nello stato di vulnerabilità e ineguaglianza in cui si trova. Il tema della competenza, associato a quello della responsabilità, evidenzia l'orizzonte più ampio in cui si pone l'autrice, quello in cui qualità "femminili" e "maschili" si associano per produrre una "buona cura". La dimensione della rispondenza del curato ripropone inoltre la prospettiva relazionale messa da parte dal femminismo radicale.

Una studiosa che sviluppa un approccio autonomo alla questione della cura è Martha Nussbaum. Ella si situa nella tradizione liberale di Rawls, ma ne critica a fondo i presupposti, arrivando ad un convinto sostegno alla centralità della cura che permette l'estensione dei diritti di cittadinanza anche a categorie escluse dal pensiero neo-liberale interpretato da Rawls (disabili, animali, chiunque sia in situazione di relativa dipendenza). Infatti, secondo la Nussbaum (2006), le cure attente e personalizzate - e le politiche che le supportano - possono ripristinare quella reciprocità, e quindi quel diritto fondamentale all'inclusione, che le teorie di stampo utilitarista e contrattuale di fatto negano, ipotizzando un soggetto autonomo e simmetrico nei rapporti sociali ed espungendo le situazioni di dipendenza che tutti provano in diverse fasi e momenti della vita, ma che connotano in particolare i percorsi delle persone con disabilità permanenti. Dato che la cura (in tutte le sue forme) è un sostegno e un tramite fondamentale per rendere fruibili le capacità potenziali delle persone in situazione di disabilità e dipendenza, «si richiede di porre l'accento sull'importanza della cura come bene sociale primario» (ed. ital., p. 22).

Dato che i livelli minimi necessari per supportare le disabilità sono variabili nel tempo e condizionati della situazione economico-culturale complessiva, essi andrebbero fissati al livello più alto in cui sia possibile *una buona vita*, ossia una "fioritura umana": «La politica giusta sembra essere quella di insistere su una lista unica di diritti sociali non negoziabili e di lavorare instancabilmente affinché tutti i bambini con disabilità raggiungano la stessa soglia di capacità che stabiliamo per gli altri cittadini» (ib., p. 208).

Inoltre: «Una riflessione corretta sulla cura impone di pensare a un ampio intervallo di capacità sia dal lato di chi la riceve (*cared-for*) sia dal lato di chi la fornisce (*caregiver*)» (ib., p. 186). In altre parole, anche le persone che curano, in vario modo e a vario titolo, vanno considerate in un opportuno quadro di bilanciamenti affinché non si realizzino vistose forme di svantaggio e diseguaglianza (ad es. di genere, di reddito, di sviluppo personale) rendendo la cura penalizzante per chi se ne fa carico.

Ciò non toglie che senza la promozione di opportuni e condivisi "sentimenti morali" (spesso negati dalla cultura pubblica) sia difficile arrivare ad un piena inclusione delle persone con menomazioni. Questa richiede una *benevolenza consistente e profonda*, e implica la disponibilità al sacrificio non solo del proprio vantaggio ma di quello del gruppo, cosa che è possibile, secondo la Nussbaum, con un significativo impegno educativo e trasformativo.

Secondo "l'approccio delle capacità" che la Nussbaum (2000) sviluppa (in alcune opere insieme a A. Sen), il principio di trattare ciascuno come un fine va coniugato in termini di capacità di cui mettere in grado ciascuno di esercitare. Fra queste: la *Vita* (in termini di durata normale e dignità), la *Salute fisica* (che comprende anche nutrizione e abitazione), l'*Integrità* (essere al riparo da violenze e abusi). Seguono poi le capacità d'azione come *l'uso dei sensi, dell'immaginazione, del pensiero*, il dispiegarsi delle *emozioni e di adeguate relazioni sociali* che implicano orientamenti verso la giustizia e l'amicizia. La dimensione *etico-pratica e la libertà di coscienza* sono un altro genere di capacità riconosciute rilevanti, ma anche la capacità di *gioco* e di avere il controllo sul proprio *ambiente*. Inoltre, essere in grado di relazionarsi e prendersi cura di *animali, piante e mondo naturale*.

La cura è dunque una pratica abilitante che richiede capacità, ma che genera anche nuove capacità in chi la riceve che realizzano le potenzialità umane.

### ***La cura nell'etica planetaria***

Un terzo filone che ha incluso la cura nella propria riflessione, estendendone il significato alla presa in carico della pace e dell'ambiente, è stato quello impegnato nella prospettiva di un'"etica planetaria". Tale approccio è stato particolarmente sviluppato da autori provenienti dalla riflessione teologica e religiosa, anche dietro la spinta del crescente "conflitto di civiltà" e del dialogo necessario fra le religioni per contrastare fra queste spinte distruttive. Si può ricordare a tal proposito l'incontro ecumenico convocato ad Assisi già nel 1986 dal Papa Giovanni Paolo II per la comune *Preghiera per la pace*. Attivi su questo fronte sono alcuni fra i massimi teologi mondiali come Ernesto Balducci, Leonardo Boff, Hans Küng.

Ernesto Balducci (1985) è stato fra i primi ad evidenziare la nuova condizione antropologica dell'"uomo planetario" in cui culture e religioni devono imparare a convivere nonostante - o meglio grazie - alle loro differenze. Ciò apre un nuovo scenario, dato che l'umanità arriva ad una fase nuova e sconosciuta della sua evoluzione: infatti dall'ominazione si passa alla *planetarizzazione*. In questa situazione, è necessario che l'antropologia scopra non solo come far convivere le differenze originarie, ma come si possa costituire una possibilità di incontro che porti a darsi una regola universale capace di accumunare gli uomini fra loro e con la natura. Per far ciò, egli propone l'avvio di un'etica globale non-violenta (sulla base, fra l'altro, degli insegnamenti di don Lorenzo Milani, Giorgio La Pira e Gandhi) fondata sulla comprensione e la giustizia, capace di farsi progetto politico di convivenza.

Anche Hans Küng, celebre teologo svizzero noto per le sue posizioni critiche nell'ambito della Chiesa Cattolica, ha sviluppato, fin dai primi anni '90, un nuovo "Progetto di Etica mondiale" (1990), creando, nel 1993, la *Fondazione Weltethos* impegnata a sviluppare e rinforzare la cooperazione tra le religioni mediante il riconoscimento dei valori comuni e a disegnare un codice di regole di comportamento universalmente e reciprocamente condivise.

Leonardo Boff (2000), noto esponente della teologia della liberazione, ha avanzato il concetto di "presa in cura" relativamente alla questione ecologica e a quella del dialogo con le altre culture e religioni. In uno scritto recente (2011, p. 3) egli afferma: «La cura è una relazione amorevole con la realtà, allo scopo di garantirle la sussistenza e di creare lo spazio per il suo sviluppo. La cura previene i danni futuri e rigenera i danni passati. [...] Di ogni cosa gli esseri umani hanno e devono aver cura: della vita, del corpo, dello spirito, della natura, della salute, della persona amata, di chi soffre, della casa. Senza cura la vita viene meno». La Cura è quindi intesa da Boff come vera sapienza, che contempla un nuovo modo di vivere sulla terra fatto di tenerezza, compassione, amore, protezione. Essa comporta un "coinvolgimento con persone e con situazioni che si sono care" (2012). Il curare è visto come vissuto della relazione fra chi necessita di essere curato e chi ha la volontà e la predisposizione per farlo creando un insieme di appoggi e protezioni (*holding*) che rende questa relazione possibile. Almeno tre forme di cura vengono indicate: la *cura-amorosa*, la *cura-preoccupazione* e la *cura-protezione-appoggio*, ma a queste modalità si aggiungono quelle della *cura-precauzione* e della *cura-prevenzione* che comportano l'evitare atteggiamenti e comportamenti che possono recare danno (*idem*).

Su un piano di proposta antropologico-politico-educativa si deve ricordare l'opera di Edgar Morin (1999, 2004) che, all'interno della mirabile riflessione sul *Metodo* e la conoscenza, arriva a delineare i contorni di una vasta "identità planetaria" sostenuta da un'etica della comprensione e della "*reliance*" (riferimento e fiducia nell'altro), per la quale propone uno sviluppo e applicazione al campo educativo. La comprensione dell'altro ha bisogno di una dimensione soggettiva e di una *mimesis*. Essa apre poi ad una dimensione complessa che integra visione oggettiva, esplicativa e soggettiva: "La comprensione complessa dell'essere umano rifiuta di ridurre l'altro ad un solo tratto e lo considera nella sua multidimensionalità" (2004, p. 127). Inoltre il pensiero complesso considera anche l'errore e l'incomprensione sempre possibili e non li ritiene sufficienti per l'espulsione dalla vita sociale di qualcuno. Infatti senza "*reliance*", basata su sentimenti di legame e di appartenenza comune, non è possibile tenere insieme le differenze e sviluppare comprensione dell'altro. Morin non tocca direttamente il tema della cura ma ne sviluppa alcune premesse sociali e epistemologiche generali.

In questo filone di pensiero e proposta può essere collocata anche la recente Enciclica di Papa Francesco "Laudato si'" che porta il sottotitolo *Enciclica sulla cura della casa comune* (2015). Si tratta di uno scritto di grande ampiezza e maturità che pone la cura dell'ambiente e degli altri su un piano intrecciato e simmetrico: «... oggi non possiamo fare a meno di riconoscere che *un vero approccio ecologico diventa sempre un approccio sociale*, che deve integrare la giustizia nelle discussioni sull'ambiente, per ascoltare *tanto il grido della terra quanto il grido dei poveri.*» (Ib., p. 62). Di fronte alla "globalizzazione dell'indifferenza" e al "grande deterioramento della nostra casa comune" Francesco propone una rifondazione etica, religiosa, politica, relazionale e personale della *cura*, intesa già biblicamente come "custodia e coltivazione" dei rapporti con l'altro e coi beni comuni della terra.

Il testo svolge una critica puntuale e approfondita del paradigma tecnocratico ed economicista dominante proponendo piuttosto una visione interconnettiva fra i viventi e con la Terra - casa comune - nonché relazionale e paritaria con gli esseri umani. Riprendendo i temi della "laude" francescana egli afferma: "Tutto è in

relazione, e tutti noi esseri umani siamo uniti come fratelli e sorelle in un meraviglioso pellegrinaggio, legati dall'amore che Dio ha per ciascuna delle sue creature e che ci unisce anche tra noi, con tenero affetto, al fratello sole, alla sorella luna, al fratello fiume e alla madre terra.» (Ib., p. 96).

Si tratta di una grande sfida culturale, spirituale ed educativa, ma anche politica e creativa che oggi è necessaria e urgente: «In questo quadro, insieme all'importanza dei piccoli gesti quotidiani, l'amore sociale ci spinge a pensare a grandi strategie che arrestino efficacemente il degrado ambientale e incoraggino una *cultura della cura* che impregni tutta la società.» (Ib., p. 198)

La cultura della cura assume quindi una rilevanza centrale e imprescindibile per la sopravvivenza del pianeta, per colmare le diseguaglianze e i venti di guerra, per coltivare una *ecologia integrale* che combini diversi livelli dell'equilibrio ecologico: «quello interiore con se stessi, quello solidale con gli altri, quello naturale con tutti gli esseri viventi, quello spirituale con Dio.» (Ib., p. 184). Servono quindi educatori «capaci di reimpostare gli itinerari pedagogici di un'etica ecologica, in modo che aiutino effettivamente a crescere nella solidarietà, nella responsabilità e nella cura basata sulla compassione.» (Idem)

### ***Verso una nuova cultura della cura***

In conclusione, si può affermare che il campo dell'etica è stato finora uno dei più fecondi per la riflessione sulla cura arrivando a diverse proposte innovative e di ampio respiro che intendono porre le basi di un diverso modo di "stare insieme", coniugando i temi della giustizia e uguaglianza, con quelli della libertà (intesa come sviluppo di capacità potenziali), dell'appartenenza e cittadinanza, della solidarietà, della considerazione dell'altro, includendo i diritti degli animali e dell'ambiente.

Mentre le autrici del primo filone avevano posto il problema della considerazione sociale di coloro che prestano cura, ma anche la questione del significato da attribuire alle condizioni di non piena autonomia, che toccano tutti nel corso della vita (la cosiddetta "sfida del materno"), gli autori dei due secondi filoni sembrano porre in primo piano una nuova "sfida del fraterno", ancor più inclusiva ed estesa. La stessa cura infatti può essere interpretata in termini di asimmetria, mettendo l'accento sul fare unilaterale e assistenziale del curante, o in termini di nuova fraternità, come relazione co-implicante e reciproca, in cui lo scambio affettivo e comunicativo gioca un ruolo rilevante, ma insieme include significati ulteriori di costruzione sociale.

A queste si aggiunge la "sfida dell'*oikos*", ossia dell'abitare, del costruire la casa comune su una terra che richiede la responsabilità dell'uomo per vivere e far fruttificare nuovi cuccioli e germogli.

In ogni caso le varie forme di cura sono accumulate da una nuova "cultura della cura" che diventa imprescindibile e centrale. Essa sorge da varie motivazioni e orientamenti (materni, fraterni, comuni, ecc.), ma in tutti i casi è spinta da una esigenza di risposta e responsabilità verso i più rilevanti squilibri e ingiustizie della situazione attuale e insieme da una visione generativa e creativa dell'essere umano e della società planetaria. La critica del presente apre all'inedito e alla speranza, alla fiducia che un nuovo orizzonte sia possibile.



## 4. La psicologia del curare: fra maternage e danza cooperativa

### *Il curare materno*

Fra i referenti dei discorsi sulla cura in ambito psicologico troviamo John Bowlby, con la sua teoria dell'attaccamento, e Donald Winnicott, con la teoria dell'*holding* (sostegno, *maternage*). Ambedue evidenziano la rilevanza del *caring* materno nella crescita dei nuovi nati.

Per Bowlby (1976) il nutrimento è rilevante non solo fisicamente, ma come soddisfacimento del bisogno di amore, di conforto, protezione, accettazione. La madre è una persona fidata per il bambino che gli fornisce una "base sicura" per il suo sviluppo e l'esplorazione del mondo. Il bambino ha anche bisogno di vicinanza e contatto fisico che si traduce in sicurezza del legame se la madre (*caregiver*) ha abbastanza sensibilità e capacità, cioè se possiede *modelli operativi interni* (MOI) che permettano di far apprendere modelli relazionali adeguati al bambino. La cura fa dunque parte della socializzazione. La separazione dalla madre o dalla figura di riferimento costituisce un trauma che produce rilevanti conseguenze psico-relazionali nel bambino. Al contrario, la buona cura permette al bambino di sviluppare il piacere e la soddisfazione di instaurare legami affettivi condivisi e sicuri.

Ne emergono, come sviluppi di tale teoria, molte conseguenze sulla rilevanza dei rapporti affettivi in tutte le situazioni di cura, in particolare verso i disabili, i malati, gli anziani. Infatti la componente infantile e dipendente è sempre latente nell'essere umano, soprattutto nelle situazioni di vulnerabilità. La necessità di un riferimento disponibile e sicuro in queste situazioni emerge spesso, anche se non può e deve essere l'unica modalità affettiva presente e necessaria sulla scena della cura.

Per Winnicott (1965) ogni "madre sufficientemente buona" offre al proprio figlio la possibilità di sperimentare una sorta di onnipotenza primaria, man mano contenuta, che permette al soggetto di acquisire quella fiducia di base che gli è necessaria per il cammino nel mondo. La capacità di sostegno della madre (definita di *holding*) permette al bambino, man mano che cresce, di situarsi in uno *spazio transazionale* in cui riesce a porre in dialettica le percezioni soggettive con quelle esterne. Essa sa dosare aspetti di sostegno, di presentazione di oggetti esterni, di frustrazione che permettono al bambino di seguire fasi adeguate di sviluppo.

La carenza di un buon sostegno materno allo sviluppo fa sì che alcuni pazienti adulti, in situazioni di debolezza, manifestino un pesante senso di inutilità soggettiva e quindi cadano in vortici depressivi.

Secondo gli indirizzi avviati da questi autori, il "care" (prendersi cura) generalizza l'esperienza materna e comprende: a) cure fisiche; b) atteggiamenti e comportamenti opportuni; c) scelta e selezione di opportunità; d) negoziazione e sincronizzazione con la persona in cura (Selleri e Carugati, 1996, p. 235). Esso assolve a funzioni sociali di protezione, soddisfacimento di necessità biologiche e corporee, sviluppo di legami affettivi e attaccamento, gioco, esplorazione, apprendimento.

### ***I rapporti di cura terapeutici***

È evidente tuttavia che, mentre da una parte tali teorie approfondiscono utilmente le dimensioni emozionali e relazionali della cura materno-infantile, dall'altra, finiscono per attribuire alla cura un contenuto e un orientamento strettamente vincolato al modello di riferimento, trascurando l'ampia varietà empirica delle relazioni di cura e le loro differenze.

Altri apporti alla cura vengono dall'esperienza di cura terapeutica. Mentre diversi modelli, fra cui quello psicanalitico, sono basati su una sorta di regressione e dipendenza infantile del paziente, studiosi come Ludwig Binswanger (1962, 2007) e Carl Rogers (1980), sviluppando un'antropologia fenomenologica, il primo, e una psicologia umanistica, il secondo, hanno proposto prese in carico più simmetriche, dove il soggetto in terapia ha un ruolo attivo, che gli permette di sviluppare un percorso di apprendimento e auto-aiuto.

A partire dagli anni sessanta, si è anche sviluppato l'approccio relazionale-sistemico alla terapia sulla base delle intuizioni di G. Bateson (1972) relative al doppio legame e al contesto relazionale. Varie sono state le interpretazioni e correnti nate sulla base di questi presupposti conoscitivi e analitici: alcune di queste hanno assunto una impostazione della relazione terapeutica di tipo più direttivo o strategico (ad es. Haley) mentre altre correnti hanno cercato di vedere autoriflessivamente lo stesso processo di cura come una *danza cooperativa* fra terapeuta e persona che richiede aiuto in cui si negoziano e co-costruiscono significati, identità, relazioni.

Ciò è compatibile con le competenze tecniche dello psicoterapeuta, ma è mediato dalle sue capacità autoriflessive di leggere il contesto della relazione. Come scrive L. Fruggeri (2014) competenza tecnica e competenza relazionale possono e devono convivere: «Esse offrono una doppia visione, un doppio sguardo: uno orientato dal modello teorico di riferimento, l'altro dall'analisi del processo terapeutico mentre si svolge e prende corpo» (ib., p. 11). La competenza relazionale richiede di mettere in campo però anche una capacità di leggere il contesto, una capacità epistemologica autoriflessiva, nonché una consapevolezza sociale: «La consapevolezza dell'intreccio tra dinamiche intra-interpersonali e processi sociali ha portato allo sviluppo di modelli terapeutici sempre più sensibili e dunque includenti l'intreccio tra tematiche personali e tematiche sociali.» (ib. p. 13).

La cura terapeutica perde quindi, in questo caso, la sua presupposta asimmetria conoscitiva e sociale per giocare sull'intreccio di due piani uno, si potrebbe dire verticale o trasversale (quello tecnico) e uno orizzontale (quello relazionale). Questi, a loro volta, sono posti in triangolazioni contestuali localizzate e societarie che ne amplificano l'efficacia. La composizione di più livelli di cura risulta dunque possibile, come l'esperienza della psicoterapia sistemica dimostra.

## **5. Educare con cura, educare alla cura**

### ***"I care"***

Nel campo della cultura pedagogica si ritrovano alcuni leader culturali ed educatori che hanno basato gran parte del loro messaggio sullo sviluppo della capacità di essere responsabili per il mondo che ci circonda. Fra questi si può citare

l'esperienza della scuola realizzata da don Lorenzo Milani (1967) in Toscana negli anni '50 e '60, a favore di ragazzi figli di contadini espulsi dalla scuola pubblica. Egli avvia un metodo di mutuo-aiuto fra i ragazzi e una filosofia del "mi preoccupo" (*I care*) per ciò che mi circonda. È per lui possibile "educare alla cura" i ragazzi attraverso una costante attenzione al mondo, ma anche praticando il mutuo aiuto.

Allo stesso modo un educatore come Paulo Freire, sviluppando la sua "educazione come pratica della libertà" (1967), vuole fornire gli strumenti linguistici alle classi emarginate per farle uscire da uno stato di semi-dipendenza, ma soprattutto aiutarle a far crescere la stima di sé necessaria per porsi nuovi obiettivi di emancipazione.

### ***La cura nell'educazione e formazione***

Nel settore della pedagogia accademica, negli ultimi due decenni si è sviluppato un dibattito piuttosto ampio relativamente al tema della *cura educativa* e della *cura di sé*. Mi riferirò in particolare agli sviluppi che si sono avuti in Italia in questo settore. Le ragioni di tali interessi sono diverse: in primo luogo, lo sviluppo di professioni educative al di fuori dell'ambiente scolastico (educatore sociale o professionale; educatore di asilo nido; educatore in campo riabilitativo e sanitario) che hanno richiesto nuove basi teoriche e una visione integrata dell'intervento; in secondo luogo, la rilevanza, nella formazione delle professioni di *care* (infermieri, lavoratori sociali, assistenti familiari, ecc.), degli aspetti emozionali, comunicativi e auto-riflessivi. Inoltre, si è sviluppata una riflessione sul tema dello sviluppo biografico adulto in una condizione, come quella attuale, in cui il soggetto si trova di fronte ad eventi traumatici e di cambiamento durante tutto il corso della vita che richiedono un impegno costante e focalizzato sulla cura di sé.

Per rispondere alle prime due esigenze, sono sorte delle esperienze formative, come quella della "clinica della formazione" (Massa, 1992), che hanno applicato i metodi fenomenologici e della ricerca-azione alle situazioni della formazione permanente delle professioni sociali e sanitarie; mentre, per la terza tipologia di problematiche, sono sorte esperienze autoformative come quelle legate allo sviluppo di metodi autobiografici (Demetrio, 1996) o altre proposte di apprendimento di "tecniche del sé" (Ingrosso, 1998), consulenza clinico-filosofica (Achenbach, 2004), pratica spirituale e via dicendo.

Questi diversificati filoni di ricerca e proposta formativa hanno condotto ad una riscoperta del tema della cura come essenziale e originario dell'approccio pedagogico. È stato infatti evidenziato, in sede di filosofia dell'educazione, come tale tematica avesse un ruolo rilevante già nei filosofi classici (Platone, Seneca, Socrate, ecc.), autori da cui è partita la riflessione pedagogica. Si può dunque affermare, secondo un autorevole interprete, che: «L'educazione e il formare esigono la cura» (Cambi, 2010, p. 19). Curare va quindi interpretato come capacità di favorire l'evoluzione del soggetto, come capacità di portarlo ad un'autonomia sostenuta da una strutturazione equilibrata della propria identità.

La cosiddetta "pedagogia critica" (ad esempio: Granese, 1993) assume la cura e la coltivazione come capacità di "prender forma", formare, formarsi: «Non si dà formazione umana in assenza della cura e della lunga coltivazione, e quindi dell'educazione» (*ib.*, p. 193-194). Sulla stessa linea ribadisce Rita Fadda (1997, p. 809): «L'uomo non è, non si costituisce come tale, non diventa uomo senza che qualcuno si prenda cura di lui, interagisca con lui, abbia volontà e intenzionalità di

formarlo e di educarlo». Tali autori evidenziano che si deve intendere la cura educativa non è solo come finalizzata alla crescita, al futuro o ad un intervento sulle mancanze che si riscontrano in un soggetto in crescita, ma bensì anche *orientata al presente*, per il benessere attuale o per essere accanto, per alleviare un dolore, un decadimento.

In campo formativo, come si è detto, alcune esperienze, come quella della clinica della formazione, hanno cercato di sviluppare un'auto-riflessività degli operatori educativi, sanitari e di assistenza verso le dimensioni morali e di senso che si intrecciano col lavoro di cura e le relazioni coi soggetti assistiti o in formazione. Come afferma Cristina Palmieri (2000): «Il percorso teorico ci ha permesso di ancorare la cura all'esistenza, vedendola come la stessa struttura che regge e in cui si dipana l'esistenza umana; ci ha introdotto alla complessità dei significati formativi ed auto formativi che azioni e relazioni di cura pongono in essere; ci ha consentito di problematizzarne le forme, di coglierne l'originario rapporto di parentela con la morale, la conoscenza, la terapia, vedendola come quel luogo in cui si dà il rapporto dell'uomo con se stesso, la costruzione e la definizione di sé come soggetto. [...] la ricerca empirica ha fatto emergere la cura dallo sfondo in cui era immersa: l'ha resa visibile attraverso le tracce, gli indizi, le immagini che hanno preso forma e consistenza nei percorsi di clinica della formazione: (essa)... è affiorata come tempo quotidiano, materialità, mondo della vita che circola nel mondo della formazione» (ib., pp. 207-208).

La cura educativa ha assunto quindi, in ambito pedagogico, due obiettivi: quello di risvegliare il mondo educativo (compreso quello dell'insegnamento scolastico) ad un atteggiamento e sensibilità verso la cura, come parte del patrimonio originario e permanente del fare pedagogico; inoltre, di evidenziare aspetti esistenziali ed emozionali presenti nelle professioni di cura per arrivare ad una compenetrazione fra *care etico* e *cure tecnico* capace di "umanizzare" e qualificare gli ambienti sanitari e quelli di aiuto sociale. A tal proposito afferma Vanna Iori: «I professionisti che operano nel sociale sono consapevoli che l'empatia è il legame sostanziale che rende significative le relazioni umane, è il fondamento di una prossimità emotiva e esistenziale, la disposizione all'accoglienza attraverso la quale essi possono trasmettere il proprio sapere, porre al servizio dell'altro le proprie competenze, farsi strumento di rispecchiamento dell'altro, delle sue potenzialità presenti ma inespresse» (Iori, 2008, p. 63).

### ***L'autoformazione al curarsi***

Venendo al tema della *cura di sé*, essa è entrata nel campo formativo attraverso la narrazione autobiografica. Si deve a Duccio Demetrio (1996) questa proposta in cui il "raccontarsi" diventa strumento e metodo della cura di sé, in particolare durante i passaggi cruciali della vita adulta. Sulla base dell'esempio dei grandi racconti interiori di pensatori come Sant'Agostino, Montesquieu, Proust o viaggiatori che praticano una "filosofia del camminare", essa diventa varco per l'esplorazione e l'"educazione interiore" (Demetrio, 2000) che si può tenere in tutto il corso della vita. In questo senso, afferma Franco Cambi (2010), la "*cura sui*" diventa un compito "*lifelong*". Dopo un'ampia disamina delle fonti teoriche e degli sviluppi della pedagogia della cura, questo autore introduce la questione della cura di sé che definisce un ulteriore modello di cura: «Con l'autoformazione entra però in gioco un altro modello di cura: la *cura sui*» (ib., p. 22).

La cura di sé si può avvalere degli strumenti del narrare, leggere, scrivere (e in particolare dell'autobiografia), ma anche di altri "esercizi spirituali" come viaggiare, vagabondare, praticare l'ironia, dialogare con l'arte e altro. La pedagogia della cura di sé permette di attraversare la post-modernità senza perdersi e senza arroccarsi: «Nel mondo attuale [...] la *cura sui* ha ri-conquistato una centralità strategica, ma sollecitata da una condizione ontologica. Il soggetto più inquieto e più fragile, più dis-orientato e sempre più alla ricerca-di-sé (del *proprio sé*), collocato dentro quel disincanto che è, insieme, *deriva e libertà*, che è inquietudine e ricerca, ha bisogno di tornare a se stesso, di controllare il proprio io, di stabilire una pratica di sorveglianza e di ri-costruzione che lo innervi e lo qualifichi e lo guidi» (ib., p. 42).

### **Apprendere la cura**

La pedagogia ha sviluppato quindi il tema della cura come proprio anche dell'ambito educativo e come capacità di presa in cura e aiuto nel caso delle professioni sociali e sanitarie. Essa ha tuttavia anche riaperto ad un terzo modello di cura, quello auto-formativo, particolarmente significativo nei faticosi passaggi della vita adulta contemporanea.

Essa ha tuttavia sostanzialmente trascurato, finora, di tematizzare e sviluppare un percorso formativo per il tempo dell'infanzia e dell'adolescenza in cui la cura di sé e degli altri possa divenire un luogo centrale del "formarsi" personale. Forse perché la pedagogia si pensa soprattutto come un discorso rivolto al pedagogo, a colui che si attiva e guida il *puer* alla scoperta di se stesso, sapendo che questo sé (quello altrui, ma anche il proprio) è un po' indisciplinato, anche se ricco di potenzialità. Questa reticenza evidenzia, se non altro, la difficoltà nel porsi tale compito, poco sostenuto dalla tradizione, ma insieme la sua urgenza in un periodo che si presenta come dis-orientante e problematico nella formazione di un sé adulto e equilibrato. Ciò non di meno, il problema esiste e si fa acuto dato che non basterà intervenire sull'adulto di domani senza passare per il bambino-ragazzo-giovane di oggi. Di qui la proposta di aprire questo tema a partire da una riflessione sull'educazione alla salute che può diventare promozione alla cura di sé (Ingrosso, 2011a; 2011b), come si vedrà in un capitolo successivo.

## **6. La cura nell'arte e nella letteratura contemporanea**

Vorrei concludere il panorama sul "pensare la cura" fin qui tratteggiato con qualche accenno alla presenza della cura nell'arte, in particolare nella letteratura e nel cinema, ma anche in ambito televisivo e musicale. Ciò in quanto tali arti sono particolarmente espressive dell'immaginario collettivo nella modernità e post-modernità, sovrappiù, però quest'ultima, da una industria dell'*entertainment* che ha prodotto una overdose mediatica particolarmente insidiosa e sfuggente, dove prevale una dimensione ludica fortemente erotizzata, vistosa, cangiante, di pronto consumo, ma generalmente superficiale e vuota di senso. In questo panorama ammagliante e insieme desolato alcune opere e composizioni hanno sviluppato una particolare attenzione al tema della cura. Si potrebbe dire una sorta di *controcanto*, che non ha tuttavia mancato di destare interesse e attenzione.

Prima di arrivare ai contemporanei, è però utile ricordare alcune rilevanti opere che nel '900 hanno suscitato l'interesse e l'emozione dei lettori con temi che hanno a che fare con la cura nel senso più classico e pregnante dell'affrontare una

malattia: la crisi, il timore, la sospensione per la terapia e riabilitazione sono occasioni per profondi ripensamenti su di sé e sulla vita. Per fare esempi: *La Montagna magica* di Thomas Mann (titolo originale: *Der Zauberberg*, 1924), che tratta della formazione umana e spirituale del giovane ingegnere Hans Castorp durante anni di permanenza in un sanatorio sulle Alpi svizzere; *La coscienza di Zeno* di Italo Svevo (1923), in cui il protagonista scopre le affinità fra la propria nevrosi e "la nostra complicata pazzia contemporanea" risolvendo di adattarsi e quindi abbandonando la terapia; *La cura* di Herman Hesse (*Kurgast*, 1925), che parla, attraverso un'ironica chiave autobiografica, di un periodo trascorso in una stazione termale per curare le conseguenze della sciatica.

Anche in tempi recenti, molte autobiografiche *Illness Narratives* hanno evidenziato i risvolti umani connessi con i periodi di malattia in cui il soggetto è messo alla prova mentre familiari e medici si affannano, con diversi esiti, intorno a lui. Ricordo per tutte il racconto con cui il giornalista Tiziano Terzani, colpito da tumore all'intestino, vaga fra varie esperienze e terapie, convenzionali e non, compiendo un ultimo viaggio che lo porta però non ad una guarigione, ma ad un esito di saggezza personale: «Viaggiare era sempre stato per me un modo di vivere – si legge in *Un altro giro di giostra* (2004) – e ora avevo preso la malattia come un altro viaggio: un viaggio involontario, non previsto, per il quale non avevo carte geografiche, per il quale non mi ero in alcun modo preparato, ma che di tutti i viaggi fatti fino ad allora era il più impegnativo, il più intenso.»

La metafora del viaggio, dello spaesamento, della salita verso mondi sconosciuti è spesso utilizzata in questi racconti di sé che portano fuori dagli argini del normale e del quotidiano.

In altri casi, è lo scrittore che ricorda proprie esperienze personali in cui ha curato un familiare, come nel caso di *Paula*, figlia di Isabel Allende (1995), o del medico-scienziato-scrittore Oliver Sacks che racconta le proprie esperienze di guarigione o di scacco della terapia, come nel caso delle trasformazioni temporanee provocate dall'L-dopa su un gruppo di pazienti affetti da encefalite letargica (1973, da cui è stato tratto un film omonimo uscito nelle sale nel 1990) o dell'esito di un incidente occorso allo stesso protagonista descritto in *Su una gamba sola* (1984).

La narrazione letteraria o la memoria autobiografica sono dunque modi significativi di scoprire aspetti interiori inediti del vivere periodi di sconvolgimento e rischio, e di metterli in risonanza con gli interventi dei curanti. Ma essa è anche utile per capire cosa si prova a curare un familiare, ma anche dei pazienti. A tal proposito, sono diverse le opere che sono state scritte da medici e personale sanitario circa il proprio rapporto con i malati, e con alcuni in particolare, ma anche sull'esperienza dell'ammalarsi che spesso cambia decisamente il modo di guardare la cura, la salute e la vita da parte degli operatori sanitari.<sup>9</sup>

In campo cinematografico diverse sono le opere centrate intorno alla malattia, ma fra queste si può ricordare come particolarmente rilevante "Parla di lei" di Pedro Almodovar (*Hable con ella*, 2002) in cui la cura di un infermiere per una giovane donna in coma si trasfigura fino ad un innamoramento che la mette incinta. Una forte metafora della gravidanza della cura, capace di trasformare tanto il curato quanto il curante.

---

<sup>9</sup> Esiste una Union Mondial des Ecrivains Medecins (UNAM) e un'Associazione dei Medici Scrittori Italiani (AMSI) fondata dal famoso chirurgo Dogliotti nel 1951.

Una cura trasfusa più nel quotidiano è invece quella rappresentata da Terrence Malick in *The Tree of life* (vincitore a Cannes nel 2011), in cui la storia di una famiglia e dei reciproci rapporti viene letta con un occhio trasfigurato che l'accosta ai complessi percorsi della formazione e dissoluzione del cosmo, con un insolubile intreccio di vita e morte, di caduta e risurrezione.

Anche la televisione ha portato all'attenzione storie di cura, spesso ambientate in campo medico e del pronto soccorso ospedaliero, con serie televisive centrate su un personale medico e sanitario capace di assumere con impegno e responsabilità il proprio compito, come nel caso di *E.R.*, *Rescue 911*, *Chicago Hope*, *City Hospital* e diversi altri trasmessi nei circuiti televisivi di tutto il mondo.

In campo musicale più rare sono queste composizioni, ma esse si ritrovano generalmente in brani ispirati a momenti particolari della vita, legati spesso all'amore per il proprio partner. Particolarmente riuscita e originale è la composizione di Franco Battiato intitolata *La cura* (1996) in cui lo sguardo non è solo rivolto all'amata, ma ad ogni "essere speciale" che ci è caro, che va protetto "dai dolori e dai tuoi sbalzi d'umore", oltre che da "malattie e malinconie" usando tutto il proprio sapere e camminando affiancati verso una saggezza più ampia<sup>10</sup>.

Il panorama potrebbe essere certamente più ampio e approfondito, ma ciò che qui è importante sottolineare è il significato di un filone di opere nel campo letterario e artistico che possono avere una rilevante impatto sull'immaginario collettivo, soprattutto se siano utilizzate in modo mirato per pubblici interessati, nonché avere un utilizzo formativo autoriflessivo, stimolando una *mimesis* e un'empatia, da parte di operatori socio-sanitari e caregiver.

## **7. La ricerca di un nuovo immaginario estensivo e inclusivo della cura**

### ***Motivazioni e affetti***

Quali conclusioni trarre da questo ampio ma insieme sintetico excursus?

In primo luogo che la cura è uscita da una lunga tradizione di nascondimento e irrilevanza per diventare un "tema caldo", sia nel senso che essa viene riconosciuta come una questione importante e dirimente nel dibattito teorico, sociale e culturale contemporaneo, sia nel senso che essa comporta un coinvolgimento affettivo, una passione per ciò di cui ci si prende cura. Soprattutto in quanto si avverte un deficit di passioni, affetti e responsabilità nel contesto contemporaneo.

Su tale questione convergono, come si è visto, pensatori significativi provenienti da tradizioni culturali diverse, ma accumulati, si direbbe, da alcune esigenze urgenti e comuni: quelle di rispondere a problematiche centrali delle

---

<sup>10</sup> Ecco il testo della canzone: «Ti proteggerò dalle paure delle ipocondrie,/dai turbamenti che da oggi incontrerai per la tua via./Dalle ingiustizie e dagli inganni del tuo tempo,/dai fallimenti che per tua natura normalmente attirerai./Ti sollevorò dai dolori e dai tuoi sbalzi d'umore,/dalle ossessioni delle tue manie./Supererò le correnti gravitazionali,/lo spazio e la luce per non farti invecchiare./E guarirai da tutte le malattie, perché sei un essere speciale,/ed io, avrò cura di te. [...] Ti porterò soprattutto il silenzio e la pazienza./Percorreremo assieme le vie che portano all'essenza./I profumi d'amore inebrieranno i nostri corpi,/la bonaccia d'agosto non calmerà i nostri sensi./Tesserò i tuoi capelli come trame di un canto./Conosco le leggi del mondo, e te ne farò dono./Supererò le correnti gravitazionali,/lo spazio e la luce per non farti invecchiare./Ti salverò da ogni malinconia,/perché sei un essere speciale ed io avrò cura di te...io sì, che avrò cura di te.»

contemporaneità, come quelle dello statuto del soggetto, del rapporto con l'Altro sociale e culturale, del rapporto con l'ambiente, la salute, la pace e così via.

Spesso la problematica della cura si situa all'interno di rilevanti cambiamenti paradigmatici del pensare e guardare alla vita personale e sociale, in particolare aprendo ad una *prospettiva relazionale* che si differenzia dagli orientamenti strutturalisti, oggettivisti, utilitaristi e soggettivisti che avevano trascurato tale questione o l'avevano trattata in modo riduttivo.

La domanda sulla cura è, in primo luogo, una interrogazione su quali siano le *idee sorgenti e motivanti* oggi capaci di rendere questa pratica un modo di essere concreto, diffuso, interiorizzato nei confronti dei diversi aspetti del vivere. Di qui l'esigenza di una ricerca filosofica, etica ed educativa all'altezza delle sfide contemporanee.

In secondo luogo, la cura ha bisogno di una *nuova definizione estensiva* (non solo teorica ma condivisa), che la metta a contatto con le tematiche più qualificanti e specifiche della contemporaneità. Al contempo, essa si deve caratterizzare anche per una *visione inclusiva*, in particolare recuperando quegli aspetti affettivi, qualitativi e relazionali che sono in buona parte mancati nelle teorizzazioni e nelle pratiche caratteristiche della modernità. In relazione a questa dimensione del curare, diversi interpreti fanno riferimento ad un'*attenzione personale, sollecitudine affettuosa, empatia, ascolto verso l'altro*. Più raramente si parla anche delle emozioni di colui che riceve l'atto di cura, come *la riconoscenza, la gratitudine, l'affidamento*.

Un importante risvolto di questa dimensione è quello degli affetti nelle professioni di cura, aspetto solitamente trascurato o addirittura negletto nella imperante teorizzazione della neutralità affettiva tipica dell'ambiente medico-sanitario. Ponendosi in un territorio intermedio fra *coinvolgimento e distacco* (Elias, 1983) è possibile esercitare una responsabilità attenta, capace di ascolto e di sostegno anche in campo professionale. Si tratta di una modalità che molti lavoratori sociali e sanitari già esercitano, esplicitamente o implicitamente, ma di cui poco sono abituati ad occuparsi e a fare evolvere riflessivamente. Le emozioni comportano tuttavia delle ambivalenze, delle zone d'ombra, dei contrasti a cui solo aree ristrette delle scienze psico-sociali hanno messo mano e su cui bisognerà ulteriormente ricercare.

La qualità della cura non dipende però solo dagli affetti, ma ha una valenza organizzativa, comunicativa e relazionale più ampia che implica capacità ulteriori e coordinamento fra coloro che curano. Si pone quindi la domanda su quali debbano essere *i modi qualitativamente adeguati* di fare cura, prendersi cura, curarsi in diversi ambienti e situazioni.

### ***Fra giustizia e fraternità***

La cura è stata definita in termini di modalità generale dell'essere umano verso il mondo, ma congiuntamente come "bene comune", per la sua capacità di generare, coltivare, riparare i corpi, le persone, le relazioni. Essa si identifica però soprattutto con un agire orientato al benessere di un altro o di altri collettivi. Molti interpreti sembrano concordare con la Bubeck (1995, p. 128), che intende la cura come quelle «attività e pratiche che incontrano i bisogni di un'altra persona». Con una differente sfumatura, Colombo *et al.* (2004) definiscono la cura come quell'«insieme di preoccupazioni e di attività riferite al benessere di una o più



persone», ma anche come «un aspetto iscritto in molteplici attività - educazione, assistenza, terapia, anche insegnamento - e consiste nell'agire [...] non per il o sul soggetto interlocutore, ma con lui [...] verso un obiettivo di benessere condiviso» (*ibidem*, pp. 12-13).

La cura tuttavia, prima ancora che un agire, è un entrare in contatto con l'altro, un farsi toccare dall'altro e spesso un toccare delicatamente il suo corpo. È ascolto della sua parola, del suo disagio, del suo desiderio di benessere o di essere liberato dal malessere e dal dolore. La cura ha dunque una dimensione ineliminabile di *interazione reciproca*.

La relazione con l'altro non si limita però solo all'interazione concreta, essa è anche *rapporto sociale*, spesso mediato da regole, organizzazioni, complessi di servizi che, tuttavia, hanno anch'essi bisogno di etiche, visioni, scopi condivisi, coerenza fra *mission* e giochi operativi.

La relazione dunque "viene prima", oltre che durante l'atto di cura. Essa è un "rispondere" ad esigenze che certi gruppi sociali manifestano attraverso l'attivazione di complesse strutture sociali, ma è anche un dare ascolto ad aspetti deboli del sé perché vengano contenuti da un utero sociale più ampio che se ne faccia carico.

Chi organizza la cura, specie se ha un incarico collettivo, ha un onere di iniziativa e responsabilità. In questo senso egli spesso si muove in modo asimmetrico per portare aiuto. Il suo agire richiede tuttavia presto un riequilibrio, un gioco di scambio fraterno, paritario, in cui anche chi cura ha un ritorno emotivo, la soddisfazione di aver prodotto un bene che attenua e supera le diseguaglianze, le disparità. Nel campo sociale ciò si traduce in una progettazione guidata da orientamenti "giusti", ispirati dall'eguaglianza, ma caratterizzata anche da una consistente dimensione di fraternità: senza fraternità, ossia relazione sociale reciproca, si rischia di perdere di qualità ed efficacia, e quindi di creare una cura insoddisfacente, non adeguata alle attese del presente.

### ***Reciprocità e competenza di chi è curato***

Nel campo delle relazioni familiari e amicali, la cura (*caring*) si occupa di chi è *caro*, in quanto si è costruito con lui un rapporto nel corso del quale l'altro si è mostrato gentile, affettuoso verso di noi: ci è caro perché lui stesso è stato caro verso di noi. La *carezza* dimostra questa espressione tenera e benevola verso colui per il quale proviamo affetto. Nelle forme del solidarismo, l'occuparsi dell'altro sconosciuto (ad esempio in termini di azione caritativa volontaria e di difesa dei diritti negati) si poggia sulla ricerca di una fraternità in cui *l'altro diventa conosciuto, acquista un nome, una storia, un volto*; oppure si basa su una convinzione egualitaria e universalista in cui tutti devono poter godere delle risorse fondamentali del *vivere dignitoso* (Manghi, 2005).

Nel campo professionale, come si è detto, è sempre più importante il rilievo posto non solo sulle tecniche professionali che il lavoratore della cura deve possedere perché la sua azione sia efficace, ma altresì sulla comunicazione e sullo scambio col paziente, l'assistito, il *soggetto competente*. L'Altro verso cui si presta un servizio non solo resta una persona verso la quale è necessario rispetto e comprensione, ma esso diventa anche parte attiva di un "sistema di cura", attraverso le emozioni che esprime, ma spesso anche attraverso le sue capacità, il suo agire, la sua *self-care* (Ingrosso, 2008b).

### ***Quale approccio sociologico alla complessità della cura?***

Il curare si articola in diverse forme, saperi e soggetti agenti: ad esempio sono tipiche del campo socio-sanitario e del benessere quelle del *care*, del *cure*, del *caring* e del *self-care* che concorrono, intersecandosi in varia misura, ad attivare diversi campi applicativi, quali: quello della crescita e dell'educazione, quello dell'adattamento e mantenimento psico-somatico nella vita adulta (cura di sé), il campo dell'accompagnamento e riabilitazione delle disabilità, l'ambito sanitario e della salute mentale nelle loro ampie e diversificate declinazioni, l'ambito ambientale, quello delle relazioni sociali, quello delle relazioni fra i popoli, le culture, e così via. Ogni campo è contraddistinto da una caratteristica stratificazione di saperi, professioni, attori, organizzazioni e istituzioni curanti nonché soggetti curati o necessitanti aiuto. È quindi attraverso le interazioni, regolazioni, progettazioni di questi diversi campi applicativi che può passare un rinnovamento o meno delle pratiche e della cultura della cura.

Una parte delle scienze e della riflessività sociale si è posta il problema di tradurre questa nuova questione epocale in termini agibili e applicabili nei diversi campi, pur nella consapevolezza di un andare controcorrente rispetto ai trend societari contemporanei, ma scommettendo su una sfida di lungo periodo per il cambiamento. La consapevolezza diffusa fra questi cercatori della cura è che si tratta di una tema "concreto", di grande rilevanza culturale e teorica, in parte inesplorato, su cui è necessaria una convergenza inter e transdisciplinare, oltreché un deciso ripensamento paradigmatico e concettuale nella scienza e nei propri campi disciplinari.

La pluralità di fattori che intervengono nell'atto del curare, la variabilità e l'ambivalenza del gioco relazionale che comporta il "curare bene", le problematiche dell'interazione fra procedure tecnico-oggettivanti e soddisfazione delle istanze soggettive di benessere, la stratificazione e diversificazione delle forme, dei modi e delle culture fanno del curare un "oggetto" decisamente complesso, e quindi aperto, non esauribile né sul piano teorico né su quello pratico e applicativo. Esso quindi richiede un approccio che, a sua volta, deve essere multidimensionale, complesso, sistemico, dinamico da parte delle scienze sociali, e in particolare della sociologia. Un approccio che ha bisogno di diventare una prospettiva condivisa da parte di tutti quei saperi, soggetti e organizzazioni che si occupano in vari modi e a vario titolo del curare in settori concreti della vita sociale, in primis in quello sanitario e della salute, a cui in particolare si rivolge questo volume.

Per tale ragione cercheremo con questo saggio di inserirci fra coloro che sono alla ricerca di un nuovo assetto del curare che trovi condivisione fra coloro che in prima persona operano, sono curati, organizzano le cure. Lo faremo sviluppando sia una prospettiva inter-trans-disciplinare sia ragionando sui paradigmi e i modelli della ricerca sociologica relativamente al campo sanitario e della salute-benessere, a cominciare dai prossimi due capitoli dedicati al contributo della sociologia ad una nuova prospettiva relazionale sulla cura.

## ***IV. Percorsi di sociologia della cura***

### **1. La cura in sociologia**

Da un punto di vista sociologico, possiamo intendere per "cura" qualunque attività sociale che abbia lo scopo di mantenere, promuovere, ripristinare la salute e il benessere propri o altrui, così come di assistere, sostenere, aiutare, guarire coloro che si trovino in situazioni di malattia, disagio, disabilità o anche nell'impossibilità di soddisfare esigenze vitali per la sopravvivenza e la crescita. Tali attività sociali comportano, normalmente, sia l'incontro diretto fra curante e curato sia la predisposizione di progetti, organizzazioni, istituzioni volte, direttamente o indirettamente (ad es., attraverso interventi sull'ambiente fisico e sociale), a portare benefici a singoli, gruppi, popolazioni in ordine al soddisfacimento di bisogni e alla risoluzione di problematiche soggettive e collettive ritenute utili, necessarie e rilevanti.

Di tali problematiche si è occupata la sociologia, talvolta, nelle sue analisi generali della struttura, cultura e vita societaria, ma soprattutto nell'ambito delle sue aree applicative specializzate, in primo luogo la sociologia della salute, della medicina e della sanità, ma anche, in alcuni casi, in quelli della sociologia della famiglia, dell'educazione, delle professioni, delle politiche e delle organizzazioni di aiuto e intervento sociale, nonché nei *gender studies*. Tali riflessioni sono state svolte nel quadro dei principali paradigmi sociologici classici come quello strutturalista, quello critico, quello fenomenologico, come si vedrà.

Si deve tuttavia sottolineare che, se di fatto la sociologia classica e fino al periodo degli anni settanta si è occupata di questi temi, essa ha perlopiù privilegiato altri obiettivi e interessi, senza porre la cura al centro della propria attenzione. Ciò, come si vedrà, ha contribuito a sottovalutare aspetti cruciali della cura quali le differenze di genere, il ruolo delle emozioni e dei giochi interattivi nelle specifiche situazioni, la dimensione di qualità e efficacia degli interventi medici e sanitari, l'importanza degli scambi interprofessionali e altri ancora.

In tempi più recenti, come detto, il tema della cura è stato introdotto nella riflessione sociologica attraverso cammini diversificati - in particolare quello di genere, quello lavorista, quello di welfare e, più recentemente, quello sistemico e relazionale - senza tuttavia trovare finora una sistemazione sufficientemente ampia e condivisa. In questo senso si può parlare di *percorsi differenziati e insieme intrecciati* di sociologia della cura, dato che essa è entrata significativamente nel dibattito sociologico ma necessita di ulteriori approfondimenti e sviluppi, in particolare teorici e di ricerca. I prossimi capitoli di questo volume cercheranno di dare un contributo ad una teoria sociologica della cura utile sia ad un discorso intrasociologico sia ad una prospettiva di collaborazione inter e transdisciplinare.

In questo paragrafo partiremo dal percorso della sociologia medica e della salute, per seguire le principali linee di sviluppo recente della sociologia della cura.

## 2. Tecnica medica e neutralità affettiva

### *La malattia come disfunzione*

Talcott Parsons ha esaminato il tema della cura medica in diversi scritti apparsi fra i primi anni '50 e gli anni '60. L'autore delinea, in primis, la funzione sociale dell'azione medica all'interno della grande opera teorica sul *Sistema sociale* (1951) per poi tornare sul tema della definizione di salute e malattia in un'opera successiva (1964). Egli inoltre si occupa di "professioni di servizio" in *Economia e Società* (1954), scritto con N. Smelser, e in un saggio, poco conosciuto, sull'organizzazione dell'Ospedale psichiatrico (1957).

Secondo l'approccio struttural-funzionalista, la medicina e la sanità hanno un ruolo precipuo nel ripristino del "funzionamento normale" dell'individuo sia nella sua componente biologica sia in quella sociale, intesa come adempimento dei compiti e doveri di ruolo. Vi è malattia, per Parsons, quando il soggetto non può più compiere le attività normali quotidiane: in tal modo egli diventa - involontariamente e oggettivamente - un "deviante", ma questa condizione, per essere accettata, deve essere statuita e legittimata dalla medicina che ha il compito di "istituzionalizzare" e poi recuperare tale devianza.

La malattia è infatti un fenomeno disfunzionale per il sistema sociale che deve essere il più possibile contenuto e risolto: «Dal punto di vista del funzionamento del sistema sociale, un livello generale di salute troppo basso, cioè un'alta incidenza di malattia, risulta disfunzionale. Ciò deriva in primo luogo dal fatto che la malattia rende incapaci a svolgere efficacemente i ruoli sociali» [Parsons, 1951, p. 438]. L'apparato medico si giustifica in quanto, ad un certo punto della divisione del lavoro e della specializzazione dei sottosistemi sociali, diviene necessario un corpus organizzato a cui affidare dei compiti sistemici generali e insieme specifici relativi alla salute e malattia: «La professione medica costituisce un "meccanismo" del sistema sociale per far fronte alle malattie dei suoi membri [...] sulla base dell'applicazione della conoscenza scientifica ai problemi della malattia e della salute» (ib., p. 440).

### *Il rapporto fra il ruolo sociale del medico e quello del paziente*

La struttura elementare dell'intervento medico è data dal *rapporto medico-paziente*, un rapporto che viene normato attraverso una combinazione di ruoli complementari a cui corrispondono diritti e doveri di entrambe le parti.

Il medico, essendo un "ruolo professionale", deve avere un orientamento all'azione di tipo *universalistico* (cioè basato su norme generali non discriminanti), possedere una *competenza di tipo tecnico-operativo* (vale ciò che si sa fare), basata sulla *specificità* dell'intervento (un preciso campo d'azione), sulla *neutralità affettiva* (l'azione medica non deve essere condizionata dal coinvolgimento emotivo o dalla simpatia), sull'*interesse collettivo* (il medico non deve agire per il proprio tornaconto, ma per il bene comune).

Il malato, da parte sua, ha il *diritto di esenzione* dai suoi compiti sociali finché dura la malattia, ma anche il *diritto di aiuto*, dato che non può fare da sé. A patto, tuttavia, che egli accetti di essere curato, nonché di impegnarsi a guarire stabilendo un rapporto fiduciario col medico e seguendone le indicazioni. Egli non ha le competenze per affrontare la sua situazione, si deve quindi affidare a chi è

tecnicamente esperto, ha cioè assunto un ruolo che è stato istituzionalmente definito. Il suo problema biologico ha una dimensione oggettiva, ma ha anche una dimensione sociale: di qui il suo impegno per rioccupare la sua posizione nella società.

Di per sé, la sua situazione, essendo oggettiva, non implicherebbe necessariamente aspetti affettivi, ma spesso ciò accade. Infatti, per quanto l'analisi di Parsons sia condotta prevalentemente in termini di norme connesse ai ruoli e di funzionalità rispetto al sistema sociale, egli sviluppa, quasi incidentalmente, delle osservazioni empiriche rispetto, ad esempio, ai saperi dei malati, i quali spesso «sanno qualcosa nel campo specifico, e hanno qualche base oggettiva di giudizio» (ib., p. 450). Ciò tuttavia non lo induce ad ipotizzare una collaborazione col medico, ma piuttosto egli auspica una chiara guida-controllo di questi rispetto al paziente.

Inoltre, egli compie diverse osservazioni sugli effetti emotivi della malattia che crea "frustrazione" (Parsons utilizza spesso una terminologia freudiana per parlare del "sistema della personalità"), in quanto obbliga a disattendere alle proprie occupazioni, e insieme produce ansia per il futuro. Ciò porta il paziente, alternativamente, a minimizzare la malattia o ad autocommiserarsi esageratamente. L'autore nota altresì che ciò che fanno i medici ha un chiaro riscontro emotivo sui pazienti, infatti: «sia che essi dedichino a questo fatto un'attenzione esplicita in senso tecnico o meno, ciò che i medici fanno influisce inevitabilmente sugli stati emotivi dei loro pazienti; e ciò può avere un'influenza importante sullo stato delle loro malattie» (ib., p. 452). Anche in questo caso, tuttavia, egli non trae le dovute conseguenze da questa limpida osservazione in quanto essa implicherebbe una variazione o messa in discussione dell'impianto di fondo.

Dunque, a questo stato emotivo, nonché alle possibili credenze e pratiche irrazionali favorite dalla condizione di debolezza e ansia del malato e dei familiari, si contrappone l'orientamento alla razionalità da parte del medico che continua diritta la sua strada e adempie ai compiti - insieme tecnici e sociali - che gli sono affidati.

Peraltro, egli osserva, anche il medico si può trovare esposto a situazioni di lavoro contraddittorie: in genere egli fronteggia casi abbastanza semplici e convenzionali in cui deve solo applicare le tecniche disponibili. In questi casi, gli sarà più semplice fronteggiare «la penombra di reazioni emotive dei pazienti e delle loro famiglie» (ib., p. 456), ma ci sono anche situazioni di *alta incertezza*, nonché altre in cui egli cozza con *limiti assoluti* delle tecniche disponibili. Non si riescono quindi ad evitare danni permanenti o la morte del paziente. In questi casi anche il medico è sottoposto a forti tensioni emotive che possono spingerlo ad assumere orientamenti e comportamenti divergenti (ossia non razionali). In questi casi (ma l'autore non lo precisa) sarà l'autocontrollo a prevalere o l'intervento della struttura gerarchica sanitaria e ospedaliera a riportare ordine, ritornando alle richieste sistemiche funzionali. In ultima analisi, nello schema parsoniano, le divergenze soggettive (sia dei pazienti sia dei medici) vengono ricondotte al modello ideale dei ruoli e delle funzioni che viene esplicitamente contestualizzato alla luce dei valori americani dell'epoca (1964).

Il modello elaborato da Parsons è stato a lungo apprezzato in quanto è stato uno dei primi tentativi, e il più teoricamente fondato, di sviluppo di una sociologia della medicina e di una sociologia della professione medica, ma esso è stato criticato relativamente alla concezione della salute e malattia (totalmente schiacciata sulla

concezione bio-medica), alla definizione di devianza sociale che pone in una posizione di controllo e passività il malato, allo scarso ruolo attribuito al paziente nell'incontro col medico.

Inoltre, la questione dei saperi e delle emozioni è particolarmente indicativa di una carenza di attenzione empirica alla scena della cura, ma soprattutto della mancanza di una teoria della cura. Egli sembra ridurre la cura a tecnica applicata alla biologia, non riconoscendo l'esistenza di bisogni emotivi, relazionali, conoscitivi dei pazienti e dei familiari, o meglio non attribuendo loro un significato e un rilievo teorico.

Al di là della contestualizzazione necessaria nella situazione post-bellica statunitense, è tuttavia giusto riconoscere a questo autore la capacità di considerare una prima versione di una implicita triangolazione relazionale i cui poli sono costituiti dai due attori principali e, come terzo, da una sorta di agente sociale generale (rappresentato dallo Stato o anche dall'organizzazione professionale) che detta le regole dell'interscambio. Per contro, come detto, egli sottovaluta il gioco dell'interazione situata per collocarsi ad un livello strutturale e con obiettivi definiti da specifiche funzioni generali che trascurano le esigenze psico-sociali e di benessere della persona del curato (ma, per molti aspetti, anche di quella del medico). In questo senso egli parla più di rapporti sociali fra medicina professionale e pazienti, che di relazioni aventi al centro l'interesse per la guarigione dei curati. Inoltre, egli non coglie altre presenze sulla scena della cura, come quella dei familiari (se non in termini di attesa emotiva), degli infermieri (visti, evidentemente, come prolungamento del medico), degli operatori volontari, religiosi e via dicendo.

### **3. Organizzazioni sanitarie che non curano**

Un altro tema sviluppato dalla sociologia già ai suoi esordi è stato quello dell'incuria e spersonalizzazione a cui possono andare incontro persone in condizione di debolezza e fragilità "parcheggiate" in istituzioni che, più che prendersi cura di loro, le segregano, oscurando il loro bisogno di aiuto e di dignità. In altri termini, la sociologia ha evidenziato gli effetti distruttivi per la persona e per le reti sociali di una mancanza sistematica di cure che, per paradosso, si nasconde proprio in luoghi che dovrebbero essere deputati alla cura.

Uno dei primi e più celebri saggi orientati a questo fine è stato quello di Irving Goffman, intitolato *Asylum*, apparso nel 1961 (e tradotto in italiano nel 1968). Come recita il sottotitolo italiano, si parla di "Istituzioni totali" e, in particolare, della *condizione sociale dei malati di mente e di altri internati*. In realtà, nel volume vengono affrontati almeno tre temi fra loro coordinati: a) un'analisi delle caratteristiche generali delle istituzioni totali, ossia di luoghi "di residenza e di lavoro di gruppi di persone che - tagliate fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo - si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato" (Goffman, 1961, p. 29); b) un'analisi della vita interna di un ospedale psichiatrico, raccolta attraverso un prolungato lavoro etnografico sul campo; tale analisi è preceduta da considerazioni sulla "carriera morale del malato mentale", ossia da riflessioni ed esempi di come si strutturi il percorso pre-internamento che porta alcuni soggetti ad essere coattivamente ricoverati in un ospedale psichiatrico; c) una trattazione

dei rapporti medico-paziente e, in particolare, della condizione differenziale riservata ai pazienti psichiatrici.

### ***Le istituzioni totali***

Per quanto riguarda il primo tema, l'autore osserva che esistono diverse tipologie di istituzioni "totali" o chiuse, segregate, collettive. Quelle nate per occuparsi di incapaci non pericolosi (ciechi, vecchi, orfani, indigenti); quelle che si occupano di soggetti che possono rappresentare un pericolo inintenzionale (sanatori per tubercolotici, ospedali psichiatrici, lebbrosari); quelle che vogliono proteggere la società da pericoli intenzionali (prigioni, penitenziari, campi di concentramento); quelle che hanno una funzione strumentale (furberie militari, navi, collegi, campi di lavoro, ecc.); infine i luoghi "staccati dal mondo" che servono per la preparazione dei religiosi (abbazie, monasteri, conventi, ecc.). In molte, se non tutte queste istituzioni si ha lo svolgimento comune e organizzato di tutte le funzioni vitali giornaliere. Quindi i bisogni umani sono amministrati da una macchina burocratica che organizza un efficace sistema di sorveglianza e punizione delle trasgressioni.

In tali organizzazioni, si crea, generalmente, una netta distinzione fra la massa degli "internati" amministrati e un ristretto "staff" di controllori. I primi non hanno contatti con l'esterno, mentre i secondi solitamente svolgono un lavoro con orari delimitati. Un passaggio importante è che: "Ogni gruppo tende a farsi un'immagine dell'altro secondo stereotipi limitati e ostili. [...] Lo staff tende a sentirsi superiore e a pensare di avere sempre ragione, mentre gli internati, almeno in parte, tendono a ritenersi inferiori, deboli, degni di biasimo e colpevoli" (ib., p. 37). Spesso i ricoverati non possono conoscere le decisioni prese sul loro destino.

Una volta entrato, si produce per l'internato un netto taglio col passato in un tempo relativamente breve attraverso procedure di isolamento, rituali di inserimento (come divise, procedure di ammissione, test di obbedienza e così via), espressioni di deferenza e via dicendo. Gli esempi di quest'analisi del mondo dell'internato sono tratti da un'ampia letteratura relativa a istituzioni militari, prigioni, conventi. Diversi gli esempi di spoliamento, aggressione, contaminazione a cui è sottoposto il sé degli internati, ma anche di *manipolazione* attraverso un apposito "sistema di privilegi" che ha il compito di ridefinire l'identità e le reazioni personali, adeguandole all'ambiente istituzionale. Si producono così delle trasformazioni forzose che incidono sulla considerazione di sé e sulla cultura dell'internato.

Un'analisi parallela viene svolta sul "mondo dello staff". Spesso il fine dell'istituzione è la riabilitazione dell'internato, ma di fatto questo si trova a diventare un oggetto e un prodotto dell'organizzazione. Tuttavia vi sono spesso dei parenti o responsabili legali dei pazienti che chiedono di essere informati su quello che accade e sul trattamento. Questo comporta "un costante conflitto fra l'esigenza di un livello di vita umano, da un lato, e dall'altro l'efficienza istituzionale" (ib., p. 106).

Un'altra tipologia caratteristica di problemi riguarda il fatto che gli internati possono diventare oggetto di comprensione e di affetto da parte dello staff: «La possibilità che gli internati diventino oggetto di simpatia e comprensione da parte dello staff, è legata a ciò che può definirsi una sorta di ciclo di coinvolgimento, di cui talvolta si parla nelle istituzioni totali» (ib., p. 109). Tale ciclo inizia con lo sviluppo di qualche forma di affezione da parte di alcuni membri dello staff verso qualche degente che gli fa percepire le sofferenze e i desideri di questi; tuttavia

altri membri sono ostili a tale vicinanza e marcano il pericolo che può venire da un eccessivo coinvolgimento. Spesso, quindi, si ha un ritirarsi da parte di chi è stato "scottato" ritornando ad una situazione più prudente «così che il ciclo contatto-difesa continuerà a ripetersi» (ib., p. 110).

Nel caso degli ospedali psichiatrici molti desideri e richieste di assistenza degli internati vengono scambiate come domande anomale, fuori *norma*, dovute alle condizioni psichiatriche dell'internato. Per tale ragione, la malattia non viene trattata, ma si rafforza l'opera di controllo e contenzione. Inizia quindi qui a manifestarsi il meccanismo per cui, in tali luoghi, non si pratica né la terapia né il prendersi cura, se non in misura secondaria e inadeguata.

L'analisi prosegue con la descrizione di "cerimonie istituzionali" (feste annuali, celebrazioni natalizie, spettacoli di beneficenza, giornalini, terapie di gruppo, ecc.) che hanno il compito di premiare alcuni internati, dare una buona immagine esterna dell'istituzione, attenuare le tensioni interne, rappresentare un mondo comune: «Queste pratiche cerimoniali si adattano bene all'analisi di Durkheim: una comunità profondamente separata in internati e staff, può, attraverso queste cerimonie, mantenersi unita» (ib. p. 135).

Nelle conclusioni di questa prima parte, Goffman riflette sulle differenze interne allo staff, in particolare fra dirigenti, personale qualificato - in particolare psichiatri - e personale intermedio - ossia infermieri e altri addetti. Lo fa, tra l'altro, citando un passaggio di G. Bateson dove afferma: «La funzione dell'elemento intermedio è essenzialmente quella di istruire e disciplinare il terzo elemento, nei modi di comportamento che dovrebbe adottare nei rapporti con il primo. La bambinaia insegna al bambino come comportarsi coi genitori, così come il sottufficiale insegna al soldato semplice come comportarsi con gli ufficiali» (Bateson, 1953, p. 372, cit. in Goffman, 1961, p. 142). Egli nota altresì come queste differenziazioni siano tradizionalmente molto meno nette nei conventi in quanto le "Regole" impongono dei modelli molto più paritari e non definitivi di gerarchia.

In questo primo passaggio, dunque, l'autore definisce una sorta di modello di funzionamento capace di guidarlo nell'indagine osservativa e interpretativa. Come si è visto, egli evidenzia come la dimensione "drammaturgica" della vita in tali istituzioni, messa in campo dallo staff, si adegui agli "scopi societari" per cui tali istituzioni sono state create, in particolare quelli di disciplinamento e controllo. In tal modo, altri obiettivi, in particolare quelli educativi, di cura, di riabilitazione ufficialmente dichiarati, non vengono adeguatamente perseguiti e quindi quasi mai raggiunti.

### ***La carriera morale del malato e la vita nell'ospedale psichiatrico***

Il secondo momento dell'analisi goffmaniana inizia affrontando la fase preparatoria di quella dell'internamento. Egli utilizza qui il concetto di "carriera morale" del malato mentale, intendendo con ciò il percorso di episodi e interventi degli attori co-implicati che comporta, da un lato, dei cambiamenti dell'immagine di sé e dell'identità, dall'altro, il definirsi della sua posizione ufficiale, giuridica, istituzionale: «Un tale concetto permette di passare dal personale al pubblico e viceversa, senza dover ricorrere, per la raccolta dei dati, all'immagine di sé che ogni persona si costruisce» (ib. p. 153).

La carriera può iniziare da una sorta di percezione di sé come "fuori controllo", ma molto più spesso parte da un "atto di trasgressione" non più tollerato che avvia



una serie di reazioni da parte di datori di lavoro, familiari o enti preposti. La "persona di fiducia" ha un ruolo chiave, dato che la visita psichiatrica che porta all'internamento può essere organizzata ad insaputa del soggetto indiziato e questo lo porta ad elaborare sentimenti di tradimento e abbandono, in particolare nel momento di cui le diagnosi vengono ufficializzate in vari passaggi pubblici. A tale esito contribuiscono diversi soggetti che hanno dei ruoli di *accusatori e mediatori*. Nella fase di degenza ciò continuerà a lungo ad avere un impatto negli incontri in parlatorio e in altri momenti sociali, ma soprattutto negli stati d'animo generali del paziente.

Si possono vedere in tale analisi diversi elementi di una visione reticolare che era stata interpretata nello stesso periodo da G. Bateson et al. (1956) in termini sistemico-comunicativi, con la definizione del "doppio legame" che interviene in situazioni come le sindromi schizofreniche, le dipendenze alcoliche e simili.

Tale analisi, condotta soprattutto dal lato del paziente internato, prosegue considerando la "vita sotterranea" che si sviluppa nell'ospedale psichiatrico indagato (il St. Elizabeths di Washington). Goffman interpreta molte delle osservazioni empiriche che egli fa negli ambienti ospedalieri come "adattamenti secondari" degli ospiti, ossia azioni informali, non disciplinate, implicitamente trasgressive rispetto alle rigide regole dell'organizzazione quotidiana e dei regolamenti istituzionali che sono agite per poter rendere vivibile la situazione. Egli registra, ad esempio, l'uso di oggetti per fini non previsti e anche le pratiche per procurarsi maggiore cibo o altri piccoli servizi, per cui afferma: «Per poter lavorare un sistema in modo efficace bisogna conoscerlo intimamente, ed era facile vedere questo tipo di conoscenza messo in opera nell'ospedale» (Goffman, 1961, p. 234). Anche l'uso delle terapie (di gruppo, di danza e psicodramma) viene talvolta utilizzato dai ricoverati per poter avere degli "attestati", socializzare, uscire dalla routine.

L'analisi prosegue poi con un racconto di come i luoghi vengono vissuti dagli internati. Vi sono *spazi di sorveglianza*, dove il paziente può essere soggetto a sanzioni, ma anche *luoghi liberi, territori di gruppo e personali* in cui può sottrarsi momentaneamente al controllo. La privazione di oggetti simbolici e aree personali, in cui manifestare un'autonomia del sé e una protezione rispetto all'invasività collettiva, perseguita dall'istituzione, viene aggirata, in parte, attraverso la creazione di nascondigli e sistemi di trasporto informali degli oggetti personali. L'uso della comunicazione non verbale, di quella verbale e di quella formale è altresì analizzato con dovizia di esempi (alcuni dei quali, tuttavia, tratti dalla letteratura già utilizzata in precedenza).

Un'altra pista seguita dall'osservatore partecipante è stata quella dei piccoli scambi monetari, prestazionali e di mezzi di scambio (come le sigarette) rivelatori della struttura sociale minuta fra pazienti e col personale. Inoltre quella delle relazioni amicali e "di protezione" che si sviluppano fra i ricoverati e, in alcuni casi, col personale.

Nelle conclusioni l'autore osserva che questo studio evidenzia i modi attraverso cui le persone, in ambienti così scarnificati, cercano di sopravvivere, in particolare preservare parti essenziali del sé, che vengono sempre più messe a rischio nei reparti "peggiori" dove la pressione istituzionale diventa intollerabile. Secondo Goffman, non si tratta solo o tanto di "meccanismi di difesa" ma di necessaria e normale espressione del sé: «Le tecniche per preservare le riserve del sé dalla morsa dell'istituzione, sono evidenti negli ospedali psichiatrici e nelle carceri, ma

possono essere individuate [anche] in istituzioni più benigne e meno totalizzanti. Voglio dire che queste resistenze non sono un casuale meccanismo di difesa, quanto piuttosto un elemento costitutivo, essenziale del sé» (ib., p. 335).

In istituzioni centrate sul controllo e il contenimento, la scelta dell'autore è mostrare quelle parti che sfuggono e che manifestano un'altra faccia dell'internato, assolutamente divergente rispetto a quella dipinta dallo staff. Più che seguire le relazioni dirette fra i gruppi principali che operano nell'ambiente ospedaliero esaminato, il ricercatore evidenzia aspetti latenti e nascosti in cui la resilienza dell'internato rispetto all'annullamento del sé emerge dai gesti piuttosto che attraverso verbalizzazioni.

### ***La relazione di servizio e il trattamento psichiatrico***

Ad oltre cinquant'anni di distanza dalla sua redazione ci si può chiedere se questa opera, così importante per gli effetti e le riflessioni che ha innescato<sup>11</sup>, sarebbe stata diversa se avesse inglobato una teoria di cura e dei rapporti di cura, ossia se avrebbe potuto opporre aspetti costruttivi della soggettività operanti nell'organizzazione studiata ad altri che operavano in senso opposto. La domanda ha senso soprattutto per noi oggi e in particolare laddove ci si trovi ad analizzare ambienti meno estremi, come normali reparti ospedalieri, centri riabilitativi, relazioni medico-paziente nelle situazioni di cura primaria. Evidentemente lo scopo principale del ricercatore era quello di evidenziare gli aspetti critici delle istituzioni totali che venivano accettati come necessari e dovuti nell'immaginario collettivo e mettevano in secondo piano tutto il resto. Il suggerimento "politico" implicito dell'opera era quello di un radicale cambiamento di rotta, dato che nelle istituzioni totali burocratizzate e fortemente gerarchizzate non si riesce e non si può parlare né di cure (terapia) né di care (prendersi cura).

Questo messaggio è chiaro esaminando la parte finale del saggio, dedicata, come detto, all'analisi dei rapporti medico-paziente in generale e, nel caso specifico, del servizio psichiatrico ospedaliero. In tale parte (meno conosciuta e valorizzata), intitolata "Il modello medico e il ricovero psichiatrico. Note sul lavoro di «riparazione»", Goffman illustra una sua analisi dei rapporti medico-paziente più diffusi (si potrebbe dire, una specie di lettura parallela a quella di Parsons) per evidenziare come, nel caso psichiatrico, si crei una netta divaricazione che non permette di applicare adeguatamente tale modello.

Egli inquadra i medici nella categoria dei *prestatori di servizi personali*, in particolare essi sono dei *tecnici della riparazione del corpo*. Il medico ha due punti di riferimento: il cliente e l'oggetto da riparare. Il professionista deve tenere separate queste due entità e dare a ciascuna il dovuto. Negli scambi verbali fra le due parti intervengono aspetti di *informazione tecnica*, di *scambio contrattuale*, nonché *aspetti comunicativi* (di cortesia, affabilità, deferenza e così via). Il

---

<sup>11</sup> Com'è noto, quest'opera ha ispirato film celebri come "Qualcuno volò sul nido del cuculo" (diretto da M. Forman e interpretato da J. Nicholson), uscito nel 1975, e soprattutto è stata un riferimento molto convincente per i movimenti di riforma degli ordinamenti e delle pratiche psichiatriche in tutto il mondo. In questo senso, la traduzione in Italia a cura di Franco e Franca Basaglia, iniziatori della riforma negli Ospedali Psichiatrici italiani, ha avuto un impatto significativo sia pratico sia culturale e teorico nel nostro Paese e in Europa. In prospettiva più ampia, il volume ha avuto un ruolo rilevante nell'indicare strade di de-istituzionalizzazione rispetto a istituzioni totali operanti in vari campi, da quelli dell'infanzia ed educativi a quelli sanitari, per anziani e disabili.

paziente può contribuire, pur da inesperto, alla diagnosi del medico, ma ancor più all'intero "ciclo di riparazione".

Tuttavia con la crescita dell'attività di laboratorio condotta in ambienti specializzati il soggetto si trova a dover essere "ospite" del medico, ossia ricoverato in ospedale. Non può lasciare il corpo da riparare e andarsene, ma deve seguire le procedure dettate dalle esigenze tecniche. Molte ansie, da ambedue le parti, nascono dal valore molto alto che il corpo ha per il cliente, dall'esigenza di istituire una fiducia reciproca, nonché dal fatto che nel ricovero le dimensioni soggettive vengono tacitate (anestesia e trattamento impersonale). Anche Goffman, come già Parsons, nota che «il fatto di simpatizzare con il paziente, può sottoporre i medici ad una tensione emotiva quando non sanno ciò che non va e ciò che potrebbe essere fatto per lui, o quando sanno che si può fare ben poco e devono comunicarlo alla persona» (ib., p. 356).

Nelle situazioni di tipo psichiatrico muta radicalmente il rapporto usuale fra cliente, oggetto e chi presta il servizio. Non si va liberamente dallo psichiatra, la figura sociale di paziente non viene da questi riconosciuta, ma viene assimilata ad oggetto di trattamento. Per quanto l'apparato formale dell'ospedale psichiatrico sia medicalizzato, esso non riesce a liberarsi della dimensione custodialistica, che fa agio su quella di trattamento. Il risentimento per il ricovero coatto sviluppato dal malato si sposta facilmente dal familiare al medico, soprattutto quando questo non si presenta come terapeuta, ma come medico di reparto percepito come sovrintendente all'ordine coattivo del reparto stesso. In tal mondo non si crea un legame fiduciario fra terapeuta e paziente.

Non solo, ma chi è stato in ospedale viene etichettato come incurabile: «Una volta risulti che egli è stato in ospedale psichiatrico, la maggior parte del pubblico, sia formalmente - in termini di riduzione di impiego - sia informalmente - in termini del trattamento quotidiano generale - lo considera una persona da respingere; gli mette addosso uno stigma» (ib., p. 370). Difficilmente dunque, alla fine del percorso, si avrà una "riparazione" simile a quella che il normale rapporto medico-di servizio promette. Allora le dimissioni possono non arrivare mai, ma, anche se si verificano, continua la diffidenza e l'etichettamento dell'ex-degente.

Goffman analizza dunque la relazione medico-paziente come quella di un tecnico che istituisce un rapporto di servizio con il cliente. Il modello è quello libero professionale di tipo contrattuale. Col soggetto possono esserci scambi comunicativi e un suo riconoscimento, ma questo è messo a rischio allorché la "riparazione" avviene in ambiente ospedaliero dove prevale la dimensione prettamente tecnica, non attenuata da un "prendersi cura" condotto da apposite figure, anzi potenzialmente aggravata dalle possibili dinamiche istituzionalizzanti tipiche delle grandi organizzazioni. In ogni caso, questo modello, che pur presenta qualche margine di libertà di scelta e comportamento per la persona che chiede aiuto, non riesce ad essere attuato nel caso dell'ospedalizzazione psichiatrica che attiva altre dinamiche, scarsamente efficaci in termini di "riparazione" e conseguente restituzione del soggetto al suo ambiente di provenienza. La dimensione sociale della malattia (*sickness*) rimane come stigma permanente che influisce sui futuri corsi di vita.

#### 4. Dalla sociologia medica alla sociologia della cura

##### *Distinzioni fra punti di vista*

Le analisi di Parsons e Goffman sono rappresentative dei principali indirizzi della sociologia medica e sanitaria degli esordi: quello struttural-funzionalista e quello fenomenologico-etnografico. Il primo approccio vede la salute come funzionale alle esigenze societarie, il secondo alla formazione del sé soggettivo. Nel primo caso, la strutturazione dei rapporti fra mondo medico e cittadini pazienti è strettamente dipendente dalle esigenze e regole societarie che, a loro volta, esprimono i valori di fondo della cultura di appartenenza. Nel secondo, le regole sembrano più negoziate secondo la logica dei rapporti di servizio. L'asimmetria si accentua, tuttavia, dove prevale l'aspetto tecnico-operativo, come in ospedale, a discapito della dimensione contrattuale.

Nel caso dell'ospedale psichiatrico, gli scopi di difesa societaria, rigidamente interpretati, producono una dinamica relazionale che lascia limitati spazi di autonomia agli internati. Ciò nonostante, vi è una resistenza del soggetto che si manifesta perlopiù informalmente. Goffman inaugura così una letteratura sociale giocata intorno al punto di vista del paziente, messo in luce dal ricercatore o portata allo scoperto attraverso le *illness narratives* redatte dai pazienti, del tipo quella dell'ex-schizofrenico Perceval di cui parlerà G. Bateson in quegli stessi anni (1961).

L'indagine sociologica arriva quindi a distinguere l'ottica del malato da quella medico (*illness vs disease: Mechanic, 1972*), ma anche da quella delle rappresentazioni societarie delle malattie (*sickness*), spesso cariche di pregiudizi ma anche di interpretazioni romantiche, come nel caso della tubercolosi letta come "malattia dell'anima" nel corso dell'ottocento, come ha messo in luce la Sontag (1977).

Goffman è anche all'origine di una *sociologia critica*, che sarà proseguita da Foucault (1963), da Illich (1976) e da molti altri, che intende evidenziare il ruolo discriminante, pedagogico, autoritario che può essere giocato dagli interventi sanitari con implicite ricadute sociali.

Il tema della cura, all'interno di questi tre filoni sociologici, compare solo indirettamente in versione tecnico-riparativa oppure come mancanza. La presenza di sentimenti e coinvolgimenti reciproci delle due parti è vista come uno spiacevole incidente di percorso che viene ad interferire con la razionalità burocratica, diagnostica, contrattuale e operativa. La dialettica fra gli attori è piuttosto statica e bloccata e comunque del tutto secondaria agli imperativi societari.

##### *Movimenti sociali e questione del "chi cura?"*

Nel decennio successivo, gli approcci fenomenologici sviluppano il tema dei *saperi profani* dei pazienti (Apple, 1960; Idler, 1979), delle "provincie finite di significato" che la malattia assume ai loro occhi (Schutz, 1960), dei corsi di vita in cui l'evento malattia può avere un ruolo di svolta (Elder, 1985), del ruolo dei familiari e caregiver nella dialettica con le professioni sanitarie, mentre, da parte loro, gli approcci funzionalisti si dedicano al tema delle professioni, in particolare distinguendo fra quella medica (Freidson, 1970) e quelle sanitarie, che passano da una *fase semi o pre-professionale* (Etzioni, 1969) ad una professionale (Tousijn, 2000).

Un passaggio importante nell'analisi dei processi che investono il mondo sanitario arriva dalla considerazione delle ricadute politico-culturali connesse coi movimenti sociali degli anni '60 e '70. I movimenti per l'eguaglianza portano ad interventi di riforma dei sistemi sanitari orientati a sviluppare diritti universalistici di accesso e forme partecipative di gestione da parte dei cittadini; parallelamente, i movimenti delle donne, del self-help, del terzo settore, della sanità pubblica evidenziano il ruolo di molti attori sociali che contribuiscono informalmente alla salute e benessere. In questo senso si comincia a parlare di *Total Health Care System* (Fry, 1973; Froland, 1980) costituito dalla integrazione fra parti formali e parti informali dei sistemi di cura. Fra queste ultime, le nuove famiglie paritarie che si formano in quegli anni, le esperienze di *self-help* e *self-care*, le iniziative femministe di emancipazione della figura femminile da una medicina scarsamente attenta al genere, le nuove forme di partecipazione civica e di volontariato.

In questi anni viene quindi posta all'attenzione la domanda su "chi cura?", non dando per scontato che sia solo il settore medico a farlo: vi è un *mondo nascosto* che partecipa dando un proprio contributo che va portato in luce (Levin e Idler, 1981).

A tale riscoperta contribuiscono diversi filoni di riflessione centrati sulla vita quotidiana e sull'analisi di genere: s'intrecciano qui letture ispirate al *paradigma lavorista* con quelle più propriamente *di genere*. La premessa comune è quella di evidenziare la componente lavorativa nascosta nelle attività domestiche e il contributo fornito dal lavoro familiare ai circuiti di produzione, consumo, riproduzione sociale (Ingrosso, 1978). Passando da una situazione di solo lavoro domestico a quella di "doppio lavoro" della donna si apre un problema pressante di riconoscimento, riequilibrio fra i sessi e passaggio ad una nuova divisione del lavoro coi servizi (Balbo e Bianchi, 1982).

I tempi della cura devono ottenere un adeguato riconoscimento sociale (Balbo, 1987) e portare a nuovi equilibri fra produzione e vita familiare, fra servizi e lavoro domestico, fra impegni maschili e quelli femminili.

Sono anche anni in cui cresce la presenza lavorativa delle donne, soprattutto nei servizi sociali, educativi, sanitari. Diversi ricercatori/ricercatrici iniziano a sottolineare le capacità delle donne maturate nel lavoro di cura familiare, mettendo l'accento sui temi della diseguaglianza nel campo lavorativo, ossia di una persistente differenziazione di potere, prestigio e reddito che mantiene una società strutturalmente maschio-centrica. La cura viene quindi vista come un *lavoro non pagato* che si sviluppa nello spazio domestico, che è lasciato in carico alle donne in quanto negletta e poco valorizzata. Allorché diventa attività assistenziale nei servizi da parte di operatori, la cura (capacità di prendersi cura) viene sottovalutata e non valorizzata.

È quindi soprattutto il soggetto femminile che viene associato al "prendersi cura" nei vari ambienti in cui agisce. La sua soggettività richiede una rivalutazione e migliore ripartizione di questa attività lavorativa che si svolge sia nell'ambito domestico sia in quello dei servizi di welfare.

In sintesi, nel corso dei due decenni successivi agli anni sessanta si sviluppano nuovi interessi intorno ai "nuovi attori" che intervengono nei processi di cura e nella riproduzione quotidiana. Si tratta di forme e modalità di cura diverse da quelle vigenti nel mondo socio-sanitario (che la sociologia precedente aveva in parte codificato e in parte criticato).

Esperienze come quella dei *self-help group* evidenziano la possibilità di una cura autogestita e tendenzialmente paritaria, nonché di saperi che vengono dal vivere la situazione e dal mettersi insieme. Il mondo del volontariato-terzo settore evidenzia la possibilità di organizzare servizi basandosi su relazioni di condivisione e di dono. L'ambito familiare dimostra una sua vitalità e relativa autonomia anche nella gestione dei soggetti che hanno bisogno di aiuto e cura (bambini, anziani, disabili) (v. ad esempio: Grunow, 1985).

Molte donne si dimostrano desiderose di uscire da rapporti comunicativi inadeguati e asimmetrici in campo sociale e in campo sanitario (Pizzini, 1990), ma anche di dare importanti contributi nel lavoro nei servizi. È dunque da queste analisi che si avvia una sociologia della cura che, partendo dalle attività informali, nascoste, autogestite, si propone di ripensare le politiche e le modalità d'azione del complesso socio-sanitario in via di crescita e riforma in quegli anni.

## 5. Promozione e cura della salute

Ai movimenti degli anni sessanta-settanta se ne aggiungono altri nel corso dei due decenni successivi, in particolare quelli legati all'ambiente urbano, all'ecologia, alla qualità della vita che propongono nuove problematiche e prospettive. Si assiste ad un progressivo, ma accelerato cambiamento di mentalità relativamente alla salute. Da una concezione statica e in negativo si passa ad una concezione più attiva e in divenire (Ingrosso, 1994c). Già la Herzlich (1969) aveva evidenziato l'apparire di una concezione del "fare" (o investire) che si faceva largo in Francia nel corso degli anni sessanta. Più tardi anche in altri Paesi occidentali si manifesterà questo mutamento di comportamenti e valori del pubblico sempre più interessato a sviluppare comportamenti attivi favorevoli alla salute, ma anche a richiedere un diverso atteggiamento dei servizi sanitari (Censis, 1989).

Sul piano istituzionale, queste nuove attese ed esigenze porteranno allo sviluppo di politiche di "promozione della salute" (Who, 1986) da sviluppare con tutti gli attori sociali disponibili, soprattutto nelle "città sane" e negli altri ambienti di vita quotidiana (case, scuole, luoghi di tempo libero, terme, ospedali, ecc.). L'obiettivo è quello di contenere i nuovi rischi che continuano ad espandersi nel mondo sviluppato, ma soprattutto di avviare nuovi orientamenti pratici e culturali, tanto a livello micro quanto in quello macro, capaci di diffondere ambienti e stili di vita sani, molto più protettivi e favorevoli alla salute di quelli tardo-industriali. Un piano ambizioso e lungimirante, ma che incontra ostacoli di recepimento tanto in ambito sociale quanto in quello sanitario.

All'interno del pensiero sociologico questa nuova fase sociale porta ad un rinnovamento epistemologico e concettuale significativo. Le teorie salutogenetiche di A. Antonowski (1979; 1987), il pensiero relazionale ed ecosistemico avviato da G. Bateson (1972, 1979), la prospettiva della complessità sostenuta da E. Morin (1985), la "matrice a quadrilatero" di A. Ardigò (1981) e altri contributi concettuali indicano la necessità di un nuovo quadro combinatorio fra fattori biologici, psicologici, sociali ed ecologici entro cui situare la nascente *sociologia della salute*. L'approccio biomedico definisce solo una delle mappe possibili, quella più legittimata e strutturata socialmente, mentre crescono altre esperienze che partono da altri punti di vista e mappe concettuali. Da una concezione culturale unitaria della salute-malattia (come quella ipotizzata da Parsons) si passa a varie prospettive

coesistenti, tipiche di una società pluralista e post-moderna, rappresentabili in un "esagono della salute" (Ingrosso, 2000; 2001).

In questo nuovo quadro, la "cura di sé" e i "saperi pratici quotidiani" assumono nuovi compiti e prospettive: essi non intervengono solo nelle situazioni di malattia, con forme di *coping* particolarmente utili nella *long term care*, ma anche nell'educazione giovanile e formazione nel corso della vita, nel mantenimento quotidiano del benessere, nella promozione della salute, nell'utilizzo delle risorse formali e informali presenti nell'ambiente urbano, nell'aggiornamento attraverso i mezzi di comunicazione, nell'affrontare i "piccoli mali", nelle trasformazioni biografiche - sempre meno prevedibili - che richiedono capacità di adattamento attivo. Si può parlare dunque di una *cura della salute* in tutte le sue fasi, manifestazioni, trasformazioni.

La salute si manifesta come sempre più dinamica e imprevedibile per il singolo, ma anche nelle manifestazioni collettive, in particolare in una società che presenta nuovi rischi ambientali e sociali (Beck, 1986), per cui essa va affrontata con un nuovo atteggiamento, ma anche con nuove risorse a cui le politiche e i servizi dovrebbero provvedere.

La prospettiva di una transizione rilevante ma governabile dei sistemi sociali e dei sistemi sanitari (Ardigò, 1980) è tuttavia messa in crisi dal procedere della globalizzazione che modifica profondamente gli assetti economici delle diverse entità nazionali, dall'univocità del pensiero neoliberista che si diffonde in campo politico ma anche nella mentalità diffusa, dal prodursi di una cultura popolare edonista e tecno-nihilista, di cui si è parlato nel primo capitolo.

Di fronte alla prospettiva di nuovi necessari investimenti sociali per la salute, il benessere e la qualità della vita, il nuovo quadro globalizzato ha dato risposte riduttive e incoerenti. A fronte dell'esigenza di maggiore integrazione nei sistemi sanitari e di cura si sono affermati interventi di stampo economicistico che hanno prodotto azioni più frammentate e delimitate. Per contro non sono certo diminuite le esigenze di cura: i nuovi rischi si sono, in parte, sommati ai vecchi, la vita media è aumentata, seppur con una qualità non sempre adeguata, le nuove esigenze ambientali hanno prodotto allarmi non facilmente affrontabili, le richieste e attese di *wellness* (vita sana) hanno continuato a persistere, pur con molti limiti e contrasti. Vediamo quindi gli ulteriori sviluppi della sociologia della cura nel corso degli anni novanta e nel primo decennio degli anni duemila.

## **6. La cura multidimensionale**

### ***Il lavoro professionale nei servizi***

A partire all'incirca dagli anni '90 il dibattito sulla cura in ambito sociologico ha parzialmente dismesso la centratura sul lavoro non pagato della donna per concentrarsi piuttosto sul lavoro di servizio svolto in organizzazioni dedicate. Si trattava qui di un semplice (si fa per dire!) trasferimento di "qualità femminili" nei nuovi lavori o piuttosto di una nuova problematica?

Da un punto di vista empirico si può notare che anche molti uomini lavorano nei servizi e non è affatto detto che il loro approccio sia esclusivamente tecnico. Per contro si constata spesso una perdita di "qualità di cura" anche nelle donne allorché diventano operatrici dei servizi. Per quanto quindi gli aspetti generali e specifici

della socializzazione di gender siano rilevanti, e possano marcare specifici stili di lavoro e di vita, essi non definiscono una volta per tutte le dimensioni e le qualità della cura, così come non sono un argine al possibile degrado di questa. Si può piuttosto affermare che tutti gli essere umani hanno le potenzialità di prendersi cura degli altri: la capacità di curare appartiene all'essere umano sia uomo sia donna in modi simili e insieme differenziati. La divisione del lavoro fra i sessi e nelle organizzazioni specializzate ha sicuramente creato diverse tradizioni e sviluppato attitudini, che tuttavia possono essere riformulate e riapprese se gli orientamenti e le condizioni di vita contemporanee lo richiedono e le perseguono.

Allo stesso modo, si può sostenere che le professioni e le organizzazioni di servizio possono essere arricchite di tutte le componenti necessarie per far sì che la cura sia efficace e soddisfacente. Il curare riguarda, in primo luogo, il soddisfare diversi bisogni e fattori costitutivi dell'essere umano, ma ciò non è semplicemente funzionale: deve avvenire, in molti casi, *con lui e tramite lui stesso*. Un certo modo "qualitativo" di curare è necessario non tanto per "ragioni umanitarie", ma piuttosto perché senza certe caratteristiche relazionali anche le tecniche sono meno efficaci e lasciano scoperte esigenze imprescindibili dell'essere umano, a partire dal bisogno di essere coinvolto nella *propria* cura. In altre parole, somministrare terapie senza pensare all'equilibrio emotivo e al benessere del malato è monco e contraddittorio, ma lo stesso si può dire dell'approntamento di un buon comfort ambientale senza una passione indefessa per soddisfare le esigenze di guarigione, di superamento del dolore, di restituzione del curato, nelle migliori condizioni possibili, ai percorsi personali di vita.

Il caso del medico è emblematico di questa duplicità che tende a divaricarsi piuttosto che ad integrarsi col procedere della modernità e della tecnica. Il medico di famiglia o di base o di "medicina generale", che ha relazioni più continuative coi pazienti è ritenuto assommare i due campi, ma esso ha anche vissuto una lunga crisi di fronte all'avanzante medicina specialistica e ospedaliera. Quest'ultima da tempo è stata assimilata ad una professione tecnica che lascia poco spazio alle relazioni di cura. In questo senso molti studiosi della cura l'hanno posta al di fuori della *care*.

I medici tuttavia rientrano dentro settori che socialmente sono abilitati alla "presa in carico", ossia ad interventi che mobilitano esigenze profonde e vitali del paziente che vi si affida. A ben vedere, quindi, vi sono aspetti e modi di *care* insiti in tutta la pratica medica e sanitaria, ove la relazione influisce fortemente - lo si voglia o no - nella pratica tecnica e nei suoi esiti. Se poi vediamo il tema in prospettiva storica, come abbiamo fatto nel capitolo due, allora risulta evidente che l'impovertimento o la tecnicizzazione della relazione di cura dipende da orientamenti che si sono imposti e non è intrinseca all'atto medico. La figura medica e tutte quelle sanitarie vanno quindi incluse in una prospettiva di cura (intesa come *care*), tanto più che oggi si lavora sempre più all'interno di sistemi ed ecologie di caring composite (e talvolta integrate) in cui benessere e terapia vanno prodotti congiuntamente e, possibilmente, *co-prodotti* col paziente.

A questa visione, in ambito sociologico, era arrivato molto presto Alberto Melucci, che aveva saputo unire una profonda attenzione per il corpo e per la cura del "pianeta interno" (Melucci, 1991) ad una proposta rivolta alla medicina di non colludere col mito di guarigione. Melucci proponeva la possibilità per il mondo sanitario di assumersi la responsabilità del *prendersi cura* attraverso una relazione insieme attiva e di ascolto verso il paziente (Melucci, 1994). È quindi possibile, per



questo autore, fare il salto, anche nelle relazioni terapeutiche, da una professionalità puramente tecnica ad un abbinamento di *care & cure* strettamente sinergico, come egli aveva cercato di attuare nelle sue pratiche formative rivolte al personale in servizio (Ingrosso, 2010b).

### ***Analisi di scenario***

Fatta questa premessa, come la sociologia ha ulteriormente ragionato sulla cura? In primo luogo cercando di definire le caratteristiche del "lavoro di cura" nei servizi, inoltre analizzando la distribuzione del lavoro fra famiglia, servizi pubblici, terzo settore e mercato: da ciò emerge la compresenza di diversi attori, modi e forme di cura.

Per cogliere questa compresenza Carol Thomas (1993) propone uno schema multidimensionale. L'autrice sottolinea come la cura sia diventata un importante concetto della ricerca sociologica nell'ultima decade. Tuttavia esso non ha ancora ricevuto una definizione condivisa, tanto che in alcuni paesi esso comprende solo i servizi per gli anziani, in altri quelli per i bambini; in alcuni casi solo il lavoro non pagato, in altri anche quello retribuito. Anche lo statuto epistemologico del termine è incerto. Ella svolge quindi un lavoro di decostruzione del concetto e di comparazione fra alcuni autori. La Thomas ritiene che la concettualizzazione che proviene da diversi filoni femministi sia insufficiente e si propone di sviluppare una nuova interpretazione più ampia e inclusiva. Lo fa attraverso l'individuazione di sette dimensioni empiriche che sono associate alla cura che dovrebbero fare da ponte fra aree di cura diverse e spesso viste come contrapposte. Tali dimensioni sono indicate in:

- identità sociale di chi cura;
- identità sociale di chi riceve cure;
- relazione interpersonale fra chi cura e chi riceve cure;
- natura della cura;
- ambito sociale in cui è collocata la relazione di cura;
- carattere economico della relazione di cura;
- luogo della cura.

Tale elenco ha più una natura metodologica che concettuale: permette di assommare diverse notizie per comporre un quadro. La cura si può svolgere secondo diverse modalità economiche e contestuali. Risalta però nell'elenco la questione della relazione di cura e del suo contesto che viene ad affiancare la dimensione lavorativa.

L'indicazione della multidimensionalità del quadro di cura proposta della Thomas è stata discussa e utilizzata da diversi autori. In Italia è stata ripresa, pochi anni dopo, da G. Colombo (1995) per affrontare la questione del lavoro di cura, in termini di competenze dell'operatore. Ci si riferisce a figure come educatrici dei nidi, infermieri, medici, operatori socio-sanitari e così via. Il loro lavoro comprende una dimensione pratica e materiale, una dimensione organizzativa, una dimensione emotiva: «La definizione del 'lavoro di cura' è problematica poiché non solo il concetto di cura è evocativo di complessi significati, densi di valori e simboli, ma anche perché è riferito ad una molteplicità di azioni e di conoscenze destinate a favorire il sostegno, l'aiuto, l'accompagnamento di persone in una fase di crescita o di persone divenute fragili nel corpo e nelle relazioni con gli altri, o

temporaneamente limitate nella loro autonomia e indipendenza nella vita quotidiana» (ib., p. 14).

Nell'esaminare le varie categorie proposte dalla Thomas, la Colombo rimarca che «Il lavoro di cura appare, nella nostra cultura e nella nostra società, come un'espressione del femminile» (ib., p. 16) anche se è empiricamente vero che sia in famiglia sia soprattutto nelle professioni gli uomini svolgono lavoro di cura. Le identità di chi riceve cure vanno da persone dipendenti ad altre autosufficienti e in crescita. Esse hanno, in genere, diritti di aiuto, ma in pratica si possono creare contrapposizioni con i diritti dei lavoratori.

Sul piano relazionale vi sono diverse incertezze di comportamento da una parte e dall'altra: « ... è come se si dovesse ancora mettere a punto una modalità relazionale entro cui si possa esprimere fiducia e affidamento, da parte di chi riceve cure, e contemporaneamente personalizzazione e misura del coinvolgimento, da parte di chi dà cure» (ib., p. 17). Inoltre sullo stesso soggetto ricorrono diversi tipi di relazioni di cura (familiari, amicali, professionali, ecc.): «Tutto ciò comporta che tipi di relazioni di cura differenti possono essere compresenti in un reticolo destinato ad un unico soggetto» (idem). I contenuti della cura sono vari, corrispondendo alle diverse dimensioni di cui sopra. Gli ambiti e il carattere economico riguardano sostanzialmente le due tipologie del pagato e del non pagato, del domestico e del professionale, mentre i luoghi sono diversificati, in particolare rispetto alla tipologia di servizi disponibili.

Nelle conclusioni l'autrice evidenzia i compiti di sviluppo che dovrebbero essere a carico del sistema organizzativo dei servizi, relativamente alle identità degli operatori e anche ai diritti soggettivi di chi viene curato.

A distanza di qualche anno ho ripreso l'analisi della Colombo per rimarcare delle differenze nel frattempo intervenute (Ingrosso, 2008b). In particolare, rispetto al tema dell'identità di chi cura, sottolineavo che, sul piano empirico, la cura è svolta in maggioranza dalla donna, ma nel frattempo l'immaginario e la socializzazione di genere è molto cambiata, al punto che si potrebbe provocatoriamente sostenere che "la cura è orfana". L'orientamento edonistico diffuso, che non ha certo risparmiato le giovani donne, ha molto spostato l'interesse su temi riguardanti la libertà personale, da salvaguardare rispetto a pesi troppo gravosi, e la presentazione sociale di sé. Anche la pratica del badantato e simili presenta aspetti di presa di distanza che non sono stati ancora pienamente valutati. Ciò è sintomo di una crisi culturale in atto.

In campo professionale si assiste ad un «pluralismo asimmetrico dominato dalle figure mediche» (ib., p. 221) che sono piuttosto resistenti e poco preparate ad una visione pluralistica e cooperativa del sistema di cura. Vi è dunque un importante lavoro da fare sia sulle diverse professioni sia sulla cooperazione interprofessionale.

Relativamente al punto di "chi riceve cure", data la crescita dell'età media e la diversificazione delle situazioni, sottolineavo l'esigenza di andare al di là della assistenza e accudimento per ragionare anche i situazioni di promozione della salute e qualità della vita; inoltre, è necessario tenere conto delle nuove situazioni rappresentate da chi non può valersi di supporti familiari: come affrontarle sul piano etico e organizzativo?

Circa le "relazioni di cura", rimarcavo la necessità di un forte ripensamento delle "democrazia degli affetti" (Fornari, 1976; 1980) tanto in ambito familiare, quanto in campo lavorativo. Si apre una precisa problematica per un'educazione agli

affetti da fare sul piano esperienziale lungo il percorso lavorativo.

Sul piano dei "contenuti", accertata la suddivisione di aree e profili, andava superata una classificazione tipologica delle mansioni di cura al fine di migliorare l'efficacia e avere professionalità che s'interfacciavano. La recente organizzazione del lavoro nei servizi socio-sanitari (compresi quelli forniti dalle cooperative e imprese sociali), sempre più basata su compiti standardizzati e parzializzati affidati al migliore offerente in termini di costi, costituisce un grosso problema in termini di qualità e significato dei lavori di cura.

Circa "l'ambito della cura", si segnalava la rilevanza di una nuova dimensione dei servizi che si svolgono in ambito domestico (come *l'Assistenza Domiciliare Integrata*). Questa tipologia necessita di una diversa preparazione degli operatori ma anche di investimenti nei luoghi della domiciliarità assistita e nella formazione dei care-giver e delle assistenti familiari (oggi "badanti").

Da questa analisi emergeva la crescente divisione del lavoro nel campo assistenziale e sanitario, dunque la necessità di parlare di *sistemi curanti* capaci di coordinare le varie relazioni che convergono sui soggetti assistiti. Inoltre, la necessità di lavorare su diversi obiettivi, quali: «la questione della salute-benessere-qualità di vita come risultato e fine della cura; la dimensione affettiva (e non solo emotiva) della cura; la questione dell'integrazione e cooperazione fra le varie forme di cura; la problematica dell'inserimento delle tecniche e tecnologie di supporto e facilitazione della cura; il quadro motivazionale, etico, nonché mitopoietico che genera e continuamente rigenera la cura in quanto produttrice di significati per gli attori e per la *communitas*.» (Ingrosso, 2008b, p. 223). Il saggio cercava poi di avviare prime risposte alle varie questioni poste.

### ***L'ottica della cura nella riforma del welfare***

Come si è accennato all'inizio del paragrafo, la sociologia della cura ha investito anche gli approcci di matrice strutturalista. È sintomatica di questo ampliamento del discorso, la proposta di Daly e Lewis (2000) di sviluppare un concetto di "*social care*" capace di fungere da selettore nei discorsi sui welfare state. In particolare, di permettere una migliore intersezione e coordinamento fra diversi contributi di cura sviluppati in vari set (familiari, pubblici, di mercato, volontari), ma anche di passare dall'esame di provvedimenti politico-sociali isolati alla considerazione di *cluster* di elementi interrelati.

Le autrici notano come il concetto di cura sia sempre più utilizzato nelle analisi relative ai servizi di welfare, ma spesso in modo difforme, ad esempio includendo o escludendo settori di servizi. Esse si propongono una riformulazione capace di situarsi all'intersezione della "*mixed economy*" di stato, mercato, famiglia e settore volontario. In primo luogo, le autrici cercano di ripercorrere la storia recente del concetto di cura passando dalla fase originaria in cui era vista come un lavoro informale e non pagato svolto in famiglia, alla sua caratterizzazione come *relazione* (Gilligan, 1982; Tronto, 1993; Bubeck, 1995), contrapposta all'individualismo del mercato. Il lavoro della Thomas (1993), insieme a diversi altri, marca una nuova fase che sposta l'attenzione sulla copresenza e intersezione fra diverse tipologie di lavori di cura, in particolare su quelle svolte nei servizi non solo dalle donne.

Per ragionare non solo in termini di condizioni di vita (in particolare delle donne), ma di modi sociali di rispondere ai bisogni personali, Daly e Lewis propongono di adottare il concetto di "cura sociale" sostenendo che esso è "un concetto multi-

dimensionale". Fra le diverse dimensioni che questo comprende, le autrici sottolineano quella della "cura come lavoro" (sia in termini di *work* che di *general activity*); la seconda dimensione è quella del complesso di norme, obbligazioni e responsabilità che regolano le *relazioni di cura* (in ciò ponendosi su un scia durkheimiana e parsoniana); la terza dimensione è quella dei "costi" sia in termini finanziari sia emotivi, e di come sono divisi fra i vari set. Le autrici quindi propongono uno schema di analisi che comprenda sia le dimensioni macro, relative al welfare, che quelle micro, attinenti individui, famiglie e comunità locali, in termini di suddivisione dei compiti di cura, di servizi e costi infrastrutturali disponibili, di alterazione dei parametri in conseguenza di specifiche politiche.

Le autrici rilevano che in quasi tutti i paesi e sistemi di welfare europei si sta sperimentando una "crisi della cura". Solo i sistemi scandinavi danno rilievo al cluster di contributi relativi alla cura, mentre altri sistemi, in particolare quelli del Sud-Europa, vanno verso una "privatizzazione del caring".

Esse esaminano poi le possibili linee di cambiamento rispetto alla situazione contemporanea relativamente ai diversi pesi e contributi dei settori nella provvista di cura, in particolare in termini di ulteriori diversificazioni dei servizi e di spostamento di compiti sulle agenzie di mercato (*marketization*).

## **7. La cura come meta-concetto: sviluppi recenti**

### ***Gli effetti della globalizzazione***

Il periodo più recente del dibattito sociologico e politologico sulla cura ha risentito del cambiamento di condizioni di vita che la globalizzazione nella sua fase più performante ha prodotto, ma anche della crisi latente e poi esplosa che ha portato alla Grande Contrazione contemporanea (v. cap. II). Tale cambiamento è stato avvertito, in primo luogo, in termini di esigenze di cura crescenti che tuttavia ricevono risposte più frammentate e limitate. Si acutizza quindi la questione delle disuguaglianze nell'accesso alle risorse (Cardano, 2013).

La riorganizzazione dei servizi, dettata da esigenze di spesa, tende a produrre nuove problematiche di copertura e disorganizzazione, ma anche di guida managerializzata delle organizzazioni che, in nome di un'efficienza procedurale, introduce una continua trasformazione organizzativa e un forte appesantimento burocratico che comprime i tempi e gli spazi di autonomia degli operatori nelle relazioni coi curati. Come ha rilevato Browne (2009, p. 586): «Di fronte alle nuove forme di organizzazione del lavoro che limitano la loro autonomia, molti lavoratori si trovano di fronte a *dilemmi morali*. I loro valori personali e professionali richiedono di dare tempo e attenzione a coloro che sono loro affidati, ma le regole istituzionali, politiche e protocollari indicano il contrario».

È pur vero tuttavia che nuovi set di cura si aprono (come quelli domiciliari e delle cure primarie rinnovate) sviluppando un nuovo quadro di interventi e rapporti nei vari territori e comunità locali: «Il particolare carattere spaziale della casa, come un luogo separato e privato, crea dinamiche diverse. Da un lato, gli assistiti possono avere maggiore potere e autorità per *co-produrre l'effetto di cura*, proprio perché sono nelle loro case. D'altra parte, il loro isolamento può, in alcuni casi, renderli molto vulnerabili (o farli sentire tali). I care-giver, da parte loro, sono meno direttamente soggetti al controllo dei manager rispetto ad un contesto

istituzionale. Questo può permettere loro una maggiore flessibilità e l'autonomia nella valutazione dei bisogni, nel decidere cosa fare e come farlo. Il risultato può essere maggiore responsabilizzazione della persona assistita o produrre un effetto contrario, a seconda della quanto sia effettiva la co-produzione della cura che avviene» (ib., p. 587).

Un altro segnale del cambiamento dei tempi, si manifesta attraverso una crisi di rapporti fra professionisti e soggetti assistiti. In particolare i medici di base avvertono un crescente malessere comunicativo coi propri pazienti che emerge dalla difficile gestione dei mutamenti della scena della cura originati dai media, dalle direttive aziendali, dalla trasformazione delle aspettative dei pazienti, dalle problematiche innescate dalle tecnologie (Manghi, 2005). Queste complesse dinamiche sono alla base di una latente "crisi di fiducia" fra curanti e curati che però non è esclusiva dell'ambito medico ma investe molte "autorità" tradizionali<sup>12</sup>. Si vorrebbe un medico e degli operatori più "comunicativi" e co-implicanti, ma anche ambienti sanitari più aggiornati e trasparenti, mentre il medico vede come segno di sfiducia il ricorso ad altre fonti e il loro uso spesso inappropriato. La comunicazione è quindi difficile e l'alleanza terapeutica a rischio.

Su questo punto, d'altra parte, diverse sono le indicazioni che evidenziano come il campo medico e quello sanitario siano divisi fra orientamenti che puntano esclusivamente sulle competenze tecnico-scientifiche basate sulle evidenze, accentuando implicitamente l'indifferenza relazionale e i rapporti di dominanza gerarchica, e altri tendenti ad inglobare nelle professionalità degli operatori gli aspetti comunicativi e di coordinamento interprofessionale (Lusardi e Manghi, 2013).

Nel frattempo il ruolo dei media, e in particolare di internet, per la salute sta cambiando: esso non costituisce più un mondo virtuale separato, ma si intreccia con la quotidianità, specie laddove anche i medici e i professionisti sanitari cominciano ad imparare a utilizzarlo, grazie a reti professionali e supporti ad hoc. Si arriva così a definire una sorta di *terzo relazionale* che accresce le opportunità di conoscenza di ambedue le parti ma anche la complessità informativa e decisionale che, attualmente, produce diverse incomprensioni nei rapporti fra curanti e curati (Ingrosso, 2013a).

Per un verso, si accrescono le voci che richiedono una maggiore reciprocità e simmetria nella co-produzione della cura, al fine di migliorarne l'efficacia e la soddisfazione, mentre, per un altro, si rileva una persistenza di relazioni di cura asimmetriche, talvolta insicure (specialmente per gruppi vulnerabili) o addirittura oppressive. È il caso delle associazioni dei pazienti e dei movimenti per i diritti dei disabili che rivendicano una nuova considerazione: «Per sfuggire al paternalismo e alla disuguaglianza che alcune forme di relazioni di cura possono rappresentare, i movimenti delle persone con disabilità hanno affermato il valore fondamentale dell'indipendenza e cercato di sostituire la "cura" con il "sostegno", basato sulla "scelta" e "controllo"» (Browne, 2009, p. 582).

Il bisogno di formazione degli operatori aumenta, date le difficili condizioni di vita e relazionali che essi devono affrontare, ma non sempre gli investimenti e i contenuti formativi sono coerenti ad una visione integrata delle cure. Emergono inoltre problematiche relativamente nuove, ma poco affrontate, come quella delle

---

<sup>12</sup> Su questo tema indicazioni particolarmente pertinenti sono state svolte, dall'interno della professione medica, da Cosmacini (2013) e Flamigni e Mengarelli (2014).

*differenze culturali* nelle relazioni di cura, che introducono problematiche aggiuntive di comprensione, relazionalità, presupposti etici e abitudini di vita.

### ***Valore simbolico e complessità della cura***

Tirando le somme, la sociologia ha affrontato le problematiche della cura prima implicitamente e poi esplicitamente, sull'onda dei cambiamenti in corso negli attori e negli scenari degli anni settanta. La comparsa della riflessione femminista e di gender ha avuto echi significativi anche in questa disciplina favorendo un'emersione del concetto. Successivamente esso, da parte delle stesse ricercatrici, ha avuto una lettura più estensiva che ha messo in luce la multidimensionalità delle componenti costitutive, la sua estensione al lavoro nei servizi, la sua valenza per una lettura intersettoriale delle politiche di welfare.

Nel corso dell'ultimo periodo, in cui si è passati da una globalizzazione espansiva "drogata" ad una di forte contrazione economica, vi sono stati primi tentativi di sintesi dei vari filoni e della pluralità di variabili e approcci, ma diversi autori hanno riconosciuto come tale tentativo sia prematuro o forse non teoricamente fondato: «La "Cura" è troppo complessa e multidimensionale per essere facilmente definita. I differenti ingredienti implicati nella cura e le sue differenti interpretazioni [...] lo rendono un concetto difficile da trattare» (Phillips, 2007, p. 160).

La fase recente ha altresì evidenziato l'evolversi della situazione sociale sia in termini di crescente richiesta esplicita e latente di cura, sia di contrazione degli investimenti e di ristrutturazione dirigista degli interventi.

Per guardare al presente e al futuro pare necessario un maggior impegno di ricerca empirica, a cui la sociologia può contribuire, così come la messa in campo di un'immaginazione sociologica orientata alla generazione di nuove forme e relazioni di cura.

Nel presente possiamo dire che la ricerca sociologica è sostanzialmente approdata alla convinzione che il concetto di "cura" (così come il processo del "curare") sia un *meta-concetto*: infatti esso riunisce al suo interno diversi campi applicativi, diverse forme relazionali, diverse etiche. Tuttavia è proprio questo particolare intreccio, questo essere *inter-fra-con* curanti e curati, vari professionisti della cura, vari settori e forme di cura, varie gradienti affettivi, varie concezioni del curare generate da chi la pensa e pratica che rendono questo concetto ormai irrinunciabile, ricco di contenuti e ad altro valore simbolico. Evocare la "cura" significa per molti ricercatori, ma ormai anche per molti operatori, professionisti, persone in cura, familiari, associazioni di pazienti richiamare:

- a) l'esigenza di valorizzare coloro che curano: le donne, coloro che fanno lavori che sembrano meno tecnici, coloro che si assumano le responsabilità di casi pesanti e difficili, le professioni cruciali nei processi di cura;
- b) l'esigenza di difendere il diritto ad essere presi in cura, in particolare in situazioni svantaggiate, quindi di avere uno sguardo sociale meno disattento alle nuove esigenze che si manifestano, aprendo la strada verso una "*caring society*";
- c) l'esigenza di valorizzare il ruolo della persona assistita attraverso adeguate procedure di ascolto, comunicazione, co-responsabilizzazione; un'esigenza che implica un investimento di medio-lungo periodo sulla cittadinanza consapevole,

partecipe e competente in campo socio-sanitario; l'esigenza di difendere la dignità delle persone in situazioni di fragilità;

- d) l'esigenza di pensare a relazioni di cura più dirette, meno asimmetriche e più complementari e reciproche, superando i disturbi della comunicazione e la sfiducia oggi presente; inoltre utilizzando le tecnologie disponibili e apprendendo modalità capaci di mediare le differenze sociali e culturali;
- e) l'esigenza di arricchire la cura attraverso la valorizzazione delle dimensioni affettive, della comunicazione fra curanti e curato, della generale qualità della cura, della vivibilità e sostenibilità della stessa per chi la affronta: queste modalità sono in grado di produrre un "effetto emergente" dato dal complesso degli interventi e non solo da singole azioni;
- f) l'esigenza di creare situazioni, processi, sistemi di cura più integrati, cooperativi fra diversi interventi e competenze al fine di un miglioramento dell'efficacia, fruibilità, continuità delle cure nel tempo e fra le diverse risorse disponibili.

Per contro la prospettiva della cura è critica verso quelle razionalizzazioni dirigiste ed quegli aggravati procedurali che non fanno i conti con l'esigenza di mantenere e generare ambienti di cura abbastanza ospitali verso i pazienti e familiari, ma anche verso gli stessi operatori, in collegamento con varie istanze partecipative presenti nelle comunità locali e nell'associazionismo dei curati. Allo stesso modo, l'orientamento verso la cura è critico verso forme spinte di *marketizzazione* contrattualistica e frammentata, anticamera di ulteriori problematiche di disuguaglianza e mancata integrazione, mentre vede a favore forme no-profit capaci di innovare e dialogare con gli attori pubblici e le reti familiari.

Molti sono senz'altro i problemi che un tale scenario apre, a partire dalla sua fattibilità teorica, progettuale, politica ed economica, ma anche dalla sua recezione nell'immaginario della popolazione e degli addetti ai lavori. Molti sono gli aspetti ancora da indagare e approfondire. Per questo è necessario mettere in campo approcci complessi, capaci di vedere diverse dimensioni dei problemi e di generare soluzioni all'altezza delle esigenze emergenti. Essi necessitano di connettere capacità di analisi formalizzata delle variabili in gioco con capacità di analisi qualitativa degli aspetti affettivi, relazionali, cooperativi, narrativi e simbolici delle situazioni di cura. Il mondo della complessità è quello che considera i soggetti viventi in relazione coi propri ambienti di vita (e quindi di cura) come "macchine non banali", che generano insieme ordine e disordine, prevedibilità e imprevedibilità: «Da una parte la complessità include la semplicità e, dall'altra, si apre sull'inconcepibile» (Morin, 1990, p. 105). Esso cerca di considerare le diversità emergenti dal mondo reale, così come quelle generate dalle mappe dell'osservatore, vedendo le connessioni che legano tale molteplicità di piani e processi: «... il cuore della complessità è l'impossibilità tanto di omogeneizzare quanto di ridurre, è la questione dell'*unitas multiplex*» (ib., p. 108).

Dunque la cura è tanto qualcosa di semplice e immediato - generato da un contatto e una carezza - quanto di estremamente complesso, prodotto da sistemi di cura a cui concorrono una molteplicità di organizzazioni, professioni, idee scientifiche, tecniche, luoghi, ambienti, etiche, affetti il cui esito è imprevedibile e facilmente perturbabile. Il generare e mantenere un'operatività fruttuosa dipende

da articolati processi di scambio, di cooperazione, di regolazione, di riflessività, di innovazione che coinvolgono e attraversano non solo chi cura e chi è curato, ma anche molti "terzi" che producono comunicazione, organizzazione, attività economica, ricerca scientifica, applicazioni tecniche e quant'altro. È dunque in questo mondo in cui cercheremo di addentrarci, sapendo che non potremo essere esaurienti, ma cercando di accendere lampadine che contribuiscano ad illuminare alcuni spazi oggi in ombra e da cui dipende l'assetto futuro di questo importante snodo della vita sociale.



## V. Comunicazione della salute e relazioni di cura

### 1. La comunicazione della salute come campo di opportunità e problemi

Il tentativo di tradurre le proprie sensazioni corporee di benessere e malessere in parole e atti comunicativi è sicuramente molto antico: per condividere stati d'animo, ma anche per chiedere aiuto e cure, avere risposte sul da farsi di fronte ad eventi che fanno "star male", ma anche per apprendere come organizzare la vita per poter "star bene".

Da parte sua, la medicina ha elaborato un suo codice linguistico specializzato, in gran parte avulso dal parlare comune, utile per classificare le parti anatomiche, le patologie e i processi che nel corpo si svolgevano, nonché guidare l'azione terapeutica utilizzando tecniche e tecnologie, interventi chirurgici, farmaci e quant'altro. Il parlar comune e il codice medico specialistico hanno comunicato talvolta attraverso la figura del medico, soprattutto nelle sembianze del mitico "medico di famiglia" novecentesco, ma più spesso hanno colliso, non hanno stabilito un terreno di significati comuni. Persino le indicazioni operative della medicina rivolte ai pazienti erano molto spesso difficilmente intelleggibili: solo i farmacisti - e talvolta nemmeno loro - riuscivano ad interpretare la calligrafia del medico sulla ricetta che indicava la posologia da assumere.

Un primo sforzo comunicativo da parte della medicina avviene dando vita al campo dell'*educazione sanitaria* che trova anticipatori già nel corso del secondo ottocento e primo novecento<sup>13</sup>, ma che inizia ad affermarsi nella seconda metà del novecento, in parallelo col costituirsi della sanità pubblica e dei sistemi sanitari nazionali<sup>14</sup>. Si tratta di un'educazione di taglio nettamente istruttivo e unidirezionale, che viene sviluppata prevalentemente dagli igienisti e medici di sanità pubblica come correlato degli interventi di prevenzione secondaria svolti nelle scuole. Nasce allora la "prevenzione primaria", cioè una sorta di proseguimento, per un verso, e anticipazione con altri mezzi, per un altro, dei controlli a tappeto effettuati nell'ambito della medicina scolastica. Il linguaggio assume un tono imperativo e direttivo, ma deve trovare anche parole comprensibili e mediazioni didattiche. Anche le madri sono oggetto di campagne comunicative miranti a migliorare le modalità di allevamento e introdurre adeguate pratiche igieniche e nutrizionali indicate dai pediatri. Alcuni giornali destinati ad un target femminile cominciano ad ospitare articoli e rubriche già negli anni '50 del novecento per crescere costantemente fino agli anni '70.

Nel corso del decennio dei settanta iniziano a comparire alcune pubblicazioni specializzate (ad es. *Duepiù* [1968], *Salve* [1977] e *Star bene* [1978]) che avviano un nuovo genere di periodici che trattano di salute e benessere (Ingrosso, 2001c) come

---

<sup>13</sup> Igienisti come Pagliani, Celli e Mantegazza, soprattutto nel corso degli ultimi due decenni dell'Ottocento, svilupparono un'attività di alfabetizzazione igienica rivolta soprattutto alle madri attraverso il coinvolgimento di maestri, parroci, medici di famiglia, farmacisti, ostetriche (v. Vicarelli, 1997).

<sup>14</sup> Si deve ad Alessandro Seppilli e ai suoi allievi M. Antonia Modolo e Lamberto Briziarelli la costituzione, nel 1954, del Centro sperimentale per l'Educazione sanitaria presso l'Università di Perugia, nonché la fondazione, pochi anni dopo, della rivista *Educazione sanitaria e Medicina preventiva* (divenuta poi *Educazione sanitaria e Promozione della salute* e oggi *Sistema salute*).

tema dominante e qualificante (in altri paesi europei la nuova pubblicistica compare già nel corso degli anni sessanta). Negli stessi anni si avviano le prime rubriche televisive sui canali RAI (in particolare *Check up* [1977]) che tuttavia, per diverso tempo, restano confinate a spazi di nicchia, riproducendo gli stilemi di un'informazione unidirezionale dagli specialisti ad un pubblico selezionato di interlocutori informati.

È in questo periodo che si può parlare della nascita di una "comunicazione della salute" intesa come sviluppo di un settore dei media che si specializza nel trattare tematiche legate al benessere, alla prevenzione, ai nuovi prodotti di auto-cura (dietetici, cosmetici, ecc.), ai consigli degli esperti. Nasce per la prima volta un "terzo relazionale" (Manghi, 2005b; 2007; Ingrosso et al., 2008), un interlocutore che "media", a suo modo, fra il mondo medico e quello dei pazienti, ma che apre anche a nuovi interlocutori: in primo luogo ai produttori di un mercato del benessere che stanno sviluppando nuovi tipi di prodotti e servizi in quel periodo. Tale nuova presenza, catalizzata dai media, non lascia invariati gli interlocutori: i "pazienti" diventano ben presto *cittadini informati*, un ristretto numero all'inizio, che però crescono esponenzialmente negli anni seguenti. Dalle pochissime testate distribuite in edicola nei primi anni '80 si avrà un'escalation che porterà ad oltre 40 nei primi anni 2000, periodo del massimo sviluppo di questo canale di diffusione.

Le trasmissioni e le rubriche specializzate ospitate nei canali televisivi, da parte loro, avranno una crescita lenta fino ai primi anni '90, moltiplicandosi nel decennio successivo. Ciò permette di raggiungere un pubblico più ampio, ma con filtri selettivi più ristretti e modalità prettamente unidirezionali, tipiche dei mass media.

Nel corso del primo decennio degli anni duemila inizia a presentarsi un nuovo media, costituito da internet, che ben presto viene utilizzato per cercare notizie attinenti salute e benessere. Già nel 2006 la maggioranza degli americani lo utilizza costantemente per reperire notizie sanitarie oltreché per sviluppare le pratiche di fitness e wellness. In Italia in pochi anni esso conquista una copiosa fetta di navigatori (un 13% secondo l'indagine Censis e Frb, 2006), che aumenta in modo rapido ed esponenziale negli anni successivi in cui viene anche introdotto il web 2.0 costituito dai social network e dalla crossmedialità basata su ecologie di sistemi informatici.

Tali nuova modalità sviluppano orientamenti già presenti nella fase precedente, ma che trovano ora una pregnanza e una diffusione non possibili senza il supporto delle nuove tecnologie; da una parte, il cittadino da informato diventa sempre più *empowered*, cioè attivo e partecipante ai processi ma, dall'altra, cresce il ruolo dei nuovi interessi nel mondo-web: aziende farmaceutiche, farmacie on line, centri medici privati, produttori di beni e servizi, assicurazioni, nuovi e vecchi professionisti e così via. Si avviano così nuove forme di medicalizzazione e farmaceutizzazione che cercano di colonizzare l'immaginario e i comportamenti di una massa sempre più ampia di cybernauti (Miah e Rich, 2008; Maturo e Conrad, 2009). Cresce tuttavia anche la possibilità di aggregare interessi: crescono le associazioni dei pazienti e quelle dei consumatori, ma anche i gruppi di interesse e di self-help che trovano nella rete un utile rispecchiamento, nonché una proficua modalità organizzativa (Ingrosso, 2008a).

Anche la parte medica e le professioni sanitarie non rimangono eguali a sé stesse. Da una parte, cresce la presenza del "Dottor web", ossia di un insieme di siti - largamente animati da professionisti sanitari - che dispensano informazioni e

consigli; dall'altra, le nuove tecnologie rendono possibili innovative forme di collegamento, dando vita a network professionali, forme di scambio e di formazione continua, accesso a nuovi dati, fonti e servizi. Le possibilità che la tecnologia offre - in particolare col web 2.0 - sono varie (ad esempio: podcast, blog, wiki, social network, online health communities, cartella elettronica, newsletter, ecc.), ma non sempre di facile interpretazione e utilizzo.

Di fatto ci si trova di fronte ad una situazione di *statu nascenti*, che presenta enormi potenzialità, ma anche notevoli rischi. Si producono fenomeni che hanno ripercussioni di massa (come la critica e diffidenza verso le vaccinazioni dopo l'eccesso di allarme e mobilitazione rispetto al virus H1N1 nel 2009), si attivano nuove energie, ma anche una dissipazione di iniziative e potenzialità (diversi i tentativi che dopo qualche successo non decollano). La tecnologia in costante evoluzione sembra bruciare diversi progetti attuati, ma, al contempo, schiere crescenti di persone si presentano sulla scena mediatica chiedendo nuove risposte e riferimenti.

Si apre quindi una *sfida interpretativa* (in particolare per le scienze sociali della salute e della medicina) di fronte ad un cambiamento multiforme, complesso e in continuo divenire. Una trasformazione dalle molte facce che s'innesta con quella più ampia della società nel suo complesso in cui la noosfera comunicativa da mondo parallelo e virtuale diventa sempre più struttura portante e rispecchiamento della vita economica, sociale e culturale globalizzata e planetaria (Castells, 1991; Van Dijk, 2002). Il tema salute e benessere risulta uno dei campi più rilevanti emergenti dal mondo web, sviluppando una spinta costante a mutamenti di scenario e di comportamenti che non sono però univoci, ma piuttosto contraddittori, parziali, scoordinati, talvolta problematici.

Tutto ciò porta altresì ad una *sfida progettuale e applicativa* che mira, attraverso l'utilizzo di azioni comunicative organizzate, a veicolare contenuti, servizi, connessioni verso target ampi o gruppi mirati. La *Health Communication* diventa allora una strategia di intervento e di organizzazione che sembra concentrare ed assorbire sia l'educazione sanitaria da cui era partita sia anche il più ampio campo della promozione della salute. Azioni e piani comunicativi diventano sempre più diffusi, a cura di varie strutture sanitarie locali e centrali, in uno scenario in cui ogni attore collettivo tende a presentarsi e tessere proprie reti rivolte a clienti, utenti, cittadini, interlocutori e stakeholder. Per certi aspetti, l'investimento in comunicazione sembra assorbire quello di altri settori, portando ad una sopravvalutazione delle tecnologie e ad un'enfasi sulle trasformazioni da esse generate, per contro, al contempo, esso genera un effetto dispersivo, produce timori e resistenze, introduce mutamenti parziali soggetti a silenziose evoluzioni, evidenzia difficoltà di integrare e trasformare le relazioni di cura utilizzando nel modo più opportuno e proficuo le potenzialità che alcune "buone pratiche" sembrano indicare come possibili.

## 2. Tre prospettive

Come si è accennato nel paragrafo precedente, possiamo parlare di comunicazione della salute (CS) da almeno tre diverse prospettive: a) analizzando le azioni comunicative organizzate intraprese dai *soggetti sanitari istituzionali* e quelle degli altri attori attivi nei sistemi di salute; b) partendo dai *media* che, grazie agli

strumenti resi disponibili, hanno creato un nuovo campo d'interazioni sociali centrato sulla salute; c) avendo come focus le *interazioni comunicative* fra i principali attori dei sistemi di cura. I tre campi d'azione sociale che si delineano sono fra loro intersecati e s'influenzano reciprocamente, ma rimangono distinti quanto a logiche degli attori e scenari emergenti dalle loro interazioni.

La prima prospettiva o campo d'analisi ha come riferimenti principali le istituzioni centrali e periferiche del Sistema sanitario che sviluppano Unità e Piani comunicativi al loro interno, a cui si aggiungono le azioni dei soggetti no-profit (come *Pubblicità Progresso*). Oltre agli interventi programmati di taglio informativo-educativo, quest'area d'azione assume un peso crescente in ragione del moltiplicarsi delle *situazioni di rischio globale* (mucca pazza, virus ebola, H1N1, ...) che hanno un grosso impatto sull'opinione pubblica.

La seconda prospettiva è particolarmente influenzata dai produttori e gestori dei media, così come dalle grandi forze economiche e aggregazioni di interessi presenti nel settore sanitario (ad esempio: *Big Pharma*). Di fronte ad una crescita di domanda del pubblico, si sono avuti significativi investimenti nel campo della salute comunicata a partire dai media tradizionali per arrivare alle nuove applicazioni.

Il terzo campo d'analisi evidenzia il crescente peso delle ITC sui comportamenti, le idee e i saperi sanitari e di benessere dei cittadini-pazienti-clienti, da una parte, e dei medici e altro personale sanitario, dall'altro; inoltre, il comparire di una scena della cura maggiormente pluralista e articolata. La comunicazione diventa allora una modalità sempre più necessaria per raccordare pazienti informati, care-givers, associazioni di pazienti, di consumatori e di volontariato, medici di base e specialistici, professioni sanitarie emergenti e quant'altro attraverso piani comunicativi di servizio, formazione comune, ristrutturazione e valutazione organizzativa, tenendo conto del mutamento di contesto e di attese sviluppato dal dispiegarsi dalle prime due aree di espansione della comunicazione della salute. Di fatto si passa da relazioni diadiche medico-paziente a *relazioni di cura plurali e multidimensionali*.

In termini di teorizzazione e ricerca, l'ambito della comunicazione della salute ha assunto visibilità a partire dalla metà degli anni '80 negli Stati Uniti e in altri Paesi europei. È indicativa di questo sviluppo l'apparizione, nel 1989, della prima rivista scientifica che si è occupata specificatamente a questo settore (*Journal of Health Communication*). Nel loro volume dedicato agli sviluppi di questo campo di studi, Jackson e Duffy (1998) hanno analizzato i mutamenti intervenuti nel corso degli anni '90 nella comunicazione medico-paziente, nell'organizzazione dei servizi sanitari, nelle campagne di prevenzione del rischio e promozione della salute, nella presentazione della salute nei media, compresi i siti dedicati a questo tema. Questi autori assumono che la "questione comunicativa" è entrata prepotentemente nel campo sanitario e in quello del benessere modificandone dinamiche e concezioni della salute. Le tre prospettive sopra indicate convivono nel nuovo campo di studi e ricerche.

In Italia la CS, come area di ricerca scientifica, è nata ufficialmente alla fine degli anni '90 in seguito ad un Convegno svoltosi nel 1999 (Ingrosso 2001b) e che ha trovato ulteriori puntualizzazioni in pubblicazioni successive (Ingrosso, 2007; 2008b). Da parte sua il Censis, con la collaborazione del Forum per la Ricerca

Biomedica, ha sviluppato una serie di ricerche su vari aspetti della CS mettendo a disposizione interessanti rapporti a partire da *Comunicazione e informazione per la salute* (2001).

### 3. La comunicazione sanitaria pubblica

In termini di politiche e progetti d'intervento, la CS è stata lanciata al Congresso Mondiale di Jakarta [1997] nel quadro della nascente "Promozione della Salute", sviluppando un apposito network di comunicatori specializzati. Secondo l'*Health Promotion Glossary* (WHO, 2000), la Health Communication (HC) è una strategia operativa che tiene conto delle informazioni e della cultura diffusi dai mezzi di comunicazione di massa: «La comunicazione della salute è una strategia chiave rivolta a informare il pubblico sui temi che riguardano la salute e gli indirizzi centrali della salute nell'agenda delle istituzioni. L'uso dei media di massa e degli strumenti multimediali e delle altre innovazioni tecnologiche per disseminare utili informazioni sulla salute verso il pubblico aumentano le risposte nei vari aspetti della salute pubblica e individuale, così come l'importanza dello sviluppo della sanità. [...] La maggior parte della moderna cultura è trasmessa dagli strumenti di comunicazione di massa e questo è un elemento con implicazioni positive e anche negative per la salute.» La HC, continua il *Glossary*, comprende campi come il giornalismo sanitario, la comunicazione di *advocacy*, la comunicazione organizzativa, la comunicazione dei rischi, la comunicazione e il marketing sociale, l'educazione alla salute.

La visione strategica della CS, intesa come utilizzo consapevole e organizzato degli strumenti tecnologici disponibili per raggiungere il pubblico, si sviluppa nel corso degli anni '90 e del decennio successivo nell'ambito della sanità pubblica. Negli Stati Uniti, diversi organismi pubblici attuano programmi d'intervento in quel periodo; ad esempio il CDC (Centers for Disease Control and Prevention, 2001) definisce la HC come «Lo studio e l'utilizzo di strategie comunicative per informare e influenzare le decisioni degli individui e delle comunità che fanno accrescere la salute», mentre l'U.S. Department of Health and Human Services (2005, pp. 11-12) ritiene che si debba intendere per HC: «L'arte e la tecnica di informare, influenzare e motivare gli individui, le istituzioni e il pubblico circa importanti problematiche di salute».

In una rassegna di definizioni proposta da R. Schiavo (2007) i termini più utilizzati da parte degli enti e degli studiosi sono quelli di *influenzare*, *informare*, *motivare*, mentre altri parlano di *aumentare la conoscenza e la comprensione per sviluppare l'empowerment* individuale e collettivo (Muturi, 2005). Cercando di fare sintesi fra queste diverse impostazioni, Schiavo (2007, p. 7) definisce la HC come «un approccio multidimensionale e multidisciplinare per raggiungere differenti audience e condividere informazioni correlate alla salute con lo scopo di influenzare, coinvolgere e supportare individui, comunità, professionisti sanitari, gruppi, decisori politici e il pubblico affinché difendano, introducano, adottino e sostengano comportamenti, pratiche o politiche che intendano migliorare i risultati di salute».

Differentemente dalla definizione dell'HP Glossary, l'impostazione della Schiavo rimane strettamente legata agli obiettivi dei decisori politici e sociali, quasi prescindendo dal contesto mediatico. In compenso si fa più chiara la considerazione

dei vari interlocutori che s'influenzano reciprocamente sulla scena sociale e su cui bisogna congiuntamente intervenire per ottenere significativi risultati (*outcomes*).

Ben presto le strategie di azione comunicativa lanciate prevalentemente a livello nazionale, ma altresì quelle regionali e locali, hanno dovuto fare i conti col forte pluralismo etico e culturale presente in molti paesi occidentali, in particolare in alcuni gruppi target più svantaggiati (ad esempio: gli immigrati) che maggiormente avrebbero avuto bisogno di interventi comunicativi mirati. Alcuni autori hanno evidenziato la necessaria introduzione di una forte *prospettiva multiculturale* (Kar, Alcalay e Alex, 2001) che, a loro parere, comporta un ripensamento di tutti i settori della *health communication*, in particolare delle strategie di intervento basate sull'*empowerment* e la partecipazione dei cittadini nelle comunità locali: "Le teorie e i metodi che sono efficaci in contesti monoculturali o in comunità con una cultura dominante potrebbero non essere adeguati per promuovere cambiamenti sociali in comunità multiculturali" (*ib.*, p. xi). Infatti le comunità multiculturali spesso includono minoranze e gruppi ad alto rischio che hanno molte probabilità di essere svantaggiati in termini di redditi, risorse culturali, servizi disponibili e a cui la comunicazione della salute non arriva o arriva in modi che aggravano le ineguaglianze. Gli strumenti di massa e uniformi hanno quindi bisogno di essere articolati e mediati attraverso azioni mirate e locali per raggiungere degli effetti reali.

Per quanto riguarda l'Italia, la *Comunicazione sanitaria pubblica* ha iniziato a divenire un obiettivo ufficialmente perseguito col "Piano Sanitario Nazionale 1998-2000" [Ministero della Sanità, 1998] che ha proposto di istituire appositi servizi per la comunicazione coi cittadini e di stabilire un'alleanza con i media e i comunicatori. Inoltre, con la legge 150/2000 si sono istituiti degli uffici di comunicazione e relazioni col pubblico nelle principali istituzioni, fra cui quelle sanitarie. Conseguentemente, è stata istituita una figura di comunicatore in ambito pubblico sviluppando, negli anni seguenti, una significativa opera formativa a cura delle Regioni.

Nel corso del primo decennio degli anni duemila sono state lanciate iniziative a livello europeo, come il piano d'azione europeo sull'alcol e la Campagna informativa paneuropea per prevenire l'abitudine al fumo dei giovanissimi (*Feel free to say no*). Inoltre è stata avviata una rete di *public boardcaster*, ossia di emittenti pubbliche, che s'impegnano a diffondere congiuntamente e veicolare materiali documentali ed educativi concernenti la salute, la ricerca biomedica, la medicina.

In ambito italiano diverse sono state le campagne ministeriali che hanno riguardato fumo, alcol, dipendenze, sicurezza stradale, controllo dell'inquinamento, vaccinazioni [2002-03] per passare poi ad un più ampio range di temi [2004-05] (quali prevenzione di malattie specifiche, emergenze sanitarie, donazione di sangue, cura di persone fragili, pregiudizi relativi a specifiche patologie, ecc.). Da parte sua il Censis (2006a) ha avuto l'incarico di valutare l'impatto di questi primi due periodi di campagne istituzionali evidenziando l'interesse e la valutazione positiva del pubblico, ma anche un'attesa limitata dell'opinione pubblica nei loro confronti.

D'altra parte, anche fra gli studiosi vi sono opinioni differenziate. Per alcuni (Hornick, 2002, curatore di un ampio volume sulle campagne sviluppate negli SU): «Le campagne comunicative possono fare la differenza nell'incremento dei risultati sanitari». Secondo altri invece, esse accompagnano ed evidenziano modificazioni

sociali sottostanti e, per aspirare a risultati significativi e stabili, devono essere accompagnate da strategie complesse che prevedano incontri diretti, attività partecipative, prevalenza di proposte di apprendimento e non performative (Naidoo e Wills, 2000).

Uno studio su alcune campagne condotte in Italia nel campo delle dipendenze e della prevenzione (Cattaneo, 2008), ha evidenziato diverse composizioni delle caratterizzazioni semiologiche e simboliche utilizzate, con affinità più o meno marcata rispetto ai target ipotizzati. Inoltre, queste campagne sono state affidate quasi esclusivamente alla "potenza di fuoco" degli strumenti confezionati e dei media utilizzati per la divulgazione. Solo in pochi altri casi, come la campagna *Guadagnare salute* avviata dal Ministero della Salute nel 2007, si è unita la dimensione mass-mediatica con un articolato e delocalizzato piano di interventi scolastici e di partecipazione locale. Si deve tuttavia sottolineare che la crescita dell'uso di campagne comunicative si è accompagnata ad una forte riduzione delle attività di educazione alla salute scolastica e dell'impegno ministeriale (Istruzione e Sanità) in esse (ma anche, in modo evidente, da parte delle Asl). Tendenzialmente si è quindi sostituito un impegno intensivo, ad ampio spettro e dal basso con un investimento concentrato e dall'alto. Si sono così abbandonate molte buone pratiche e competenze maturate in ambito scolastico e nelle strutture sanitarie a favore di un attivismo (relativo) in cui alla comunicazione mediatica, isolatamente presa, vengono attribuiti compiti sproporzionati e un'efficacia non dimostrata.

Negli anni successivi le ristrettezze economiche intervenute e l'impegno in alcune campagne per fronteggiare rischi sopravvenuti (come quello dell'H1N1 nel 2009), hanno ridotto significativamente le iniziative in questo settore. Si palesa quindi una crisi di tutto il settore dell'educazione-comunicazione-promozione sanitaria e della salute che richiede forti ripensamenti di metodi e strumenti (Ingrosso, 2011a; 2011c).

#### **4. La comunicazione nelle organizzazioni sanitarie**

L'interesse per la comunicazione della salute in ambito sanitario è frutto soprattutto di un nuovo contesto post-welfarista in cui si muovono i sistemi di salute. Le richieste di informazione e comunicazione vengono rivolte primariamente verso il settore sanitario pubblico che è stimolato a dotarsi di servizi comunicativi operanti tanto verso l'interno quanto verso l'esterno. Interlocutori delle organizzazioni sanitarie, oltre ai cittadini e utenti, sono anche altri *stakeholder*, fra cui le istituzioni locali e regionali, i fornitori, i media, le associazioni di cittadinanza. Verso ognuno è utile e necessario che si sviluppi un adeguato flusso comunicativo.

Per quanto riguarda l'Italia, negli ultimi anni sono stati attivati diversi strumenti di pianificazione e coordinamento - come i Piani di Zona, i Piani di Salute, i Bilanci sociali, le Carte dei Servizi - che sono volti ad integrare attori diversi che si muovono in contesti locali e amministrativi (distretti, province, ecc.). In questi casi, sarebbero necessari *piani comunicativi territoriali* a supporto di tale lavoro e per sviluppare il coinvolgimento della popolazione nelle decisioni; raramente tuttavia questi livelli sono stati accompagnati da significativi impegni comunicativi.

Relativamente alle Aziende sanitarie e ospedaliere, la scelta effettuata in seguito alla legge 150/2000 (che raccoglieva sperimentazioni sparse precedenti) è

stata quella di pensare ad *Uffici stampa* e *Portavoce* collocati funzionalmente alle dipendenze della *Dirigenza* e *Uffici relazioni col pubblico* (URP) che possono essere collocati "in line" se ad essi vengono affidati principalmente compiti di ascolto dei cittadini e di accesso all'organizzazione sanitaria, oppure "in staff" se hanno compiti di comunicazione interna, comunicazione inter-istituzionale, trasparenza e accesso agli atti amministrativi, e via dicendo.

In molti casi, le modalità di comunicazione utilizzate sono state prevalentemente di tipo lineare e unidirezionale dallo staff al pubblico; in poche situazioni locali si è invece andati verso la sperimentazione di una comunicazione di tipo bidirezionale e partecipativo che desse corso alle istanze di trasparenza, ascolto, supporto del pubblico nei percorsi di salute.

Nel 2004, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha attivato un gruppo di lavoro che ha sviluppato un manuale utile a realizzare *Il piano di comunicazione delle amministrazioni pubbliche* (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2004). Ciò andava nella direzione di coordinare i vari sforzi delle amministrazioni pubbliche locali (fra cui Asl e Aziende Ospedaliere) al fine di superare la comunicazione "di facciata" per arrivare ad una comunicazione che diventasse "sostanziale" (Noto, 2007), evitasse le dispersioni (ad esempio la moltiplicazione degli sportelli staccati da una visione d'insieme) e fosse capace di innovare l'organizzazione interna tanto quanto le comunicazioni esterne.

Un ulteriore sviluppo di questa linea operativa avrebbe potuto essere il *Piano comunicativo di servizio* (PCS), inteso come «la progettazione, attuazione e verifica di un programma di scambi comunicativi continuativi, adeguati e opportuni nei confronti degli utilizzatori e degli altri interlocutori del servizio, basato sull'istituzione e il mantenimento di un clima fiduciario condiviso con gli interlocutori, finalizzato al perseguimento degli obiettivi autonomamente definiti, nel quadro della *mission* e dei principi generali dell'organizzazione di cui il servizio fa parte o con cui coopera» (Ingrosso, 2006, p. 148). Tale prospettiva fa sì che ogni Unità funzionale e operativa direttamente a contatto col pubblico si responsabilizzi attraverso un progetto comunicativo che includa la comunicazione faccia a faccia degli operatori (opportunosamente sostenuta dalla formazione sul campo), ma si allarghi anche alla considerazione del clima organizzativo del servizio e di tutti gli strumenti messi in campo (in presenza o a distanza) per un'opportuna comunicazione interna che si interfaccia con quella esterna. È evidente che, in questo caso, il PCS diventa uno strumento che permette di mettere a fuoco l'organizzazione soprattutto nei suoi impatti espliciti e impliciti verso l'utenza e può attivare un processo virtuoso di miglioramento.

Nell'ambito delle organizzazioni sanitarie pubbliche, private e "comunitarie" statunitensi le funzioni di coordinamento organizzativo a livello aziendale sono tenute da "Uffici per le Relazioni pubbliche". L'accezione di *Public Relations* (PR) negli SU è particolarmente ampia in quanto comprende: *Public affairs*, ossia la promozione della discussione pubblica e degli accordi con gli stakeholders e il pubblico, *Community relations*, ossia i buoni rapporti con le comunità locali di riferimento, *Issues management*, la presentazione di problemi da risolvere, *Crisis management*, vale a dire gli interventi di fronte a problematiche critiche e contestate, *Media relations*, che riguarda la gestione ordinaria dei contatti con i mezzi di comunicazione, *Marketing public relations*, ossia la presentazione delle



capacità e servizi offerti dall'organizzazione (Schiavo, 2007, p. 123). Le Pubbliche Relazioni sono quindi intese con "arte e scienza di stabilire e promuovere rapporti favorevoli col pubblico" (*American Heritage Dictionary*), ossia «la funzione di management che stabilisce e mantiene relazioni mutualmente benefiche fra un'organizzazione e il pubblico da cui il suo successo o fallimento dipende» (Cutlip, Center e Broom, 1994, p. 2), dove per pubblico non s'intendono solo gli utilizzatori, ma tutti gli interlocutori rilevanti, come si è visto.

Pur in diversi contesti organizzativi e culturale, la comunicazione organizzativa cerca di promuovere una visione relazionale, fiduciaria e di medio periodo dei rapporti fra organizzazioni sanitarie e clienti/utenti. Tale assetto risulta ancora molto ostico da raggiungere in sistemi sanitari istituzionali che prevedono la partecipazione dei cittadini attraverso varie forme (Carte dei servizi, Piani di salute, Comitati Paritetici Misti, consenso informato, ecc.), ma che ben poco sanno intervenire con opportuni strumenti organizzativi e comunicativi per rendere effettiva tale partnership.

Si può quindi affermare che il cammino per un'adeguata organizzazione della comunicazione sanitaria e di salute a livello territoriale, aziendale e di servizio costituisce un obiettivo e una sfida molto significativa per il futuro. Essa ha messo i primi passi e ha sviluppato sperimentazioni in alcuni contesti locali, ma attende ancora un massiccio investimento culturale e organizzativo per poter essere attuata. *La comunicazione organizzativa costituisce una sfida importante e necessaria* per rompere la crosta burocratica e autoritaria che ancora pesa in larga parte della sanità italiana, aprendo simbolicamente e praticamente un terreno di innovazione e di scambio che sempre più diventa urgente e atteso da parte di una cittadinanza più informata e consapevole, ma che deve far fronte altresì ad un contesto socio-sanitario che ha bisogno di reagire alla frammentazione delle risorse e dei percorsi di cura.

## **5. I media fra salute e benessere**

Rilevazioni recenti (Censis-Ucsi, 2011) evidenziano una forte crescita di interesse e utilizzo di internet negli ultimi anni fino a superare il 50% degli utenti complessivi dei media nel 2010. Si stima che siano oltre 23 ml gli internauti in Italia e di questi 16 ml cercano su internet notizie su salute e sanità. Molto rappresentati sono i giovani e i laureati, ma la crescita ha riguardato tutte le categorie sociali.

Lo stesso rapporto afferma che è in forte cambiamento la "dieta mediatica" degli italiani che, in un recente passato, era ampiamente composta dalla tv e poco dai giornali. Con l'introduzione dei giornali on line e di vari siti d'informazione l'utilizzo è cresciuto (fino 36,6%), ma resta più di una discriminante: mentre, in Italia, si è attenuato il *digital divide* - finora abbastanza marcato - persiste un *press divide*. Infatti le persone aperte a diete internet sono arrivate vicino alla metà della popolazione (48,7% già nel 2009), mentre perdono di peso i quotidiani a stampa, parzialmente compensati da quelli on line. Di fatto, però, molti italiani non "si cibano" di questo tipo di informazione preferendo gli altri media.

Il rapporto Censis-Ucsi del 2012 afferma poi che si è avuta un'ulteriore accelerazione del processo negli ultimi anni e che siamo entrati nell'*era biomediatca*. Scrivono M. Valerii e S. Marcelli, curatori del rapporto: «Il lungo ciclo

di affermazione del primato del soggetto nella postmodernità ha conosciuto un'accelerazione notevole grazie alle tecnologie digitali, che hanno innescato una rivoluzione nelle modalità di consumo dei media e nei processi di produzione dei contenuti, eleggendo la soggettività individuale a protagonista assoluta dell'ambiente mediatico.» (id., p. 7). Il passaggio in corso è legato soprattutto al diffondersi delle applicazioni del web 2.0 e dei social network grazie alla diffusione di tablet, smartphone e del cloud computing. Si sta aprendo uno scenario di "computer diffuso" grazie alla miniaturizzazione e smaterializzazione dei pc che permette la creazione progressiva di un unico ambiente ipermediale. Grazie a tali tecnologie, la penetrazione di internet ha guadagnato nove punti percentuali in un anno superando il 62%. Di questi, *due terzi sono iscritti a Facebook*. Mentre radio e tv restano presenti e utilizzate nelle case di tutti gli italiani, perdono di peso i quotidiani e i periodici, con una ascesa (non proporzionale) degli utilizzatori dei quotidiani on line.

Gli autori sostengono che sempre più si può affermare che "i media siamo noi" perché siamo noi stessi a costruirci i nostri palinsesti multimediali personali, tagliati su misura delle nostre esigenze e preferenze, uscendo dalla logica top-down dei media tradizionali. I media siamo noi anche dal punto di vista dell'oggetto della comunicazione, in quanto i social network veicolano un'informazione fortemente soggettivistica e autoprodotta, facendo saltare, almeno tendenzialmente, «la dimensione gerarchica che attribuiva alle fonti tradizionali il ruolo insostituibile ed esclusivo di emittenti di messaggi professionali e autorevoli.» (ib., p. 11). Si generano nella rete socio-tecnica "sentimenti primordiali" di simpatia e antipatia, indignazione ed entusiasmo che fomentano gigantesche ventate che muovono milioni di utenti connessi on line. Ciò contagia la politica, ma si estende anche ad altri campi.

Come questo cambio socio-tecnologico modifica lo scenario dei sistemi di salute? Sicuramente molto in quanto i temi della salute/benessere sono fra i più presenti e utilizzati su internet, come detto. Tuttavia l'organizzazione dell'offerta mediatica e della risposta aggregativa richiede qualche tempo e, come ricordato, non sempre si stabilizza. Cerchiamo quindi di ripercorrere i tre passaggi rilevanti che hanno marcato la comunicazione mediatica della salute (con particolare riferimento alla situazione italiana) per vedere se e come certe tendenze si sono mantenute e rinnovate, al di là del cambio tecnologico dei canali, e come invece altre possibilità si profilano nella recente trasformazione in corso verso la crossmedialità.

### ***I periodici del benessere: un canale apripista***

Apparsi in Italia alla fine degli anni settanta, come detto, i periodici hanno avuto un successo di pubblico crescente nei due decenni successivi. La crescita di testate e audience è stata rilevante fino alla fine degli anni novanta. Un'importante crisi di questo canale a stampa è stata superata all'inizio del duemila portando ad un'ulteriore diversificazione di testate e di temi (Ingrosso e Peccenini, 2007), tanto che nel 2005-2006 il genere salute era al quinto posto fra i periodici italiani con 1,4 ml di lettori solo per i 10 maggiori periodici venduti (Dati Audipress, 2006 cit. in Collicelli e Vaccaro, 2008). In realtà i periodici presenti (compresi gli inserti-salute dei principali quotidiani nazionali) sul mercato erano oltre 40 con un incremento rispetto agli anni precedenti. Negli anni successivi questo canale ha subito una contrazione significativa, in ragione della concorrenza di altri mezzi d'informazione e del mutare della dieta mediatica, ma esso si è diffuso a diversi generi di periodici

confinanti (cucina, scienza, sport e fitness, bambini e famiglia, ambiente, beauty) dilatando e diluendo lo spazio di penetrazione (Ingrosso e Peccenini, 2008).

Gli orientamenti culturali rappresentati nel nuovo scenario mediatico si articolano ben presto in tre filoni che hanno diverso peso: l'orientamento *preventivista-direttivo* è sempre meno gradito al pubblico e subisce varie crisi e trasformazioni; trova maggiore successo l'orientamento *salutista e di consumo* - centrato su diete, forma, bellezza - che incontra il gusto post-moderno del *look* e della *fitness*; a fianco di questi compare un terzo orientamento di taglio *olista-ecologico-psicosomatico* che presenta nuove proposte interpretative e d'azione legate all'introduzione di medicine non convenzionali, pratiche salutari, stili di vita sani. Da settore di nicchia quest'ultimo orientamento arriva a presentarsi - fra gli anni '90 e duemila - con un taglio divulgativo che accresce l'audience, pur a costo di una, forse inevitabile, diluizione dei contenuti.

L'effetto principale dell'espansione dei periodici è stato quello del diffondersi di una cultura attenta ai temi della salute-benessere in ampie fasce del pubblico, seppur ineguale, frammentata, non omogenea culturalmente. Una cultura che ha abbandonato la tradizionale concezione della salute come assenza di malattia per articolare una serie di nuove istanze di tipo preventivo dei rischi, di tipo promozionale di stili di vita sani, di attenzione all'impatto eco-ambientale, spesso sensibile alla forma e al beauty, desiderosa di benessere psicologico, talvolta interessata alle nuove pratiche complementari, tutte istanze che si sono sviluppate a volte in contrasto e altre volte in *mélange* fra loro.

L'immagine del corpo è passata da una concezione naturalistica e meccanico-organicista a un'altra in cui prevalgono le metafore informazionali (ad esempio: l'informazione genetica) e multi-tecnologiche (ad esempio, quelle mutate dal computer, come *hard disk*, *software*, ecc.), da una parte, ma anche quelle che sottolineano gli aspetti emozionali e narrativi (dal corpo alla corporeità) o quelli di immagine (il corpo scolpito e decorato), dall'altra.

Relativamente ai piccoli mali (Melucci, 1993), si sono diffuse tecniche e pratiche di intervento di diversa provenienza ed efficacia che si sono caratterizzate per essere "dolci", poco invasive e aggressive; esse, da una impostazione di contrasto e alternativa rispetto alla medicina convenzionale, sono presto passate a prevalenti modalità inclusive e complementari, diffondendosi come istanze quotidiane e di mantenimento più che di emergenza. Ma la promozione del benessere si è anche articolata in nuovi comportamenti molto più diffusi che nel passato, portando ad un incremento della motricità, dei tempi di relax e rigenerazione, sviluppando una maggiore cura dell'alimentazione e la diminuzione di alcuni comportamenti nocivi (come il fumo, l'alcol, il sovrappeso, ecc.).

Rispetto alla medicina, si è andati da una visione miracolistica e indiscussa, ad una "di successo", grazie alle tecnologie, ma anche negoziata e laicizzata, senza l'aura semi-sacrale del passato.

In questo quadro di trasformazioni, i periodici hanno avuto un ruolo significativo evidenziando nuove tendenze, socializzando a nuovi contenuti, aprendo a nuove relazioni fra mondo professionale e saperi profani. Per contro, tale presenza ha alimentato anche aspetti culturali e di consumo più discutibili, come detto.

### ***L'istituzionalizzazione televisiva***

Per quanto riguarda le trasmissioni specializzate su temi sanitari/di salute, edite soprattutto dai canali Rai, si è passati da trasmissioni informativo-educative di nicchia (come *Check-Up* avviato nel 1977) a trasmissioni che si orientavano verso il montante filone di consumo ed estetista (*Più sani, più belli*: anni '80), fino ad approdare a solide formule preventiviste (come *Elisir*, apparso nel 1996). La produzione Rai è poi particolarmente seguita nelle rubriche inserite nei contenitori giornalistici e di accompagnamento (*Uno mattina, In famiglia, Domenica In, ecc.*). L'ascolto medio del *Tg2 Salute* è stimato in oltre 1,8 ml di persone al giorno (fonte RAI, 2005-2006 cit. in Collicelli e Vaccaro, 2008), mentre *Elisir* (in onda alla domenica sera) nella stessa stagione ha segnato un ascolto medio di quasi 2,4 ml di spettatori. Anche le reti private hanno sviluppato una loro programmazione, seppur meno ampia di quella Rai.

A partire dagli anni novanta, ma soprattutto nella prima parte del primo decennio del duemila, la tv è diventata il primo canale di diffusione di informazioni sanitarie e di benessere, con una significativa influenza sull'opinione pubblica. Se a questa si affiancano le trasmissioni radio (*Articolo 32, La Medicina, Pronto Salute, Break, ecc.*), seguite soprattutto dai giovani, che hanno avuto una ripresa nel corso del decennio, si nota un prevalere dei *broadcasting* in tale periodo.

Il filone preventivista e medico-informativo ha in questo canale uno spazio maggiore. Si assiste ad una specie di ufficializzazione del discorso medico a cui accedono molti rappresentanti di ordini e associazioni professionali, spesso invitati ma sovente anche sollecitati verso le testate per dare risalto a congressi scientifici, risultati dei propri centri terapeutici, tecniche "innovative e all'avanguardia" esibite davanti al grande pubblico. Nelle tv sembra praticato una sorta di filtro selettivo preventivo rispetto alle medicine e pratiche non convenzionali di cui questo canale ha dato ben poco conto, al contrario invece del settore *beauty* e cosmetico che riceve grande attenzione in vari contenitori.

Il discorso televisivo si presenta quindi come una narrazione con canoni molto "ortodossi" e controllati, in cui va spesso in scena una sorta di paternalismo illuminato dell'esperto nei confronti di pazienti talvolta partecipanti in veste di beneficiati.

Questo tipo di *bon ton* televisivo è tuttavia periodicamente messo in crisi dalla confusione dei linguaggi a cui si assiste durante il diffondersi di eventi calamitosi o infezioni impreviste che assumono virulenze reali e mediatiche sempre maggiori (ricordiamo la cosiddetta "mucca pazza", il virus Ebola, l'influenza "aviaria", quella "suina" e diversi altri eventi). In questo genere di situazioni, il mezzo televisivo, sviluppando una copertura concentrata e diffusa in vari spazi informativi, amplifica facilmente dubbi e paure, accostando dati e previsioni allarmanti - non sempre verificati - a superficiali rassicurazioni da parte di autorità politiche e sanitarie che rincorrono i fenomeni mostrando, in molti casi, impreparazione organizzativa ma anche comunicativa. Tali *uragani mediatici*, che talvolta durano mesi, lasciano sul terreno perplessità e diffidenze, come si è evidenziato durante la campagna anti-influenzale contro il virus H1N1 (2009-2010), portando allo scoperto interessi occulti e approssimazioni nella loro gestione (Ingrosso, 2011e; Gatti, 2012).

Un terzo campo in cui il canale televisivo svolge un ruolo rilevante è quello delle *fiction*. L'ambiente sanitario è spesso scelto come contesto di riferimento. Vengono presentate famose serie televisive diffuse internazionalmente (si ricordino le fortunate serie *ER-Medici in prima linea*, *City Hospital*, *Chicago Hope* e diverse altre) e vengono prodotte mini-serie di produzione nazionale. I meccanismi della *situation-com* o dell'indagine giallistica mostrano i retroscena sia dello staff sia dell'ambiente familiare-amicale dei pazienti, giocando sugli influenzamenti reciproci e le divisioni di orientamenti interni. L'approccio narrativo riesce spesso a fare giocare efficacemente i vissuti personali dei protagonisti con gli interventi professionali che portano ad insperate soluzioni i vari casi via via presentati. Viene qui messa in scena una medicina attiva, interattiva, professionale, amica del paziente, che, dopo una serie di difficoltà e incomprensioni, riesce a prevalere. Tali *fiction* hanno forse il loro punto di attrazione maggiore nella capacità di dare forma ad una sorta di attesa comune condivisa in larghe fette del pubblico presentando una sanità come si vorrebbe che fosse e come potrebbe essere, evitando riferimento troppo stretti alla realtà effettuale del paese e all'attualità di cronaca, in particolare ai casi di cosiddetta "malasanità". Questi ultimi fanno infatti parte delle notizie quotidiane dei tele-giornali, ma raramente essi formano l'oggetto di riflessione negli spazi dedicati a temi sanitari.

Nel complesso quindi il canale televisivo sviluppa una sorta di familiarizzazione del pubblico nei confronti del mondo medico e dell'informazione sanitaria, che talvolta si presenta con l'irruenza della tempesta per poi tornare nell'alveo dei moduli più consolidati e istituzionali. Le modifiche maggiori che il mezzo televisivo ha probabilmente introdotto sono quelle a carico della classe medica: è infatti la componente specialistica che è beneficiata da una esposizione mediatica che ne legittima l'autorevolezza e la continua capacità innovativa, mentre ben raramente le cure primarie e i loro protagonisti sono oggetto di attenzione. In mancanza di una liberalizzazione, frenata dalle norme della pubblicità in campo sanitario, si realizza così un quasi-mercato delle prestazioni terapeutiche, che esalta le capacità esibite, in genere dai *primari*, rappresentanti delle strutture, a discapito di qualunque dialettica con le esigenze e i saperi dei pazienti che, in questa narrazione, vengono semplicemente ignorati.

### ***Le opportunità dei nuovi media***

Per quanto riguarda internet, è stato messo in rilievo la grande novità rappresentata da un canale tanto esteso e "libero", con una struttura a rete potenzialmente interattiva, in cui ciascuno può essere attore dentro configurazioni variabili e mobili. In effetti, con internet si sviluppa una quantità impressionante di siti, dove i più vari attori singoli e collettivi si presentano, si mostrano raggiungibili, si collegano. In tal modo cadono le censure e gli inquadramenti che altri media (e in particolare la tv) hanno ampiamente praticato e continuano a praticare. Tuttavia questa "libertà" è spesso utilizzata unilateralmente dai gruppi più forti e organizzati per presentare la propria immagine, la propria faccia pubblica, evitando accuratamente intrusioni non autorizzate e interazioni non gradite. Tuttavia, attraverso questo mezzo, è anche possibile prendere la parola per associazioni di pazienti e consumatori, per gruppi critici, per operatori non-convenzionali sviluppando una presenza autonoma (Paltrinieri e Giangiacomo, 2005; Ingrosso,

2008a). In misura più ridotta è possibile che anche singoli o gruppi possano attivare blog per raccontare esperienze e per chiedere consiglio o aiuto.

Le verifiche sulla qualità dei siti sono limitate: solo alcuni si sono dotati di bollini-qualità (come l'*HON code*) messi a punto da istituzioni che, per altro, non dispongono di legittimazione condivisa e strumenti d'azione (come l'*Health on the Net Foundation*). Diverse volte non compaiono i proprietari e promotori reali dei siti e la vetrina è solo una copertura per interessi commerciali o di altro genere. Inoltre, come si è evidenziato in alcune ricerche (Marchetti e Spaggiari, 2007; Ingrosso, Spaggiari e Marchetti, 2008), i siti interattivi e di consulenza sono una minoranza e non sempre le risposte sono all'altezza delle attese.

La novità più importante è tuttavia quella della ricerca di informazioni e, in misura minore, comunicazioni e pareri da parte di pazienti-cittadini che diventano *navigatori attivi e riflessivi* (Spaggiari, 2007) per varie esigenze di informazione, diagnosi, terapia e condivisione.

La comparsa del "Dottor web" costituisce una significativa innovazione nella misura in cui può permettere di ottenere consulenze supplementari che permettono ai pazienti e ai loro familiari di affrontare la malattia e il percorso di cura con più informazioni, meno isolamento, con una consapevolezza accresciuta (Diaz *et al.*, 2002). Non è escluso che questa opportunità possa fungere - in una quota di casi - come moltiplicatore dell'incertezza e dei dubbi o, in altri casi, dell'ipocondria. Ciò non toglie che la rete permette contatti significativi e un allargamento di visuale, aiutando ad assumere decisioni più fondate (Dolan *et al.*, 2004).

La possibilità di disporre di esami on line e della propria cartella potrà forse portare, nel prossimo futuro, ad un incremento e miglioramento delle possibilità di supporto consulenziale, aprendo ad una medicina on line che potrebbe diventare un mercato lucroso.

Internet ha però una faccia meno nota. Esso ha acquistato importanza anche per le professioni sanitarie che, dopo una prima fase di *entrata cauta* nel web (più che di "resistenza" o "reticenza": v. Peccenini, 2007), stanno familiarizzando con le nuove potenzialità del web 2.0 cercando risposte a bisogni formativi, informativi, di comunicazione e aggregazione. Tale fenomeno è stato designato con gli acronimi di *e-Health*, *Medicine 2.0*, *Cybermedicine* in recenti congressi internazionali (Ruberto, 2011; Santoro, 2011).

Esempi di queste applicazioni avanzate di internet sono l'uso dei *podcast*, ossia file audio e video - talvolta corredati di slides -, che sono stati adottati dalle più importanti riviste scientifiche mediche per presentare i numeri in uscita e sono molto diffusi anche per conferenze, congressi, iniziative scientifiche; in alcuni casi, questi aggiornamenti scientifici vengono accreditati come materiali ECM (*Educazione Continua in Medicina*).

Seguono i *blog*, ossia dei diari tenuti da opinion leader intorno a cui si articola un commento dei frequentanti il sito. Ve ne sono di molti tipi: sia di tipo scientifico, sia di tipo riflessivo o critico, spesso tenuti da medici, ma anche promossi da riviste mediche di primo piano (*Lancet*, *Nature*, *BMJ*). Alcuni si rivolgono ai colleghi, altri sono aperti al pubblico. In alcuni casi sono dei pazienti che li promuovono per altri pazienti con gli stessi problemi.

I *wiki* (basati sulla filosofia che ha generato Wikipedia) sono siti collaborativi che nascono per condividere delle conoscenze e sono generati dal lavoro comune di gruppi di persone (in questo senso si è parlato di *wikieconomia*). In campo sanitario,

una interessante applicazione è *Ganfyd*, costituita da voci mediche che vengono aggiornate da reti di specialisti e medici di base sulla base dell'assunto che chi trova una soluzione dovrebbe condividerla. Al momento in cui scriviamo, tuttavia, questa impresa sembra non aver decollato e molte voci non sono state aggiornate.

I *social network*, com'è noto, sono reti relazionali e collaborative che gestiscono spazi virtuali. Si è detto dell'enorme espansione che hanno avuto in tutto il mondo, compresa l'Italia dove il 2/3 degli utenti internet li frequentano. Se per molti sono solo spazi di svago e contatto libero, per altri i network diventano spazi di aggregazione professionale (come LinkedIn) o di formazione di comunità virtuali intorno a specifiche patologie (diabete, obesità, parkinson, ecc.). Tali strumenti rendono possibili delle *Online Health Communities*. Ad esempio, *CarePages* mette a disposizione dei siti in cui le persone autorizzate possono leggere un diario di un paziente ospedalizzato, magari tenuto da un familiare, e possono mettersi in comunicazione con lui condividendo l'evoluzione del trattamento. Si forma così un clima di sostegno che è stato valutato utile in alcuni casi studiati. *PatientsLikeMe* è invece più vicino alla forma associativa di pazienti che condividono la medesima problematica e si mettono in rete per sostegno e auto-aiuto.

Negli SU e nei paesi nordeuropei l'accesso ad internet dei medici è di oltre il 90% e alcune ricerche segnalano che per ogni paziente incontrato si generano questioni che molti affrontano ricorrendo alle risorse di rete. Nello studio di Parekh, Mayer e Rejowsky (2009), studio condotto per conto di *Google Health* e dedicato ai motivi per cui i medici utilizzano internet, è emerso che l'86% degli intervistati usa internet per informarsi su farmaci, terapie, prodotti farmaceutici e ben l'80% per verificare informazioni presentate da pazienti. Per il 58% degli intervistati l'uso è giornaliero. In circa la metà dei casi, le notizie vengono fatte pervenire ai pazienti interessati o si raccomanda loro un cambiamento di stili di vita. In oltre un quarto delle situazioni (28%) si chiede consiglio a un collega.

Altre ricerche comparative, quelle di Davies e Harrison (2007) hanno confrontato un campione di medici USA e della GB rispetto a utilizzo, risorse informative e fonti trovando varie configurazioni. Essi ritengono che si debba procedere ad un'educazione al buon utilizzo delle risorse attraverso la formazione ECM. Studiosi come Masters (2008), tuttavia, mettendo insieme un altro gruppo di studi e, dandone una lettura secondaria, evidenziano che ormai l'utilizzo di internet è andato molto al di là delle questioni di accessibilità e utilizzabilità: esso comporta atteggiamenti complessi che non possono essere riportati solo alle potenzialità del mezzo ma ad un mutamento complessivo di rapporti coi pazienti, di clima sociale e di relazioni coi colleghi.

La situazione in Italia non è altrettanto conosciuta in mancanza di ricerche ad ampio raggio. Un'indagine della Fimmg (2010) svolta su un ampio campione di MMG ha evidenziato che l'accesso ad internet è a livello di altri paesi (oltre il 90%), ma gli utilizzi sono di tipo piuttosto amministrativo che non esplorativo e collaborativo. In ogni caso, esistono diverse tipologie di medici (da innovativi a tradizionalisti) e il problema maggiore è il clima piuttosto rassegnato che si respira nel settore sanitario in Italia, in cui prevalgono gli aspetti contingenti e di crisi economica che lasciano poco spazio per l'innovazione, ma anche per ripensamenti di fondo.

Nella situazione italiana non è probabilmente sufficiente affidarsi alle capacità di aggiornamento personale o alle spinte parziali che possono provenire dai pazienti

o da iniziative locali delle associazioni mediche. È necessario pensare ad investimenti e sforzi coordinati avviati dalle istituzioni ministeriali e/o regionali: «Per una corretta comunicazione della salute su web servirebbe una grande regia istituzionale, capace di far sedere al tavolo e lavorare insieme soggetti diversi: le big pharma, le società scientifiche, i centri d'eccellenza, l'università. Se ci fosse un progetto di comunicazione della salute in Italia, un progetto capace di essere un modello di riferimento, probabilmente tutto il sistema ne sarebbe investito con ricadute positive per tutto il Paese» (intervista a L. Vinci in Gatti, 2012, p. 288).

## 6. Le relazioni di cura nel tempo della crossmedialità

Se si esaminano le principali fonti d'informazione in materia sanitaria (Indagine Censis-Frb, 2006) si scopre che, nel 2006, il medico di medicina generale, pur in calo rispetto a tre anni prima, resta il principale referente (per il 65,8% dei rispondenti), ma esso è seguito dai media generalisti (in particolare le rubriche Rai, i giornali e le riviste specializzate: rispettivamente 43,2% e 35,2%); in calo la rete di riferimento profana (familiari, amici, colleghi), mentre internet (col 13,1%) in soli tre anni acquista un rilievo che nel 2003 era quasi assente. Quindi la crescita dell'utilizzo dei media non diventa sostitutiva del medico, ma muta l'informazione e la consapevolezza del paziente e dunque le sue attese di fronte al medico. Tale fenomeno, tra l'altro, ha una valenza internazionale: ad esempio negli Stati Uniti il 75% dei rispondenti ad un'indagine rappresentativa nazionale hanno dichiarato di aver prestato attenzione (abbastanza o molto) a temi relativi alla salute comparsi nei media (Johnson, 1998; Chen e Shui, 2001).

I media dunque diventano una presenza diffusa e costante (anche se disomogenea) che s'inserisce nelle relazioni fra professionisti sanitari e cittadini/pazienti. Già i media cartacei avevano avviato un'attività consulenziale, che permetteva ai lettori di chiedere informazioni aggiuntive e secondi pareri a medici esperti messi a disposizione dalle riviste. Da parte sua, la televisione ha premiato soprattutto la divulgazione e l'esibizione della medicina specialistica, orientando il pubblico verso le nuove tecniche disponibili.

Con la diffusione del web, l'atteggiamento attivo del paziente (o familiare) è diventato sempre più rilevante e diffuso in termini di informazioni acquisite, pareri, ricerca di percorsi terapeutici. I cittadini-pazienti cercano maggiori conoscenze, ma anche consapevolezza in occasione dell'incontro coi terapeuti di base, ma anche con gli specialisti. In questo senso sono stati conati termini come *paziente informato*, *riflessivo*, *competente*, *esperto* e simili (Fox, Ward e O'Rourke, 2005) per definire l'*empowerment*, ossia l'incremento di peso nella relazione, da parte di questa figura in formazione. Si è evocato lo scatenarsi di un "terremoto relazionale, epistemologico e antropologico" che tale situazione comporta a carico del medico (Intervista a S. Leone in Gatti, 2012, p.1 e segg.).

Visto nel suo complesso, il fenomeno è effettivamente in piena espansione e ha ormai un carattere permanente. Dal punto di vista medico, si tende a leggere tale presenza (esplicita o latente) in termini di *interferenza* che l'uso del web produce nel rapporto diadico, nonché di *distorsioni* che introduce nel percorso terapeutico (false notizie, illusioni, auto-diagnosi errate, terapie pericolose seguite). In parte



ciò corrisponde al vero, in quanto il web è un contenitore non regolato in cui è possibile reperire molto, ma anche incontrare venditori di fumo che carpiscono la buona fede per fare affari. Tuttavia le poche indagini disponibili in sede italiana e internazionale ci dicono che il flusso maggiore di questo fenomeno è consapevole di questo problema e che vuole principalmente sapere di più per capire e interagire coi terapeuti. Ad esempio, secondo l'indagine Censis-Frb del 2007 sul tema delle nuove domande della comunicazione della salute, la maggior parte degli utenti cerca su internet informazioni che permettano di farsi un'opinione più ampia e completa (50,8%). Una piccola parte ritiene di trovare spesso informazioni caotiche o non affidabili (circa 11%).

Questa situazione non più eludibile apre una sfida che va in *tre direzioni*: verso i medici, che devono passare da un atteggiamento di fastidio ad una nuova ottica comunicativa, consulenziale e di caring verso i pazienti; verso i pazienti che, dismettendo qualunque eventuale atteggiamento rivendicativo e contrappositivo, hanno bisogno di una crescita di supporti e comunicazione da parte di tutto il sistema delle cure (e non solo dal medico); da parte del web che, da una situazione ancora immatura e caotica, ha bisogno di strutturare presenze responsabili, affidabili e utili. Una sfida, quest'ultima, che può essere raccolta da giornalisti specializzati, associazioni professionali, centri specialistici, autorità regionali, associazioni di pazienti, nuove reti pluriprofessionali associate, e così via.

Per affrontare i tre corni di questa sfida sarebbe utile avere un'unica cabina di regia, ma, se questo non fosse possibile, si dovrebbe poter contare almeno su una serie di attori robusti e responsabili in ogni campo, capaci di tracciare delle linee di sviluppo. Le tendenze spontanee presenti su internet, come detto, possono portare elementi utili, ma esse rischiano di risolversi in incrementi di business consulenziale, di commercializzazione indotta, di comportamenti poco corretti, inducendo sconcerto, sfiducia, distanza. L'evoluzione evidenziata nei comportamenti dei medici inglesi e statunitensi sopra ricordata (Davies e Harrison, 2007; Masters, 2008; Parekh, Mayer e Rejowsky, 2009) dimostra invece che una trasformazione dei rapporti è possibile ed è in atto. Una trasformazione che tuttavia nel nostro paese è solo in parte diffusa.

L'avvio di riforme strutturali e comportamentali nelle cure primarie, attraverso la creazione di *Nuclei di cure primarie* e *Case della salute*, potrebbe essere l'occasione per un ripensamento di fondo che includa anche il buon utilizzo della comunicazione in presenza e a distanza, ma soprattutto assuma l'esigenza di reintrodurre *rapporti di caring* nel professionismo medico-sanitario e di fornire supporto a *percorsi di continuità assistenziale e di cura*, superando la frammentazione attuale. La stessa cosa dicasi per le cure secondarie e terziarie, finora più soggette a tagli economicisti che riorganizzativi, non inseriti in un disegno organico di continuità con le cure primarie.

Vale inoltre la pena di ricordare qui che il quadro delle sfide dovrebbe essere arricchito dalla considerazione delle varie professioni sanitarie che stanno via via emancipandosi dalla dominanza medica (Tousijn, 2004a; 2004b) e che costituiscono un'importante riserva di *care* professionale, che tuttavia va formata e supportata adeguatamente, come è risultato da una indagine sulla professione dei fisioterapisti recentemente realizzata (Ingrosso, 2013b). A questo scenario si aggiungano le nuove forme del caring familiare (in particolare attraverso le assistenti familiari) e del

*family learning* (Vicarelli e Bronzini, 2009) che svolgono un ruolo rilevante nella *long term care*.

Tale nuovo assetto, già in parte attuale, evidenzia l'esigenza di passare da una visione gerarchica delle terapie ad una concezione della cura più complessa in cui le risorse del *cure*, del *care*, del *caring* e del *self-care* siano portate a cooperare, a fare sistema, a concorrere a percorsi al fine di produrre benefici per il curato, ma anche per rispondere alle nuove sfide che la comunicazione della salute pone come urgenti e ineludibili (Ingrosso, 2013a).

Nell'ambito della recente evoluzione del web, la *crossmedialità*, che si manifesta soprattutto come possibilità di disporre di una serie di sistemi digitali connessi e coordinati e di utilizzare dei network, potrebbe dare un supporto importante ad un nuovo assetto integrato delle cure. Si pensi, per fare un esempio, alla possibilità di tutti coloro che fanno parte di un sistema di *Assistenza domiciliare integrata* di essere aggiornati sulla situazione del paziente e sugli interventi dei vari operatori e familiari; lo stesso dicasi per interventi in ambiente ospedaliero, una volta che si sia realizzata una sicura connessione con le cure primarie e l'ambiente familiare. Le tecnologie, in questo senso, vanno sempre pensate in termini socio-tecnici e non come comportamenti indotti e dovuti, come buona parte dell'ethos tecnocratico ed economicistico oggi prevalente tende a fare.

## **7. I tre scenari possibili del prossimo futuro**

In apertura a questo saggio avevamo posto due macro interrogativi che emergevano dall'enorme e caotico articolarsi della comunicazione mediatica presente nel campo della salute: da una parte la *sfida interpretativa*, capace di analizzare e leggere il mutamento continuo, ma anche di medio-lungo periodo in atto; dall'altra, la *sfida progettuale e applicativa*, capace di pensare a utilizzi creativi ed effettivamente *com-uni-ficanti*. Cerchiamo ora, in queste brevi note finali, di avviare tentativi di risposta a questi due interrogativi generali.

Su piano interpretativo, ci pare che non sia più attuale la distinzione fra "virtuale" e "reale" applicata al mondo web. La comunicazione on line è ormai entrata nella vita individuale e collettiva in modo inscindibile dagli altri comportamenti quotidiani e organizzativi. *Fare diventa anche comunicare*, anche se non vi è un automatico reciprocarsi di queste due facce. Le professioni del fare curativo, in ogni caso, non possono esimersi da una profonda immersione non solo tecnologica ma *socio-relazionale* nel campo comunicativo. Non è sufficiente essere connessi a dei network, se non si sa anche cooperare-con e "appartenere" a diversi gruppi professionali e reti centrate su scopi comuni. Il *non-comunicare*, per preservare il proprio sapere esperto o per mantenere il primato di *deus ex machina* della terapia, può diventare sempre più controproducente di fronte ad un ambiente che si esprime per nodi informativi e comunicativi relativamente autonomi. Per certi aspetti, la figura di "libero professionista" e dello specialista chiuso nella torre d'avorio sta diventando obsoleta, non meno di quella dell'operatore esecutore di prestazioni di cura standardizzate e prefissate. In un mondo di reti, connessioni, comunicazioni è necessario tessere nuove *trame complesse di cura*, entro cui inserirsi e agire; è necessario diventare un nodo attivo, che però ha bisogno di altri con cui *inter-agire e fare-insieme* (Sennet, 2012).

Il panorama che abbiamo tracciato sembra rispondere implicitamente alle nuove esigenze connettive e alle domande che vengono dai navigatori del web attraverso tre orientamenti o modalità relazionali che cercano di dare un qualche ordine alla esplosione creativa che l'ambiente mediatico presenta ai suoi cybernauti. Possiamo indicare questi orientamenti coi termini di: a) *dominanza*; b) *negoiazione*; c) *relazionalità dialogica e cooperativa*. Proviamo ad analizzarli brevemente.

Nel campo ormai globale della sanità-salute-benessere il tema della *dominanza* rimane attuale per quanto riguarda le concentrazioni economiche come Big-Pharma (le aziende farmaceutiche globali) e le concentrazioni tecno-scientifiche della Big-Science (grandi laboratori e reti di ricerca avanzata in campo bio-medico). Tali dominanze hanno come effetto diffuso quello di privilegiare una concezione della scienza traducibile in tecnologia consumabile, di sostenere un professionismo specialistico esclusivo, gerarchico e manageriale, di produrre una medicalizzazione e farmaceutizzazione diffusa (Maturò e Conrad, 2009; Bronzini, 2013, Tognetti, 2013) che, attraverso forti filtri concorrenziali, ambisce a mettere a disposizione di pochi le migliori tecnologie di eccellenza anche se il prezzo da pagare è quello dell'abbandono della prospettiva di una *salute per tutti e per ciascuno* (WHA, 1981). La dominanza cerca di mantenere, anche attraverso le nuove risorse che il web mette a disposizione, delle forme di sudditanza da parte dei pazienti, nonché di tutte quelle professioni sanitarie che sono in grado di mobilitare meno risorse organizzative e che soffrono maggiormente gli effetti di precarizzazione prodotti della crisi economica. Come nello "scambio a somma zero" descritto da Sennett (2012), la dominanza definisce i parametri per i quali certi giocatori hanno significativi vantaggi competitivi su altri pur senza negare totalmente una qualche forma di collaborazione coi gruppi "aggregati" che accettano di stare al gioco. Ad esempio, se i parametri sono di tipo tecnico-produttivo, tutto ciò che è *caring* nelle professioni della cura risulta penalizzato o negato.

Nel mondo dei media questa rappresentazione esplicita e implicita trova ampi sostegni nel versante tradizionale delle televisioni, ma anche in quella parte del web che può contare su grandi investimenti di marketing verso il pubblico, nonché in quegli ambiti riservati che intendono preservare lo specialismo delle conoscenze ai soli addetti ai lavori fortemente selezionati.

Passando all'*orientamento negoziale*, esso si basa su uno scambio simmetrico in cui ogni parte pone sul piatto le risorse disponibili, non solo quelle tecnico-scientifiche ma anche quelle di prestigio, successo, notorietà acquisite. Ogni gruppo tende a contrattare un proprio spazio e immagine caratterizzante, ma a negoziare con altri per la formazione di imprese "innovative" e scambi di risorse, contribuendo alla creazione di un immaginario "di successo". Nel mondo delle reti questo scambio è privilegiato in quanto permette accordi veloci fra le parti modificabili attraverso continue rinegoziazioni.

Lo scambio simmetrico valorizza le capacità e il potere di scelta del cliente, soprattutto nelle aree del mercato del benessere in cui non vi sono posizioni nettamente dominanti fra i produttori e dove gli acquirenti possono organizzarsi in associazioni dei consumatori e gruppi di pressione. Le forti correnti emozionali che viaggiano sui social network possono rafforzare queste posizioni nei confronti dei fornitori di servizi in quanto riescono talvolta a canalizzare l'attenzione di molti, seppur per tempi brevi, portando a significativi effetti rispetto alle scelte di consumo.

È tuttavia evidente che le forme di scambio dinamico e (quasi) simmetrico hanno limitate capacità di costruire risposte più durature e di produrre qualità aggiuntive come quelle richieste dalla domanda di *caring* e di connessione fra diversi attori e risorse. Diventa quindi necessario pensare a nuove forme di collaborazione curativa caratterizzate da una *relazionalità dialogica e cooperativa*, che Sennett definisce "scambio differenziante". Lo scambio differenziante, precisa Sennett, propone una giusta mistura di fattori cooperativi e competitivi, ma ha al suo centro lo scambio dialogico (mutuato dal linguista M. Bachtin), ossia una forma di comunicazione che mira all'integrazione e non ad una pura dialettica fra forze contrapposte che spesso porta a giochi a somma zero. Secondo Sennett, è necessario riscoprire le abilità, ma anche il *piacere* di accordi operativi che portano vantaggi a tutte le parti e possono far crescere anche il bene comune, soprattutto se queste intraprese cooperative sono in grado di istituire legami anche con aree sociali in cui si pratica lo "scambio altruistico". Il campo della cura potrebbe essere esattamente uno di quei campi in cui gli scambi differenzianti prodotti dalle professioni di *cure & care* s'interfacciano con ambienti di "scambi altruistici" familiari, volontari, associativi e di mutuo-aiuto, generando quella complessità relazionale ed *ecologia di caring* capace di far cooperare tecnicità responsabili, competenze assistenziali, qualità dei processi di cura, dignità dei soggetti curati.

Rispetto a queste esigenze mature ed emergenti in campo sanitario e di salute, una CS progettata per creare mondi e obiettivi comuni fra professionisti e pazienti e, più ampiamente, fra i vari partecipanti a sistemi curanti sta diventando sempre più urgente (Murero e Rice, 2006; Moruzzi, 2008; Brashers e Goldsmith, 2009).

In conclusione, è probabile che l'ecologia delle idee che si sviluppa nel cyberspazio comporti effetti di interazione e di scontro fra orientamenti di dominanza, di negoziazione e di reciprocità cooperativa. In alcuni casi tali orientamenti, lasciati a ruota libera nello spazio mediatico, portano a fenomeni degenerativi che allontanano dalla possibilità di instaurare relazioni e organizzazioni realmente capaci di cura e promozione del benessere. Una frontiera difficile, ma indispensabile è costituita da progettazioni, comunicazioni e pratiche capaci di connettere sistemi curanti differenziati e complessi.

È ponendosi in questa prospettiva che la *health communication* può diventare non solo un moltiplicatore di voci che vanno ad affollare l'arena mediatica, ma piuttosto un *terzo relazionale responsabile* capace di promuovere azioni comuni. Come scrivevo in conclusione di una presentazione e discussione del volume di Sennett (Ingrosso, 2012b), nel campo della cura - ma forse non solo - è necessario passare da rapporti diadici di cooperazione-competizione a rapporti triadici che contemplino *libertà* (d'azione e motivazione), *cooperazione* (innovativa e organizzativa), *fraternità* (dialogica e altruistica, capace di andare oltre lo scambio).

In definitiva, la comunicazione è già entrata - volenti o nolenti - nel campo della cura e del benessere, ne fa parte costitutiva e muta la realtà sotto i nostri occhi. Sta a noi apprendere creativamente da questi cambiamenti per orientare la nostra organizzazione sociale verso reti cooperative capaci di valorizzare il ruolo attivo e il benessere tanto dei curati quanto dei curanti.

## ***VI. Nuove definizioni pubbliche di salute: riflessioni e proposte***

### **1. I territori di Salute, le mappe di Cura**

Diversi autori che si sono posti di fronte al compito di definire la salute ne hanno colto il nascondimento (Gadamer, 1993), la fuggevolezza, la sua dimensione notturna e inaccessibile, come quella di una dea (Ingrosso, 1994a), la sua incontrollabilità e arrivo inatteso (Turner, 1994), magari dopo una "rottura biografica" (Bury, 1982) che ce ne ha fatto allontanare e oscurare l'immagine. Al contempo, diversi hanno sottolineato il nostro desiderio e bisogno di farcene una rappresentazione, di darle un nome, di trovare un percorso che ci conduca al suo cospetto e che ci permetta di convocarci insieme per condividere la sua saggezza.

Il territorio in cui abita la dea Salute è estremamente ampio e variegato: negli spazi minuti e infinitesimali della corporeità di ogni vivente, nell'infinito e vaporoso mondo dei pensieri, desideri ed emozioni che abitano e intrecciano gli umani, nelle comunicazioni, relazioni e azioni che essi costantemente inventano, nel variegato macromondo dei simboli, delle regole e delle strutture che organizzano la loro vita sociale, nelle ampie pianure, montagne e mari in cui si dispiega la vita su Gaia e oltre negli spazi siderali extraterrestri.

Essa assume aspetti precisi nella singolarità di ogni essere vivente (è *la mia-sua salute*), ma essa connette anche fra loro i membri della specie umana (è *una nostra-salute*: di noi associati e/o della nostra "unità di sopravvivenza"), e fa interagire tutti i viventi fra loro e col mondo fisico non vivente, con cui essi scambiano sostanze ed energie (è *una eco-salute* che prospera in un habitat). Dunque la Salute ha a che fare con "la struttura che connette" la Creatura, ma si nutre anche del Pleroma, come hanno detto Jung (1916) e Bateson (1979), e intreccia infiniti fili che permettono alla vita di mantenersi, prosperare, trasformarsi, evolvere.

È possibile per gli umani conoscere e comprendere la ramificazione di questi fili, la loro organizzazione, le combinazioni del loro intreccio? O si tratta di una illusione, di una *hybris*, che nasconde la volontà di controllare, spodestare e sostituire la dea stessa?

Forse una strada meno sfidante e più umile può essere quella di ricorrere a Cura, l'aiutante di Salute, di cui essa si serve per contrastare il disordine apportato da Caos che, interpretando la continua creatività di nuove forme, *non si cura* dell'esistente ma lo vorrebbe portare presto a dissoluzione. Cura ha bisogno di mappe per arrivare nei vari punti in cui la Salute genera e mantiene i viventi, ma ha anche bisogno di appassionarsi al suo compito, di stabilire con gli umani (e non solo) una forte relazione co-generante, altrimenti Cura stessa morirebbe o sarebbe sterile. Anche perché solo loro possono darle accesso a quella specifica combinazione bio-culturale (bio-psico-socio-eco) che essi vivono e incarnano.

Le mappe di Cura sono quindi generate non solo da porzioni del sapere di Salute, che essa le elargisce, ma anche dall'intensità delle relazioni stabilite coi viventi, affinché essi le diano accesso a quelle porzioni di territorio che essi abitano, per

quanto non da soli e per quanto senza averne il controllo. È forse possibile per gli umani convincere Cura a diventare, a loro volta, suoi aiutanti, decifrandone alcune mappe, via via più ampie e complesse, ma soprattutto condividendone la relazione "di cura" con gli altri viventi, passaggio verso i loro stessi percorsi segreti.

È quindi con molta circospezione e umiltà che è possibile conoscere qualche mappa di Salute, al fine di poter divenire aiutanti di Cura, sapendo che "le mappe non sono il territorio" (Bateson, 1972), ma che ci servono per procedere, per apprendere, per metterci in relazione con chi ha altri tasselli di queste stesse mappe, altre visioni del territorio. Le mappe di salute ci sono necessarie anche per convocarci insieme e condividere il sapere parziale che abbiamo acquisito, scambiarci rappresentazioni, per quanto approssimative, di Salute e Cura.

## 2. Le definizioni pubbliche e generali: condivisione e opposizione

Nell'ambito delle definizioni pubbliche e condivise di salute, com'è noto, si situa la famosa definizione datane dall'Organizzazione Mondiale della Sanità approvata il 22 luglio del 1946 e entrata in vigore il 7 aprile del 1948 (WHO, 1948) che rovescia la prospettiva organicistica fino ad allora dominante - quella della "giusta" fisiologia, ossia dell'assenza di malattia - per proporre una "in positivo", come benessere fisico, psichico e sociale, ma anche come diritto umano da garantire da parte dei costituendi Sistemi Sanitari Nazionali.

Vi è da chiedersi *in primis* come sia stato possibile in quel momento passare da un'immagine riduttiva di salute, ma rassicurante e condivisa tanto da addetti ai lavori quanto da gran parte della popolazione, ad una così ampia, ideale e utopica come già diversi autori del periodo, fra cui Talcott Parsons (1951), il fondatore della sociologia della medicina, avevano notato, soprattutto per criticarla e rigettarla. Probabilmente lo slancio riformatore e innovatore di quella fase storica è stato così potente e desiderato, dopo le macerie e la morte della seconda guerra mondiale, da poter fare emergere una mappa semplice e complessa ad un tempo, insieme scientifica e politica, al contempo comprensibile da ogni persona - si parla del benessere che ciascuno percepisce - ed estendibile a tutta la collettività, avente un carattere ideale e mobilitante ma anche traducibile in un'ipotesi attuativa su larga scala (i SSN).

Per quanto il convergere fosse stato allora molto ampio (anche se non propriamente completo e mondiale - erano 61 i Paesi firmatari contro i circa 200 attuali -), come ci insegna la storia, la conversione dei cuori e delle intelligenze, ossia della scienza e della cultura, è stata molto più lenta e faticosa, e forse a tutt'oggi incompiuta. La medicina solo in parte e con molto ritardo ha aderito, mentre l'organizzazione sanitaria solo parzialmente è riuscita a tradurre quel diritto umano alla salute in adeguate relazioni di cura per tutti e per ciascuno<sup>15</sup>.

Nel corso degli anni '80 la stessa OMS ha lanciato, nel corso di un'assise mondiale tenuta a Ottawa (WHO, 1986), la famosa *Charta* sulla Promozione della

---

<sup>15</sup> Si pensi ai famosi documenti sulla *Primary Health Care* di Alma Ata (1978), ove si afferma: "I Governi sono responsabili della salute dei propri cittadini: essa può essere raggiunta solo mettendo a disposizione adeguate misure sanitarie e sociali" e agli obiettivi della *Salute per tutti per l'anno 2000* (1977), che hanno segnato un altro periodo riformatore come quello degli anni settanta, ma che sono stati in buona parte disattesi.

salute che non vedeva più la salute come un punto d'arrivo finale e ottimale, ma come un incremento a partire dal presente, come un "potenziale" da sviluppare attraverso un "fare" personale, ma soprattutto come un aggregarsi collettivo capace di costruire "ambienti favorevoli alla salute"<sup>16</sup>. Secondo alcuni interpreti si è trattato solo dello sviluppo della definizione precedente, ma, secondo altri (Kickbusch, 1987), si può parlare piuttosto di un salto culturale ed epistemologico, capace di far passare da una visione statico-olistica ad una dinamica e socio-ecologica (Ingrosso, 1989).

Anche in questo caso la definizione si è generata in coincidenza con un passaggio d'epoca profondo che vedeva crollare dei muri storici, non solo politici ma anche del pensiero, in particolare quelli dei tanti dualismi oppositivi che dominavano l'immaginario del tempo. Tuttavia non sono mancate le resistenze, magari in nome della prevenzione (non ancora attuata e raggiunta) o dell'educazione sanitaria (ancora da impartire nelle scuole), ma soprattutto della gerarchia di saperi costituiti nei luoghi di cura e nelle organizzazioni sanitarie, ben impermeabilizzate rispetto alle utopie dei movimenti per la salute attivi in quegli anni, richiedenti ascolto e trasformazione di procedure e strategie.

Non che queste immagini definitorie e metaforiche mancassero di limiti, ma esse avevano la proprietà di innovare l'immaginario e di far convergere molti, anche se non tutti, come abbiamo visto: infatti esse suscitavano motivate ma soprattutto interessate resistenze e incomprensioni.

### **3 - Il dibattito contemporaneo sulla definizione pubblica di salute**

Se le critiche a queste due definizioni - esplicite e implicite - sono stati numerose fin dal loro comparire, in tempi recenti varie autorevoli voci si sono levate per chiedere un loro superamento e riformulazione. In particolare l'articolo di Jadad e O'Grady (2008a) sul *British Medical Journal* dedicato a come definire la salute, a cui è seguito un ampio dibattito (2008b), e l'editoriale di *The Lancet* di marzo 2009 ("What is Health? The Ability to Adapt") che sosteneva che «La salute non è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. E nemmeno una mera assenza di disagio e infermità». Quindi, in qualificati ambienti medici, ci si è chiesti se la gloriosa definizione del 1948 debba andare presto in soffitta, senza con ciò ritornare a quella precedente.

In effetti, a seguito di queste prese di posizione, è stata convocata nel dicembre del 2009 in Olanda una rilevante "Invitation Conference" internazionale (Huber, 2010) che non solo ha formalizzato ulteriormente tali critiche ma ha altresì indicato delle direzioni di riformulazione. A tale Conferenza è seguito un ulteriore dibattito sul BMJ e altre riviste scientifiche rilevanti.

Tale dibattito è stato ripreso in Italia da diversi autori (fra cui Vicarelli, 2013b e Leonardi, 2015) che hanno evidenziato come, nel corso del tempo, si siano intrecciate e scontrate due concezioni di salute: quella olistica, da cui il termine "completo" inserito nella definizione originaria dell'OMS, e quella "di funzionamento" nella pratica quotidiana, richiamato dal termine greco "euxeria" (forza, vitalità,

---

<sup>16</sup> Nel documento di Ottawa (WHO, 1986) si afferma anche che "Le condizioni e le risorse fondamentali per la salute sono la pace, l'abitazione, l'istruzione, il cibo, un reddito, un ecosistema stabile, le risorse sostenibili, la giustizia sociale e l'equità".

resilienza), ma - aggiungiamo noi - anche dal concetto latino di "valetudo". Secondo diversi partecipanti al dibattito si tratta di passare da una concezione sistemico-ideale ad una focalizzata-operativa, da cui la proposta della «capacità di adattarsi e autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive» (Huber, 2010, p. 8), detta anche "resilienza", a cui diversi autori hanno fatto riferimento.

Fra le critiche all'originaria definizione OMS vi è quella di aver creato paradossalmente un mondo di "non sani", dato che pressoché nessuno può godere di uno stato di completo benessere. Il "perfettismo" implicitamente invocato avrebbe spinto ad una medicalizzazione della società. La critica è tuttavia solo in parte condivisibile in quanto è stato il cambiamento di contesto e culture che, eventualmente, può aver spinto in questa direzione più che gli effetti imprevisti della definizione o le realizzazioni conseguenti.

Vi sono poi ragioni di mutamento demografico. La definizione OMS rischia di penalizzare la popolazione anziana o i portatori di disabilità, che costituiscono una quota rilevante delle popolazioni attuali e future, che non sempre devono essere considerati malati cronici allorché riescono ad affrontare validamente la loro situazione.

Si aggiungono inoltre problemi di traduzione operativa, dato che le classificazioni di malattia e qualità della vita centrate sul benessere non hanno dato risultati soddisfacenti.

Un'altra obiezione è che i "funzionamenti" del campo fisico indicano una certa capacità di adattamento dell'individuo al cambiamento ambientale, trovando nuovi equilibri anche in condizioni avverse. Nel campo del mentale è possibile per un soggetto fare fronte a diversi stress intervenuti nella sua vita a partire dal "sense of coherence" (Antonovsky, 1979) posseduto<sup>17</sup>. Sul piano sociale si mette l'accento sulla possibilità di mantenere un buon inserimento sociale (e quindi benessere) pur in condizioni non ottimali sul piano fisico ("paradosso della disabilità": Huber, 2010, p. 8). Questa interpretazione evidenzerebbe le capacità individuali di gestire varie problematiche lasciando al professionista una funzione di affiancamento e facilitazione («acts as a coach»).

A tali ragioni Leonardi (2015, pp. 29 e segg.) aggiunge quelle della non necessaria coincidenza fra benessere e salute, nei casi in cui ci si adatta ad un ambiente non adeguato; inoltre quella della contiguità fra l'idealismo di tale definizione e il finalismo olistico-religioso che può appoggiarsi o utilizzare tale definizione.

Tale ultima obiezione può essere in parte condivisibile, ma mi sembra dipendere poco dalla definizione quanto dalla sua supposta "strumentalizzazione" di certi gruppi pseudo-religiosi che appare difficilmente controllabile. Per contro l'utopismo, che non rispecchia certo l'attuale "spirito del tempo", ha avuto una precisa ragione mobilitante e, direi, *convocante* che, per essere sostituita, ha bisogno di altri elementi mitopoietici (Ingrosso, 2010a) che solitamente vengono trascurati dalle

---

<sup>17</sup> Per Jadad, uno dei promotori del dibattito, i termini Wellness (vita buona) e Well-being (benessere) sono da mantenere in quanto indicano la capacità di sviluppare un comportamento proattivo che favorisce il benessere. In altro articolo (Jadad, 2013, p. 288) egli scrive: «Because of its reactive nature, the reformulation of health as the ability to adapt and to self-manage opens the door for the concept of wellness as its proactive complement, which reflects our ability to fulfill our personal and collective human potential and to pursue a joyful life. Viewed through this lens, health and wellness, as complementary entities, would constitute the conceptual building blocks of well-being, which is a state, not an ability.»



visioni utilitariste e razionaliste. Tali aspetti sono stati scarsamente considerati dal dibattito corrente promosso da addetti ai lavori per altri esperti e professionisti pari grado, ma con meno attenzione (se non forse implicita e non discussa) per l'immaginario collettivo e le sue esigenze di *credere per poter vedere ed essere convinto*.

Da questo punto di vista, un aspetto importante del dibattito è quello epistemologico. Viene sottolineata da alcuni la non omogeneità fra le varie dimensioni della salute sia in termini ontologici che epistemologici. In particolare Turchi e Della Torre (2014) sostengono che il piano fisico va affrontato con una epistemologia realistica, mentre quello psico-sociale ha bisogno di approcci costruttivisti. Senza poter qui entrare in tale dibattito - che in anni recenti si è spostato prevalentemente su posizioni di Nuovo Realismo (Ferraris, 2012), critico degli eccessi del costruttivismo - si deve notare che anche nelle scienze fisiche la questione dell'osservatore non è certo scontata essendo stata posta esplicitamente da molti autorevoli fisici e studiosi di primo piano (Bohr e Prigogine, per citarne alcuni). Pur essendoci chiare differenze, la scontata riproposizione dell'equivalenza fra materia (Pleroma) e biologia (Creatura), e la premessa dell'assenza di "mente" (in termini batesoniani) nel vivente è perlomeno discutibile ed evidenzia un dualismo mai risolto e ulteriormente riproposto.

Per contro è indubbio che una visione sistemica prima maniera è oggi improponibile e che ogni anello o circuito organizzativo si appoggia a propri processi e canali di funzionamento che hanno proprie specificità. Un eventuale olismo ripensato non solo deve tener conto dell'osservatore e del necessario convergere di molti osservatori (come detto, aspetto ben poco riflettuto e dato per scontato), ma anche pensare ad un modello articolato per differenze e rapporti-trasformate di differenze. Se ciò non fosse, come mai processi fisici generano aspetti mentali (psico-sociali) e viceversa? E come mai un soggetto può sì divaricare funzionamenti fisici, psichici e sociali, ma questa mancata coerenza porta poi a tensioni e fragilità che minano l'adattamento e la stessa resilienza? Non a caso questo concetto sembra essere pensato da molti interpreti come uno stato interno all'individuo piuttosto che una buona combinazione di trasformate di differenze fra vari circuiti e soprattutto come effetto di una qualche combinazione fra supporti socio-ambientali e autonomia soggettiva.

Vi è inoltre da chiedersi se questa asserita divaricazione fra visione globale (o olistico-sistemica) e visione operativa-funzionale, spesso facente capo ad un individuo a sé stante, sia utile e necessaria. La visione olistica deve rimandare a connessioni fra parti, piani e processi che non devono essere trascurate se si vuole arrivare ad esprimere funzionamenti e capacità rilevanti per la sopravvivenza e l'esplicazione delle capacità vitali. La visione olistica dovrebbe però comprendere anche i processi di scambio vitale fra essere vivente, gruppo sociale e ambiente naturale. In questo senso non ha senso un olismo senza dinamicità relazionale e processuale. Un olismo normativo e predefinito risulterebbe rigido e poco adattivo di fronte alla variabilità co-generata dalla relazione composita con l'intorno ambientale. In questo senso, una visione statica e nomotetica, con un punto di ottimo già conosciuto, ha poco a che fare con la sopravvivenza, l'esplicazione delle potenzialità di adattamento e le capacità d'azione degli esseri viventi, e di quelli umani in specifico. D'altra parte, un funzionamento senza olismo, corre il rischio di ipostatizzare qualcosa che "funziona" di per sé a cui un "ambiente" (comunque

definito) "risponde" o non risponde. L'olismo processuale ci ricorda invece la co-generazione, il rimando, la circuitazione fra essere vivente e i vari ambienti che lo generano, lo nutrono, lo curano (e viceversa). Si tratta quindi di pensare l'olismo non in versione struttural-funzionalista ma dinamico-processuale-relazionale se si vuole mantenere insieme i due poli della definizione di salute, qualunque essa sia.

A tal proposito, si può rilevare che già la elaborazione "promozionale" del 1986 metteva l'accento prevalentemente sulla dimensione funzionale ed evidenziava la rilevanza generale del soggetto ad interpretare la propria salute e le sue capacità di *coping* da favorire e sostenere (Kickbusch, 1987). Tuttavia la stessa definizione conteneva alcuni elementi, come quello del "controllo" (individuale, ma anche tecnico-scientifico) sulla salute, che rischiavano di riproporre nuove forme di volontarismo e una possibile iper-responsabilizzazione soggettiva non più di stampo etico-morale ma tecnico-operazionale. Tali ambiguità o debolezze hanno forse spianato la strada a possibili derive di individualismo radicale - con i suoi risvolti di utilitarismo etico anticollectivista (come gli atteggiamenti punitivi verso gli obesi, gli alcolisti, gli anziani, ecc.) - che sono fortemente ricomparsi nelle visioni neoliberaliste contemporanee.

Tali ambiguità e derive politico-culturali in atto pongono il problema di una adeguata e coerente articolazione del rapporto fra corporeità e soggettività, nonché fra autos, socio ed eco che, per non riproporre implicite premesse dualiste, avrebbe bisogno di qualche ulteriore riflessione preliminare simile a quella che aveva generato il dibattito epistemologico sulla complessità (Bocchi e Ceruti, 1985).

Dunque è probabilmente giusto riprendere in mano tali definizioni che risentono del contesto storico-culturale in cui sono state generate e che presentano numerosi limiti da tempo sottolineati anche fra i loro sostenitori. Vi è da chiedersi tuttavia se tale contrapposizione fra olismo e funzionamento sia giustificata o semplicemente vadano ripensati ambedue in modo differenziato e compatibile insieme. Si tratta di due punti di vista diversi ma che probabilmente possono coesistere e rendersi complementari. Si tratta inoltre di non riproporre in termini "scientifici" aspetti generati da premesse culturali-epistemiche di tipo materialistico, individualistico e utilitaristico che, per quanto probabilmente egemoni nell'attuale immaginario collettivo, risultano particolarmente deleterie e contrastanti con la gestione del riequilibrio ecologico oggi urgente, ma anche con la generazione di adeguate risorse di cura di tipo diversificato ma insieme integrato. Senza un ambiente sociale attrezzato a sostenere le capacità, responsabilità e dignità personali, queste difficilmente si sviluppano e si esplicano. Che l'attuale ambiente sanitario, nella sua configurazione sempre più razionalizzata e managerializzata, sia piuttosto inadeguato e da solo mai sufficiente a sostenere questi compiti è un dato di fatto ampiamente documentato che dovrebbe costituire una sfida collettiva di primaria importanza (Lusardi e Manghi, 2013). Non è però certo deprivando tale ambiente, come da tempo sembrano fare le politiche di stampo neoliberalista e neoutilitarista, che se ne sollecita una rigenerazione, ma piuttosto sviluppando un ampio e innovativo lavoro culturale e organizzativo dentro e fuori dei sistemi sanitari atto a sviluppare nuove risorse di cura e a trasformare i percorsi e le relazioni di cura.

#### 4. Da dove ricominciare?

Relativamente ai criteri per ripensare la definizione di salute, il già citato saggio di Leonardi (2015) individua due tendenze: da una parte, il convergere relativo (di molti ma non di tutti) verso un'idea di salute come adattamento-resilienza rispetto all'ambiente; per un altro verso, l'abbandono dell'ipotesi di poter produrre e convergere su un'idea onnicomprensiva e esaustiva. Ciò in quanto la salute non è tanto un concetto che poggi su fatti definiti una volta per tutte ma piuttosto che si può provare a cogliere dentro definite configurazioni teoriche: «La salute può essere vista come un insieme di eventi potenzialmente infinito, all'interno del quale si possono ritagliare tante configurazioni teoriche differenti in funzione delle matrici teoriche che si utilizzano, configurazioni teoriche che saranno più o meno utili a seconda degli scopi conoscitivi e operativi che si perseguono» (Ib., p. 37).

La salute non è dunque una qualità oggettiva misurabile ma un espediente esplicativo (come affermano anche Jadad e O'Grady, 2008a) che mette in luce eventi ed esperienze ritenuti significativi. Tali spiegazioni però devono dimostrare una loro utilità e appropriatezza rispetto agli scopi conoscitivi e operativi degli ambiti clinici.

Su tale affermazione si può in grande misura convenire, con alcune avvertenze. In primo luogo, già diverse analisi sociologiche e antropologiche avevano messo in evidenza il variare delle concezioni di salute in dipendenza delle variabili culturali, di quelle sociali nonché delle rappresentazioni sociali prevalenti, ossia dell'immaginario del tempo (Herzlich, 1969). Qui si parla piuttosto di *teoria*, e ciò può essere giusto se si vuole offrire una definizione ragionata di salute utile al dibattito scientifico e, in parte, a quello politico. Resta però la questione di una definizione che sappia trovare un ampio consenso in una società culturalmente plurale e socialmente molto articolata. A meno che, come qualcuno ha affermato, non si rinunci a questo obiettivo, il che tuttavia non è indolore per poter parlare insieme – convergere – su un assetto mondiale e cosmopolita di salute.

Vi è poi il criterio di utilità e appropriatezza delle definizioni accettabili: anche qui si può convenire ma con alcuni distinguo. Bene appoggiarsi alle conoscenze scientifiche presenti, ma queste non possono coprire tutto dell'esperienza umana. Vi è tutta una parte di territorio abitata dai soggetti in relazione che parlano di "mia" e "nostra" salute in cui la valutazione di "senso" esperienziale o i riferimenti metaforici e etico-religiosi non sono espungibili e sostituibili. Come detto all'inizio, abbiamo bisogno di una Cura che sappia navigare fra ampie conoscenze condivise e territori interpersonali dotati di "senso" per arrivare ad essere effettivamente appropriata e non passare sulla testa di curati e curanti.

#### 5. Adattamento e capacità

Relativamente ai concetti impiegati, molti dei partecipanti al dibattito hanno posto l'accento non sulla presenza/assenza di malattie o di benessere, ma sulle "capacità di adattarsi e autogestirsi" (Hubert et al., 2011) o, come propone, Leonardi (2015, p. 53) sulla "capacità di affrontare e gestire le proprie condizioni di

malessere e/o benessere"<sup>18</sup>. In altri termini, diversi partecipanti hanno colto in questa qualità emergente (denominata, di volta in volta, adattamento, resilienza, capacità di coping, ecc.) il segno della salute.

Uno degli aspetti positivi di questa impostazione, che già mettevo in evidenza in passato (Ingrosso, 1987), era quello di pensare che la salute è presente in vari stati, situazioni ed esperienze. Non è assente quando vi è malattia in quanto l'organismo e la persona possono affrontare il disordine e la minaccia nella misura di cui lottano, sviluppano un corpo a corpo, mantengono capacità vitale, sanno prendersi cura di sé. Lo stesso dicasi per la disabilità, quando questa permette ancora l'espressione delle capacità vitali e di almeno una parte delle potenzialità individuali. Quindi la salute non è opposta alla malattia e non si esprime solo col benessere.

Il limite che vedo nella parola "capacità" (almeno con gli occhi di oggi) è quella di pensarla in modo troppo volontarista e iper-responsabilizzante (quindi con un implicito giudizio moralistico su chi non la possiede). Le capacità sono quelle di energia e flessibilità che l'organismo può mettere in campo in quel momento (magari perché si è sperimentato prima o è stato vaccinato), così come quelle che il soggetto possiede in termini emozionali, ma anche di apprendimento e abilità. In questo senso bisognerebbe fare una esegesi del termine capacità per alludere sia alla capacità di adattamento corporeo sia agli apprendimenti in termini di competenza nella cura di sé, oppure utilizzare due termini che si rimandino.

Un'alternativa è il termine "adattamento" che sembra meno connotato, ma contiene tuttavia un'ambiguità opposta: quella di partire da un ambiente visto come variabile indipendente a cui adeguarsi; inoltre quella di alludere all'evoluzione organica e di specie ma con difficoltà e ambiguità agli apprendimenti soggettivi che sono utili per "vivere la vita" e prendersi cura in modo relativamente adeguato di sé stessi.<sup>19</sup>

Questi due concetti rischiano di favorire letture unidirezionali, soprattutto in un contesto iperindividualistico, come quello attuale, o, all'opposto, ipertecnistico e procedurale. La correzione di quest'ambiguità o limite intrinseco può venire:

- a) mettendo l'accento sulla doppia transazione verso l'ambiente che, per l'essere vivente, avviene principalmente nella direzione *bio vs eco* e in quella *psiche vs mondo sociale*;
- b) sottolineando il rapporto con l'intorno ambientale (naturale, sociale, relazionale), in particolare in termini di supporto per mantenere adeguati stili di vita e per affrontare le perturbazioni intervenienti nel corso della vita, soprattutto grazie a forme di cura organizzata.

Su questi punti l'impostazione sistemico-relazionale può dare un contributo rilevante e forse decisivo. Infatti il limite implicito di molte definizioni oggi proposte sta nel non cogliere la salute come gioco interattivo bi-direzione fra soggetto e ambiente (sociale ed ecologico), mentre, come si dirà più avanti, il pensiero sistemico di seconda generazione assume una prospettiva relazionale previa ("la relazione

---

<sup>18</sup> Leonardi evidenzia come questa idea si ritrovi già nel nascente movimento della promozione della salute degli anni ottanta e sia stata espressa da Ingrosso (1987, p. 82) già in quegli anni.

<sup>19</sup> Il termine "resilienza", molto utilizzato in ambito psicologico, può forse assumere il compito di mediare fra processi di tipo organico e quelli di tipo psico-sociale. Tuttavia esso non fa parte del linguaggio comune e quindi sembra poco adatto a costituire un ponte fra cultura e scienza, fra curati e curanti.

viene prima" di Bateson). Come può infatti un essere vivente venire al mondo e sopravvivere senza che vi sia un ambiente generativo, che, in particolare, si prenda cura di lui? E come potrà questo ambiente rigenerarsi se i suoi abitanti sono in conflitto permanente fra loro e sfrutteranno senza misura le risorse ambientali da cui dipendono?

Si può dunque ritenere che la salute sia una espressione non solo o tanto di qualità soggettive (di cui si ha merito o meno), ma piuttosto di una relazione complessa (ordinante e disordinante insieme) fra i soggetti e i loro con-testi ossia quelle nicchie socio-ambientali in cui essi sopravvivono, si riproducono e "vivono".

## 6. Resilienza e coping

Per resilienza si può intendere una capacità di resistenza flessibile e adattabile di fronte ad avversità e situazioni a forte implicazione emotiva (Rutter, 1985; 1987). Il concetto è imparentato con quello di *coping* elaborato pochi anni prima (Antonovsky, 1979) e già utilizzato nell'ambito della nascente promozione della salute (Ingrosso, 1987). Si tratta di un concetto di fatto relazionale e dinamico-processuale, anche se mette l'accento solo su una parte di tale scambio: quella che parte dal soggetto per impattare sull'ambiente lasciando implicita quella reciproca.

Tali concetti, imparentati fra loro, avevano avuto un precedente (scarsamente citato) in una definizione elaborata da Ivan Illich nel suo famoso libro (almeno negli anni settanta del secolo scorso) intitolato *Nemesi medica* (1976). Al di là della critica agli effetti perversi suscitati dalla medicina tecnologica sulla cultura diffusa, su cui si era prevalentemente appuntata l'attenzione al tempo, l'autore formulava anche una parte costruttiva, ossia la proposta di sviluppare una abilitazione-formazione dei soggetti a farsi carico dei rapporti con l'ambiente e dei passaggi della propria vita, compresi quelli più problematici. Egli infatti scriveva: «La salute è la capacità di adattarsi ad un ambiente che cambia, la capacità di crescere, di invecchiare, di guarire, in caso di necessità di soffrire e di aspettare la morte in pace. La salute tiene in considerazione il futuro, cioè suppone l'angoscia, e contemporaneamente le risorse interiori per vivere con l'angoscia e superarla».

In questa definizione non viene immediatamente specificato il significato di adattamento all'ambiente che cambia, probabilmente per adottare una espressione a connotazione metaforica di ampio significato, seguita immediatamente dalla capacità di affrontare il normale corso della vita, compreso il soffrire e il morire, aspetti che sembrano molto lontani dalla più diffusa percezione di salute e che, in ogni caso, si preferisce non nominare. La considerazione dello sviluppo biografico e delle potenzialità affidate al futuro passa attraverso la capacità di affrontare l'angoscia esistenziale (si possono qui intravedere specifici riferimenti psicodinamici ed esistenzialisti) evitando, si direbbe, l'involuzione e la depressione.

Al di là del merito e del valore storico, si può notare che questa definizione utilizza un linguaggio piuttosto comprensibile, anche se con vari riferimenti teorici impliciti, per parlare di ciò che oggi viene evocato utilizzando uno o più termini della triade adattamento-resilienza-coping. La definizione cerca implicitamente di andare in controtendenza rispetto ai trend tecnici e culturali prevalenti del tempo: più che il consenso cerca di suscitare una riflessione, e anche questo può essere uno scopo di una definizione di salute.

Si deve quindi andare verso una pluralità di definizioni soggettive, potenzialmente infinite, o verso un pluralismo teorico interno a specifici gruppi scientifici e professionali, oppure verso una definizione ampia e astratta su cui trovare un consenso? Probabilmente non è necessario porre le tre ipotesi in alternativa: esse possono avere scopi differenziati e compatibili. Ad esempio, come fa Leonardi, le prime possono servire a creare una negoziazione e un ponte fra terapeuta e paziente o essere alla base di un progetto di cura di sé, mentre, nel secondo caso, si potrebbero voler evidenziare alcuni aspetti qualificanti di un approccio teorico, come implicitamente fa lo stesso Illich e altri autori.

Resta la questione del consenso ad una definizione generalista che in passato si è ottenuto in coincidenza di rilevanti passaggi storico-culturali e che oggi è richiesto da molti interventi contemporanei, come si è visto, ma forse non ha ancora trovato una elaborazione sufficiente. Vi è anche da dire che le motivazioni di molte proposte sembrano alludere a certe situazioni epidemiologiche relativamente diffuse nella contemporaneità, in particolare nei paesi a maggiore invecchiamento della popolazione, ma non si pongono il problema di un *continuum di ciclo di vita* che vada dalla nascita alla morte (a cui Illich sembra alludere) e, ancor meno, di quali caratteristiche di abitabilità, custodia e cura debbano avere gli ambienti per permettere una "buona" vita umana e un adeguato equilibrio ecologico.

## 7. Il contributo del pensiero sistemico-relazionale

Giunti a questo punto, mi chiedo quale contributo possa venire dal pensiero eco-sistemico-relazionale o della complessità al tema che ci interessa<sup>20</sup>. È evidente che il tema è piuttosto ampio e non semplice. In questa sede si tratta di indicare alcune piste di lavoro formulando proposte che sono necessariamente provvisorie e parziali, ma sperabilmente utili per aprire un cammino.

In primo luogo si può dire che il pensiero sistemico formulato fra i primi da von Bertalanffy (1968), si è proposto di riportare all'attenzione degli studiosi la questione dell'*informazione* e quindi dell'*organizzazione* nell'ambito dei sistemi viventi. Non più solo materia ed energia ma piuttosto scambi informativi-organizzativi che caratterizzano i sistemi viventi e le loro proprietà. In più, con l'affermazione che "il sistema è più delle sue parti costituenti", esso ha cercato di modificare il progetto riduzionista per affermare l'esistenza di *effetti emergenti* non spiegabili con le proprietà delle parti.

Mentre la prima sistemica ha messo l'accento sulla dimensione gerarchica dei sistemi e le loro necessità funzionali, gli sviluppi della cibernetica, e in particolare la considerazione dei circuiti di controllo, ha messo in rilievo gli aspetti processuali e dinamici dei sistemi stessi, di particolare importanza per sviluppare interazioni flessibili e forme di calibrazione fra un sistema e il suo ambiente.

La visione relazionale di G. Bateson (1972; 1979), tale per cui un corpo (e un'ecologia) non è limitato dal suo involucro, ma si configura come un'unità dinamica *organismo-nel-suo-ambiente*, ha dato un impulso notevole allo sviluppo di una teoria

---

<sup>20</sup> Tale domanda è stata posta anche da Rambihar V.S. e Rambihar V. (2009) partecipando al dibattito sulla BMJ e proponendo "a complexity-based medicine and a complexity-based approach to medicine and health."

della comunicazione non semplicemente di tipo tecnico ma più propriamente relazionale, ossia come "danza di parti interagenti", che sta alla base sia la costruzione della soggettività sia la generazione della realtà sociale, ma anche dell'evoluzione del rapporto con l'ambiente che non è lineare ma procede piuttosto per cambiamenti, salti e apprendimenti.

Gli aspetti epistemologici hanno avuto un forte accento, com'è noto, in quest'area di pensiero sia in quanto implicati nella dimensione autopoietica e autonoma dei sistemi sia in quanto intervenienti nella considerazione degli sviluppi temporali e contestuali degli enti interagenti visti da parte di un osservatore naturale e/o scientifico. In questo senso Morin (1977; 1980) ha parlato di sistemi *eco-auto-organizzati*, mentre per Maturana e Varela (1980) "ogni cosa è detta da un osservatore ad un altro osservatore".

Com'è noto, questo orientamento di pensiero, da alcuni definito "sistemica" (Telfner e Casadio, 2003), ha avuto innumerevoli sviluppi in diverse aree delle scienze del vivente e delle scienze sociali: dalle teorie della conoscenza all'evoluzionismo, dalla psicoterapia all'antropologia e sociologia, dalle neuroscienze alla formazione, che non è possibile qui richiamare.

Per il tema che qui ci interessa, si può affermare che questo orientamento si è prevalentemente focalizzato su diversi livelli organizzativi dei sistemi viventi pensati come distinti e intrecciati insieme, come strutturati ma soprattutto dinamici, adattivi, in apprendimento e cambiamento. Di qui la formulazione che fa riferimento alle dimensioni biologiche, psichiche, sociali ed ecologiche per designare dei circuiti informativi e comunicativi di tipo "mentale", secondo l'indicazione di Bateson, cioè da considerare legati e interagenti, almeno temporaneamente<sup>21</sup>.

La grande differenza che fa il pensiero sistemico nel concepire questi circuiti è quella di passare da una premessa interno-esterno, prevalente nel pensiero centrato sulle singolarità e gli individui, a forme di connessione che immediatamente travalicano tale confine e mettono in stretta interazione e co-generazione le due parti: ad esempio, nel caso delle emozioni vi è chi le considera ponte di passaggio fra bio e psico, ma vi è anche chi le vede come direttamente strutturanti la vita sociale e da essa emergenti attraverso meccanismi di confronto e influenza reciproci (v. ad es. Dumouchel, 2008; Doni e Tomelleri, 2011). L'altro caso classico è quello della differenza fra cervello e mente: mentre il primo sembra far parte del circuito organismico, la seconda mette in stretta relazione psiche e vita sociale. Ad altri livelli si potrebbe vedere l'intreccio fra dimensione eco e dimensione socio-economica nella realtà contemporanea, dove, pur nella differenza, prevale l'influenza reciproca ormai inestricabile.

In questo senso risulta chiaro che i confini e le differenze fra i vari piani e processi di processi sono tracciati da noi osservatori per disporre di mappe orientative, che tuttavia devono connettere, se si vuole capire qualcosa dell'insieme,

---

<sup>21</sup> Anche il già citato editoriale di Lancet (2009) sostiene che si deve fare riferimento alle "congiunzioni" fra questi quattro domini (anche se fa una distinzione fra la totalità del mondo vivente e il mondo inanimato): «That said, the conjunction of the physical, psychological, and social remains powerfully relevant to this day. Indeed, this framework should be extended in two further dimensions. First, human health cannot be separated from the health of our total planetary biodiversity. Human beings do not exist in a biological vacuum. We live in an interdependent existence with the totality of the living world. The second dimension is in the realm of the inanimate. The living world depends upon a healthy interaction with the inanimate world.»

e non solo disgiungere per “guardare dentro”, come nel progetto riduzionista che si ferma alle parti o ai meccanismi elementari.

## 8. Un'immagine di salute

Tenendo conto di quanto detto, si può assumere che la salute, proprio per il suo carattere esteso, polisemico e connettivo, sia un concetto che, nel contesto della cultura contemporanea (perlomeno di quella scientifica e “occidentale”), può essere rappresentata sinteticamente come *una combinazione di insiemi di processi che hanno dei punti di intersecazione necessari ma non obbligati*. Di qui una immagine come quella della Fig. 1 che vuole evidenziare e differenziare i quattro circuiti individuati sottolineando le dimensioni di *adeguatezza* di ciascuno, di *trasformazione e coerenza* nei punti di intersecazione, di *adattamento reciproco* fra i vari circuiti.

L'immagine invece che di andare dalla dimensione micro a quella macro, come spesso succede nelle rappresentazioni della vita biologica e sociale, evidenzia delle forme ruotanti che mantengono un potenzialmente precario equilibrio nella misura in cui i punti di connessione riescono a combaciare in alcuni snodi e a trasdursi gli uni negli altri: se non vi è coerenza co-implicativa e un linguaggio transitivo adeguato, la figura rischia di sciogliersi e deflagrare. Ciò vuole alludere agli equilibri dinamici ma anche instabili e precari che la vita contemporanea, particolarmente fluida o “liquida” (Bauman, 2007) propone per gli esseri umani.

Al contempo la figura si può vedere come l'effetto di un variegato gioco di cerchi che un giocoliere può cercare di apprendere acquisendo abilità e destrezza (e forse senso del gioco e dell'arte), ma anche variare nel corso dell'esercizio (e quindi della vita) realizzando diverse figurazioni.

La figura ha poi due facce o due prospettive di lettura: da una parte quella percettiva e soggettiva che corrisponde a quella identitaria personale. In questo caso la salute è la “mia salute” in tutte le sue estensioni. Dall'altra, essa è osservata con l'occhio di un osservatore capace di distinguere e valutare l'adeguatezza dei circuiti, interpretare le intersezioni, ragionare sulle coerenze. Un osservatore capace di utilizzare paradigmi e metodologie appropriate ad esprimere queste differenze e i loro diversi linguaggi operativi.

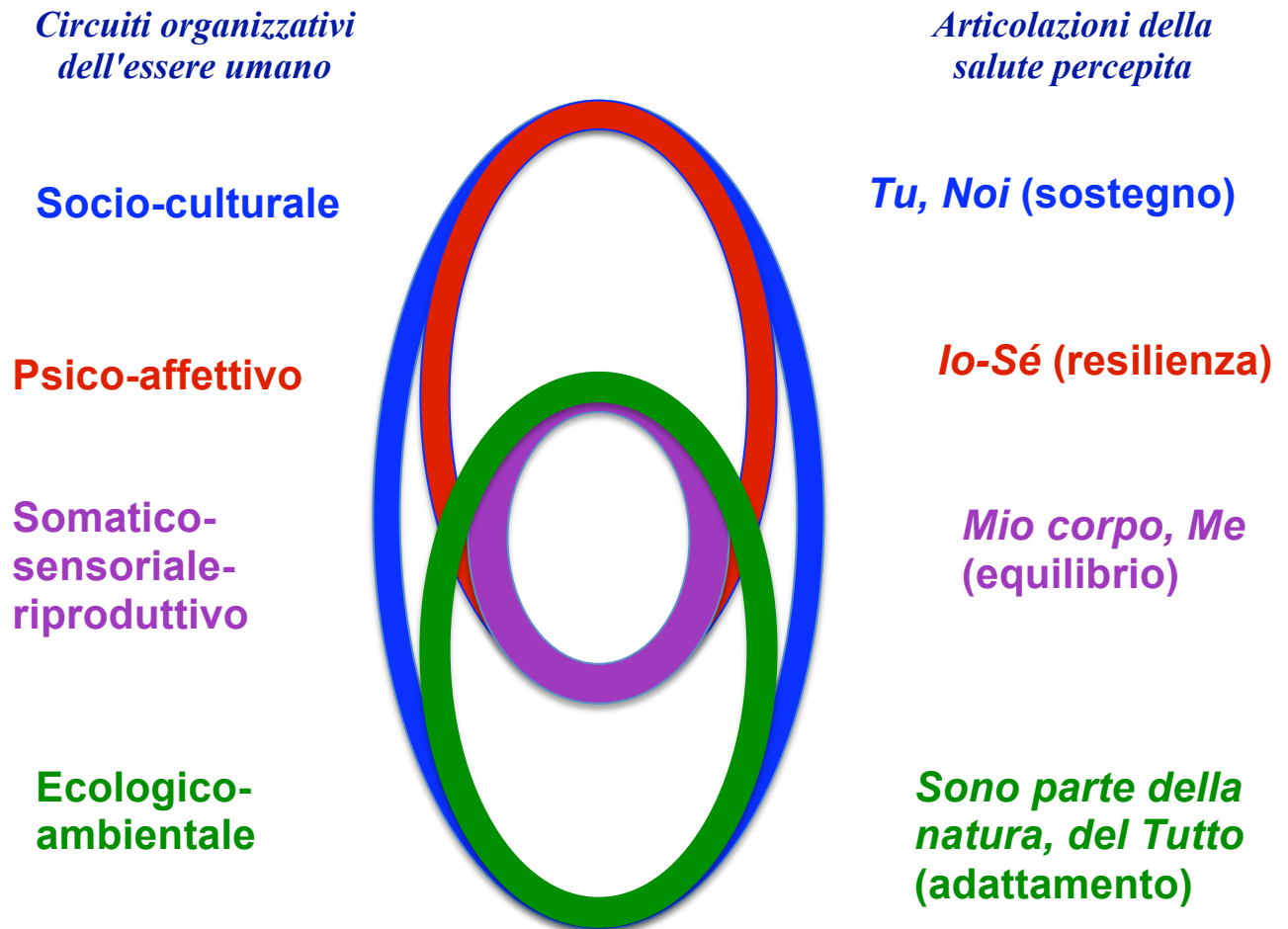
Dunque, la figura evidenzia sul fianco destro che i vari circuiti sono percepiti in termini identitari e di appartenenza da parte di un soggetto interagente o relazionale, mentre sul lato sinistro sono nominati i circuiti o i processi caratterizzanti visti da un osservatore. Il circuito somatico-sensoriale-riproduttivo è percepito soggettivamente come il “mio corpo” o il “Me” del soggetto, mentre egli ha consapevolezza di essere un “Io” e/o un “Sé” grazie agli effetti emergenti del circuito organismico.

Il circuito socio-culturale apporta un'altra dimensione identitaria e più propriamente relazionale: evidenzia i “Tu” significativi e le appartenenze, ossia le identità collettive. L'Altro è essenziale nella costituzione del Sé, così come, attraverso l'Altro generalizzato, nella strutturazione dell'ordine sociale e della regolazione personale. A loro volta, le norme prendono “senso” e direzionalità attraverso le *Appartenenze*, e quindi le identità collettive, o la fiducia in personaggi (reali o immaginari) a cui riferirsi. Infine, la dimensione ecologica è avvertita da



parte del soggetto con un senso di sconfinamento in una dimensione complessiva, globale, come un prendere parte ad un Tutto che relativizza i confini dell'Io.

**Fig. 1 – Immagine della salute:  
percezione soggettiva e visione sistemica**



La figura evoca quindi sia una dimensione analitica, attraverso cui i vari circuiti possono essere indagati e descritti, sia una dimensione personale-sociale-culturale che è necessaria e complementare alla prima. Due punti di vista, due mappe che cercano di parlarsi, di trovare un linguaggio per comunicare, visto che possono e devono convergere in cooperanti processi di cura, come si dirà in seguito.

## 9. Una proposta per (ri)definire la salute

Tirando le prime somme dalla discussione precedente si può dire che avremmo bisogno per il presente e futuro:

- a) di una definizione dinamica e processuale della salute, dato che essa va concepita come una relazione sempre operante e preesistente fra gli esseri viventi e il loro ambiente naturale e antropizzato, così come rispetto alla vita sociale interumana. Un ambiente che è meno stabile e prevedibile del passato e con cui interagire senza cadere in un'ottica securitaria o di controllo, ma piuttosto attraverso "funzionamenti" e autotrasformazioni resi possibili dalla capacità di apprendimento e plasticità di adattamento posseduta dagli esseri umani;
- b) un secondo criterio può essere quello dell'abbandono di una concezione dualistica rispetto alla malattia, a favore di una compresenza interagente. La salute agisce sia nei periodi di benessere percepito sia di malessere e malattia, ma queste, in alcuni casi, comportano una minaccia disorganizzativa che va arrestata e compensata, se possibile.
- c) un terzo criterio ci pare quello della sua valenza generale, nel senso di coprire le diverse età e condizioni di vita, e dunque i passaggi biografici nelle loro varie espressioni;
- d) inoltre, essa deve utilizzare un linguaggio comprensibile, anche se può avere alle spalle un lavoro e una impostazione teorica riconoscibile;
- e) sul piano epistemico-conoscitivo, la definizione deve essere adeguata per una identificazione con la visione percettivo-soggettiva di salute, ma essere compatibile anche ad un'analisi degli aspetti collettivi ed ecologici che co-generano la salute personale; essa deve rendere possibile un dialogo fra diverse mappe e visioni della salute;
- f) non va posto l'accento solo sulla prospettiva soggettiva, ma vanno esplicitati gli aspetti sociali che ogni salute personale e collettiva comporta; in altri termini, le condizioni ambientali e relazionali del suo darsi, nonché la rilevanza delle relazioni di cura che la mantengono operante;
- g) ci sembra inoltre importante sottolineare che, senza connotare la salute in termini etici, utopici o religiosi, essa possa tuttavia essere indicata come un riferimento comune su cui convergere.

Sulla scorta di questi criteri, la proposta che intendiamo formulare è di questo tipo: *«La salute consiste nella capacità (per gli esseri umani) di mantenere il proprio equilibrio vitale, di affrontare gli eventi della vita, di adattarsi ai cambiamenti del proprio ambiente. La salute necessita di ambienti favorevoli alla vita umana, di adeguate relazioni sociali e di opportune forme di cura reciproca e organizzata. Le condizioni che permettono ad un gruppo sociale e ai suoi membri di mantenere e sviluppare la salute costituiscono un bene comune da promuovere e tutelare».*

Come si vede, la definizione consta di tre parti: la prima considera un essere vivente complesso in relazione con vari contesti di vita; la seconda evidenzia le dimensioni sociali ed ecologiche necessarie per preservare la vita umana; la terza sottolinea una dimensione etico-politica coerente con la formulazione dei due punti precedenti.

Nella prima parte si allude a tre aspetti: a) la dimensione di autonomia e autopoiesi organismica ma anche mentale operante attraverso processi che devono trovare un equilibrio; b) la dimensione della soggettività di fronte ai cambiamenti biografici e sociali che la investono; c) la risposta dell'essere vivente nella sua completezza (non solo consapevole) di fronte ai mutamenti e alle sfide ambientali.

La seconda parte è simmetrica e ricorda che la vita umana ha bisogno di ambienti adeguati, vivibili, meglio ancora "favorevoli" (un termine molto utilizzato dalle elaborazioni della promozione della salute); inoltre di adeguate relazioni sociali (il cosiddetto "benessere sociale" emergente da tali relazioni: v. 24; 16); infine la vita umana necessita costantemente di cure "opportune" (ossia adatte, adeguate alle varie situazioni, possibilmente anche efficaci ma qui non intendo solo cure tecniche) sia di tipo reciproco (il prendersi cura familiare e fraterno) sia di tipo organizzato (ossia di *care* e di *cure* professionale e coordinato).

La terza parte può sembrare più opzionale, ma mi sembrava necessario richiamare il "diritto" soggettivo evocato dalla definizione del 1948 e dalla Costituzione italiana attraverso una formulazione di tipo diverso che comprendesse tutte le condizioni che sono utili a mantenere e sviluppare la salute - quindi anche le dimensioni sociali, ecologiche e di cura necessarie e "favorevoli", oltre che naturalmente quelle personali di partecipazione alla propria cura - che richiamano ad un impegno collettivo per la loro protezione e valorizzazione. L'opzione etico-politica reintroduce un livello (o una formulazione) che non necessariamente tutti possono condividere. D'altra parte anche chi non ne parla ha spesso ipotesi implicite nel cassetto. Si deve considerare, a tal proposito, che la salute, in una visione sistemica, necessariamente comporta un impegno a 360°: non basta certo definirla o studiarla, ma bisogna custodirla, nutrirla, curarla. Infatti la salute emerge per una capacità della vita di riprodursi, guarirsi e rigenerarsi, ma senza un impegno attivo di soggetti e gruppi umani, in particolare in un mondo abitato da 7 miliardi di persone, vi è il rischio di far collassare molti meccanismi che la vita sulla Terra aveva sperimentato e messo a punto in milioni di anni (anche se a prezzo di enormi "genocidi di massa", come la storia evolutiva insegna).

Vi è anche da dire che qui il concetto di "bene comune" non allude principalmente ad aspetti giuridici né evoca solo o tanto la gestione pubblica dei servizi, come molte elaborazioni tendono a fare. Qui si tratta di un *bene comune immateriale e insieme concreto*, emergente dalla partecipazione di singoli, organizzazioni, comunità, tecniche, norme, sistemi di cura. Si evoca un cambiamento culturale prima che direttamente politico o normativo, anche se ovviamente questi non sono esclusi. Essi però possono conformarsi in modi anche profondamente diversi e certamente non vetero-statalisti. Il bene comune è prima di tutto un "nostro bene", un senso di appartenenza, una responsabilità personale e condivisa da agire con criteri di saggezza e concretezza.

In conclusione, sono consapevole che ogni termine utilizzato potrebbe generare equivoci o ambivalenze e che si potrebbero trovare diverse altre formulazioni. Mi sembra però che la struttura di questa definizione sia abbastanza chiara nei suoi presupposti e ciò permetta una discussione pubblica e, mi augurerei, una formulazione ulteriore che permetta di aggregare un significativo consenso soprattutto in vista di una innovazione culturale, epistemica e operativa che diventa sempre più utile e necessaria.

## 10. Implicazioni formative e promozionali

In un rilevante articolo del 1966, Alessandro Seppilli (1966), celebre igienista e fondatore dell'educazione sanitaria in Italia, partiva da una sua proposta definitoria di salute per sviluppare un programma di lavoro precursore di sviluppi che si sarebbero manifestati vent'anni dopo con il lancio della promozione della salute. Egli vede nella definizione dell'OMS un eccesso di soggettivismo, dovuto all'uso del termine benessere, per cui egli propone questa diversa formulazione: «La salute è una condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico, dell'individuo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale» (Ib: p. 339).

Come si vede, l'autore immagina una situazione dinamica di integrazione con l'ambiente, seppur contenuta all'interno di un assetto armonico. Da questa prospettiva Seppilli fa emergere due campi d'intervento: quello "negativo di difesa" e quello "positivo di promozione della salute". I due aspetti sono mediati dalla "coscienza sanitaria" personale che riguarda «la sua capacità di operare scelte coerenti e consapevoli nell'interesse della salute propria e dei suoi simili» (Ib: p. 340).

L'epistemologia espressa da Seppilli è di tipo dualistico classico, ma la sua visione è fermamente olistica: «La salute è un fenomeno unitario e (...) ogni turbamento nell'equilibrio funzionale di una parte qualsiasi di quel tutto-uno che è appunto il nostro corpo, si ripercuote in misura maggiore o minore su tutto l'organismo medesimo, nelle sue due proiezioni fisica (od oggettiva) e psichica (o soggettiva), inseparabili tra loro, se non per artificio metodologico» (idem). Ciò lo porta a stendere un programma basato sull'igiene (come elaboratore scientifico dei contenuti), ma con un'attenta considerazione del patrimonio culturale del gruppo sociale considerato e degli atteggiamenti psico-comportamentali dei soggetti, i quali vengono coinvolti attraverso metodologie partecipative per arrivare ad una matura e diffusa "formazione sanitaria" della popolazione. Non basta certo l'informazione sanitaria per cambiare le cose - egli afferma - dato che non è certo cambiando un mattone che muta l'architettura di un edificio!

Nonostante questa impostazione sistemica, dinamica e partecipativa prefigurata da un precursore come A. Seppilli, l'epoca classica dell'educazione sanitaria ha visto prevalere una impostazione nettamente istruttiva e preventivista basata sulle conoscenze della nascente epidemiologia: essa presupponeva un ambiente rischioso da prevedere con strumenti probabilistici e sui cui esiti "istruire" i soggetti ritenuti a rischio.

La svolta promozionale, partita nella seconda metà degli anni '80, prevedeva un maggiore coinvolgimento del soggetto nell'adozione di stili di vita sani (in particolare una sua adesione alle "informazioni" sane), ma di fatto la valutazione di salubrità era sempre eteronoma e quindi ampiamente dipendente dagli esperti. Sul piano applicativo questo ha comportato una sorta di implicita *opzione tecnicista*, fortemente centrata sull'evitamento dei principali "comportamenti a rischio" e sull'assunzione "in positivo" di una "giusta" nutrizione e fitness. Diverse le applicazioni operative e comunicative volte a "favorire ambienti sani" e "scelte favorevoli", ma con preminenza di quelle centrate sul rinforzo del messaggio delle buone abitudini e il contenimento dei suggerimenti mendaci e sfavorevoli (spesso di tipo commerciale).

Come già evidenziavo in un articolo del 2011, questo orientamento - nonostante alcune buone premesse - non ha portato ad una significativa responsabilizzazione verso la *cura di sé* da parte delle nuove generazioni, ma al più, ad un atteggiamento "di controllo" (a volte con venature ossessive e ideologiche) verso fattori come il cibo e alcune sostanze immesse nell'ambiente, o anche verso il proprio corpo, fino talvolta ad esiti problematici.

Tenendo conto di questa valutazione storica, che cosa suggerisce una diversa definizione di salute, come quella sopra presentata? Quali sono le implicazioni educative e formative nel corso della vita, nonché quelle promozionali e di supporto alla cura che una proposta di questo genere comporta?

Consideriamo la prima parte della definizione. Partendo dalla terza affermazione (adattamento ai cambiamenti ambientali), si evidenzia un ambiente che cambia, in buona parte incerto e imprevedibile. L'adattamento è qui inteso in senso complesso, in quanto implica l'organismo e insieme tutta la persona che è in grado di apprendere, abituarsi, trasformarsi, proteggersi. L'adattamento così inteso implica dunque una forte attenzione all'ambiente, che poi verrà ripresa nella seconda parte, ma comporta soprattutto un percorso soggettivo non lineare e prevedibile, ma piuttosto dinamico e possibilista rispetto alle strade da percorrere e alle risorse da utilizzare. Non dunque prevalentemente una pre-visione dei rischi e delle ottimalità stabilite una volta per tutte. In tal modo, il forte atteggiamento securitario che oggi prevale sulla scena collettiva - inteso come attenzione a tutte le misure utili all'evitamento del rischio (in cui potenzialmente si inseriscono le nuove *bio-app* che tengono costantemente sotto controllo i parametri fisici del soggetto) - viene relativizzato e sostituito da un investimento sulla flessibilità soggettiva e sull'attenzione alla rigenerazione ambientale. Vi è quindi una diversa considerazione delle sfide ambientali, rispetto alla visione più armonica e ottimista di Seppilli, ma una comune attenzione all'equilibrio e all'adattamento.

Forte rilevanza ha il secondo capoverso centrato sulla capacità di affrontare gli eventi della vita. Non si sostiene più che ci meriteremo il paradiso della salute se manterremo stili di vita sani, ma piuttosto che dobbiamo attrezzarci a prenderci cura di noi stessi e degli altri di fronte ai vari passaggi che la vita propone: salti biografici, stress lavorativo, malattie imprevedute, crisi sociali ed ecologiche. Nessuno è sufficientemente attrezzato per queste sfide, ma molto si può fare per non essere totalmente impreparati. Soprattutto i vari eventi suppongono, anche qui, apprendimenti, mobilitazione di energie e conoscenze che deve essere fatta in situazione, nel contesto specifico. Quindi, interventi e pratiche come: la formazione nel corso della vita, il supporto e il counseling di fronte ad eventi complessi, l'attivazione del self-help, la narrazione biografica, il sostegno alle risorse energetiche e psicologiche personali, la personalizzazione delle relazioni e dei percorsi di cura, sono tutte misure utili in tale prospettiva.

Il mantenimento dell'equilibrio vitale (terzo aspetto) presuppone un ascolto e una conoscenza che il soggetto progressivamente elabora su di sé. È sicuramente necessario sviluppare una mappa delle varie componenti del sé, da far evolvere nel corso della vita (in questo il pensiero scientifico rimane un riferimento), ma soprattutto è necessario sviluppare un "senso di autos" attivo (o di "coherence", come dice Antonovsky, 1979) stimolato non tanto dal piacere-benessere ma *dalla prospettiva di costruzione di sé* che tale esercizio comporta. Un sé non chiuso,

separato, difeso, ma in interscambio con il proprio ambiente relazionale, sociale, ecologico.

Si passa quindi dalla guida eteronoma degli esperti all'autonomia relazionale supportata; dall'immagazzinamento di "informazioni sane" ad una giusta attenzione alle trasformazioni sociali e ambientali; dalla prevenzione dei rischi e adozione di buone abitudini (in campi limitati) allo sviluppo di competenze favorevoli un equilibrio dinamico che si accompagna con la prontezza di reazione auto-trasformativa e adattiva.

L'educazione-formazione ricorrente nelle varie fasi della vita si completa con una rilevante attenzione alla seconda parte della definizione che evidenzia almeno tre campi con cui familiarizzarsi e di cui sentirsi responsabili. In primo luogo, gli ambienti sani: quelli più ampi degli ecosistemi, ma più in specifico quelli abitati e abitabili; inoltre gli ambienti di vita quotidiana, da far diventare dei veri e propri *habitat* (Ingrosso, 2011a).

Il secondo campo d'attenzione è quello relazionale e sociale allargato, si potrebbe oggi dire "glocale" (la relazione locale-globale). Tale sottolineatura evidenzia che gli ambienti sociali conflittuali, astiosi e privi di fiducia, se non portano a giuste soluzioni e scelte attente al bene comune, sono alla lunga deleteri, sviluppano malessere sociale di nuovo tipo (Ingrosso, 2003) e rendono più difficile l'adattamento e il mantenimento dell'equilibrio personale. È necessario quindi sviluppare attitudini volte a contribuire al benessere e riequilibrio sociale piuttosto che (per ignoranza o chiusura risentita) amplificare atteggiamenti narcisistici e vittimistici (Magatti, 2012).

Infine, la dimensione della cura, quella *reciproca* che ci impegna verso coloro a cui siamo legati e quella *organizzata* che ci è collettivamente necessaria; ambedue sono indispensabili al vivere personale e collettivo, e devono essere adeguatamente riconosciute e valorizzate (ma anche, possibilmente, cooperare). Anche il *prendersi cura* (verso di sé, gli altri, gli esseri viventi, l'ambiente) necessita di competenze e apprendimenti in forme appropriate alla propria età e condizione di vita (Ingrosso, 2011b, 2011c, 2011d).

La terza parte della definizione, come si è visto, riguarda la consapevolezza delle condizioni sociali necessarie alla salute personale e collettiva, e quindi, di conseguenza, la considerazione delle dimensioni etiche e simboliche necessarie alla costruzione della salute. Essa certamente non comporta un apprendimento prevalentemente retorico e "civico", ma una riflessività sulle esperienze, una capacità (ambientale) di realizzare buone pratiche di cura, un passaggio dall'eteronomia all'autonomia responsabile.

Essa comporta altresì una convergenza fra diverse culture della salute capace di generare un senso di "salute comune" del genere umano, una nuova forma di mitopoiesi. In questa direzione la recente enciclica di Papa Francesco dà un contributo molto rilevante, anche di metodo, che dovrebbe essere colto da molti per portare ad una rinnovata "cura della casa comune" (Papa Francesco, 2015).

Sono quindi diversi gli spunti che una tale definizione può suggerire per un significativo riorientamento delle pratiche educative e formative nel corso della vita. Un ripensamento di cui vi è particolarmente bisogno di fronte agli scenari sociali e culturali odierni che propongono nuove sfide a cui siamo collettivamente piuttosto impreparati e su cui le impostazioni finora perseguite si sono dimostrate insufficienti e non adeguate.

## VII. Cura di sé ed educazione alla cura

«Su una parete della nostra scuola c'è scritto grande "I CARE". È il motto intraducibile dei giovani americani migliori: "me ne importa, mi sta a cuore". È il contrario esatto del motto fascista "me ne frego"».

don Lorenzo Milani, *Lettera ai giudici*

«Curarsi vuol dire orientarsi verso un giusto stile di vita»

Tiziano Terzani, *Un altro giro di giostra*

### 1. Limiti dei modelli promozionali

Talvolta l'educazione alla salute è stata definita in termini di cura di sé, degli altri e dell'ambiente. Tuttavia il termine "cura" ha trovato poco spazio all'interno della riflessione sulle pratiche di salute e nei progetti educativi ad esse collegate. Probabilmente in quanto alla cura è stata attribuita una valenza operativa, fortemente legata al campo dei servizi e delle professioni sanitarie, e quindi alle distinzioni qui prevalenti fra terapia della malattia, da un lato, e prevenzione del danno potenziale, dall'altro. Nel primo caso, la cura ha a che fare con la fase di perdita della salute, nel secondo con i periodi e le condizioni di suscettibilità ("essere a rischio"), nelle quali prudenzialmente attrezzarsi anticipando il manifestarsi di danni, specie se si fa parte di specifici gruppi di persone (*target*) definite sulla base di adeguati parametri epidemiologici. Nella situazione di essere bisognosi di cure, il soggetto è stato tradizionalmente visto come parte debole e passiva che si deve affidare ad una controparte esperta, autorevole e responsabile. Nel caso della prevenzione, i modelli "ingenui", prevalenti nella prima fase dell'educazione, affidavano alla diffusione di informazioni corrette e all'ingiunzione normativa dell'autorità sanitaria il compito di "inculcare" comportamenti sani alla popolazione. In tutti e due i casi, il ruolo attribuito al soggetto interessato è piuttosto limitato, basato sul conformarsi alle disposizioni comportamentali ricevute dagli esperti a cui è affidato.

L'avvento della promozione della salute ha spostato l'attenzione sulla facilitazione di stili di vita adeguati e salutari, da ottenere sia attraverso la responsabilizzazione dei soggetti direttamente interessati sia con opportuni interventi micro e macro-ambientali, che mobilitino non solo i servizi sanitari ma i cittadini attivi e gli altri attori di comunità (associazioni di volontariato, leader spontanei, ecc.).

Per quanto riguarda l'intervento educativo e facilitativo sui soggetti, si è andati dallo stimolo di adeguati *apprendimenti* - magari attraverso la mediazione dei *pari* - fino all'acquisizione di *health literacy* (Kickbusch e Maag, 2007) e alla messa in

campo di *competenze* sempre più sviluppate nel corso della vita (*life skills*), avviando una sorta di formazione permanente del cittadino-consumatore-paziente alle prese coi servizi sanitari e le risorse per il benessere.

In alcune formulazioni, la promozione della salute è arrivata a concepire programmi di *wellness*, cioè di vita sana, abbastanza complessi, mettendo insieme diverse pratiche che configurano uno stile di vita nel suo complesso adeguato. In questo caso, il focus è stato portato su una sorta di "apprendimento ad apprendere" per il quale il soggetto è in grado di confrontarsi coi rischi via via emergenti, ma anche con le risorse disponibili, al fine di mantenere e promuovere un equilibrio fra sé, gli altri e gli ambienti di vita, ottenendo un benessere adeguato e confortevole o contenendo le conseguenze delle immaneabili problematiche emergenti, specie col procedere dell'età.

Tuttavia, nel *mainstream* della promozione sono prevalsi gli orientamenti legati a singoli comportamenti problematici (carie, fumo, moto, aids, ecc.) o, al più, a specifici campi applicativi (l'alimentazione, l'attività fisica, la sicurezza stradale, le dipendenze, ecc.). La conferma di tale orientamenti viene dall'esame dei principali modelli teorici comparsi via via a supporto dell'educazione, promozione e comunicazione della salute<sup>22</sup>.

Fra questi si possono ricordare le teorie cognitive (ad esempio: *Health Belief Model*), che puntano sui cambiamenti di percezione di un comportamento problematico, le teorie comportamentali (*Theory of Reasoned Action*, *Theory of Planned Behavior*), che lavorano soprattutto sulle intenzioni, ma introducono anche la comunicazione mediatica per arrivare ad incidere sulle motivazioni riguardanti specifici comportamenti a rischio. Il modello transteorico di DiClemente e Prochaska (1982), da parte sua, cerca di sintetizzare più riferimenti modellistici - come quelli rogersiani, del *Locus of control*, della motivazione e della *self-efficacy* - avendo in mente tuttavia sempre l'obiettivo di un cambiamento comportamentale specifico, attuato attraverso metodologie focalizzate sull'individuo.

Le teorie contestuali (*teoria del contesto di base*, *modelli ecologici*, ecc.), a loro volta, intervengono sulle interpretazioni soggettive delle norme sociali, specie nei micro ambienti gruppali frequentati dai soggetti con comportamenti problematici, al fine di facilitare una fuoriuscita da situazioni di rischio, ma anche per supportare l'auto-stima e l'*empowerment* personale e di gruppo. Le esperienze di teorie socio-ambientali, come quelle centrate sui *setting* (Scuola che promuove la salute, Ambienti di lavoro che promuovono il benessere, *Health Promoting Hospitals*, ecc.)<sup>23</sup>, si concentrano su diversi aspetti della vita comune e organizzativa, proponendosi di sviluppare una visione d'insieme dei fattori che possono influenzare la salute in un determinato ambiente, e quindi sottolineando la necessità di essere attivi per "prenderci cura" di esso.

Le teorie della partecipazione si affidano alla mobilitazione locale, a mutamenti delle politiche e dei regolamenti, all'attivazione di eventi simbolici e di campagne comunicative per ottenere un coinvolgimento della popolazione. I modelli strutturali,

---

<sup>22</sup> Per una rassegna critica si veda: Ragazzoni P. et al., 2007.

<sup>23</sup> Sul tema della promozione della salute nei contesti (*setting*) si v. il n° 4, 2008 di *Educazione sanitaria e Promozione della salute*.



infine, sono portati ad intervenire sugli aspetti economici e organizzativi o sui servizi e gli operatori mirando indirettamente a favorire i cambiamenti di abitudini delle popolazioni. Essi possono usare la comunicazione come supporto informativo capace di arrivare a larghi strati di utenti per informarli delle nuove opportunità offerte.

Tirando le somme di questa sintetica rassegna, si può evidenziare che le teorie cognitive e comportamentiste hanno scavato diversi aspetti della psicologia individuale (motivazioni, intenzioni, auto-efficacia), in un'ottica però molto centrata sul compito e non sugli orientamenti generali del soggetto. Per quanto riguarda i filoni ambientali e contestuali, si può sottolineare che essi, in modi diversi, hanno puntato a forme di *empowerment* personale e di gruppo finalizzate al cambiamento di problematiche specifiche, ma potenzialmente in grado di generare un accumulo di capacità e motivazioni soggettive atte a farsi carico di altri aspetti problematici presenti negli stessi ambienti e situazioni di riferimento.

Si deve poi notare che, al di là delle limitate applicazioni operative di questi modelli, specie nel nostro paese, si assiste da tempo al diffondersi di una sorta di semplificazione e regressione culturale nel campo delle strategie di salute che invoca il ricorso ad una pedagogia punitiva (ad esempio per i fumatori e gli obesi) o che si affida alla potenza della comunicazione unilaterale e "persuasiva" di massa o che vuole "tutelare i consumatori" mantenendo i monopoli degli esperti (v. il caso della domanda di farmaci "fai da te"). Tutti comportamenti che tendono a non far crescere una consapevolezza e responsabilizzazione personale e associata, fornendone un opportuno supporto e valorizzazione da parte del sistema sanitario e di salute, ma optando piuttosto per una induzione dall'alto dei comportamenti desiderati.

In ogni caso, al di là delle preferenze soggettive e dei meriti dei diversi modelli d'azione, si può dire che molto poco gli orientamenti promozionali si siano preoccupati: a) di educare ad una visione processuale e interiorizzata della responsabilità personale verso la propria salute; b) di educare ad una visione generale della salute capace di tradursi nel cambiamento non solo di singole abitudini o spicchi della propria vita, ma nell'acquisizione di un insieme di abitudini, pratiche e orientamenti attivi sinergici capaci di incidere in modo significativo sul benessere personale, socio-relazionale e collettivo. Solo in parte, inoltre, i modelli promozionali (soprattutto di taglio ambientale e partecipativo) sono stati in grado di focalizzare la relazione fra benessere soggettivo e benessere socio-ambientale (ad esempio promuovendo servizi di supporto e aggregazioni attive di cittadinanza e auto-mutuo aiuto) e quindi: c) di educare ad una visione socio-ecologica e ambientale della qualità della vita.

## **2. L'investimento educativo in quattro campi della cura**

*Cambiare i comportamenti o sviluppare la cura di sé?*

Come si è visto, l'apprendimento a corto raggio adottato dai modelli promozionali, non ha puntato all'acquisizione e interiorizzazione di principi di responsabilità, motivazione di fondo al benessere, *self-efficacy* che potessero supportare i soggetti

nel corso della loro vita, ma invece si è focalizzato sul cambiamento di singoli tratti comportamentali. Viene quindi a mancare l'obiettivo e la strategia di lunga durata che porta l'individuo a porsi come regolatore di sé e, insieme, come soggetto attivo, in feconda interazione con l'ambiente e con i cambiamenti che questo propone. Tale carenza è particolarmente evidente negli adolescenti: quello che manca a molti giovani in crescita non è solo la scarsa attenzione a non farsi del male in specifiche situazioni, ma soprattutto la consapevolezza di sé in termini corporei, emozionali, etici che, mantenendo aperta la dimensione esplorativa e avventurosa che caratterizza questa fase della vita, ma anche scontando le incertezze e gli errori possibili, li avvii però alla ricerca di un equilibrio dinamico col proprio corpo, con gli altri e con gli ambienti di vita che sia fruttuoso in termini di energia, benessere, voglia di vivere. Un obiettivo certo non facile in questa fase, ma scarsamente preparato e perseguito nell'infanzia e pre-adolescenza attraverso il concorso di più agenzie formative: scuola e famiglia in primis, ma anche gruppi educativi extrascolastici e aree dedicate dei media.

Il tema della cura di sé implica aspetti affettivi, capacità, conoscenze, elaborazione delle proprie percezioni ed esperienze. Un "volersi bene" non narcisistico ed egocentrico, ma che sviluppa l'auto-conoscenza e l'equilibrio emozionale e che, finalmente, può tradursi in atti e scelte di vita.

Tale problematica ritorna però anche nella vita adulta. Se è cresciuta l'attenzione al benessere in larghe fasce della popolazione, tuttavia essa sembra molto concentrata in certi campi (come quello delle diete) e con esiti non molto soddisfacenti. In tale *mare magnum* s'inseriscono molti "imprenditori del benessere" che attirano l'attenzione su proprie offerte mirate (integratori, creme, centri, soggiorni, ecc.), spesso decantate come miracolose. Pochi i riferimenti credibili per sviluppare un'attenzione a più vasto raggio e di più lungo corso, pochi i supporti alla propria auto-elaborazione partendo dal contesto e dai vincoli che la vita di ciascuno pone. Quindi, come parlare di "stili di vita" come modi integrati e coerenti di scelte adeguate e "sane" senza la capacità, l'intenzione, la possibilità di definire un quadro di riferimento personale e personalizzato?

### *La simmetria fra cura di se e cura degli altri/dell'ambiente*

La mancanza di un orientamento alla presa in cura di sé è simmetrico alla scarsa attenzione all'altro e agli altri, alla conoscenza delle loro esigenze e reazioni, alla scarsa valorizzazione di una pratica e di un'etica dell'aiuto volontario e responsabile, alla trascuratezza per la cura degli ambienti comuni. Più in generale, manca a livello pubblico e collettivo una consapevolezza di quanto la cura nel quotidiano e nei momenti di accresciuto bisogno siano importanti per il vivere collettivo. Tale dato viene dato per scontato o emerge solo in occasioni di calamità per rientrare poi velocemente nell'indistinto. Eppure, è in questo campo che possono emergere adesioni a idee guida portanti della cura<sup>24</sup>, a forme etiche che possono

---

<sup>24</sup> La questione delle idee guida o dei miti di cura, che ogni epoca ha elaborato, ma di cui l'attuale soffre particolare carenza, mi pare di rilevante importanza. Ho dedicato a questo tema un saggio intitolato: *Alle sorgenti della cura. Ricerca di idee guida per le società della salute* (2010) ripreso nel cap. I di questa dispensa.

costituire una buona base di avvio alle fasi adulte della vita<sup>25</sup>. Non si tratta certo di pensare ad un modo univoco o imposto di concepire un'etica della cura, ma piuttosto di sviluppare esperienze di attenzione e aiuto in cui ciascuno possa elaborare e confrontare motivazioni e demotivazioni, impegni e scetticismo verso la cura *per l'altro e con l'altro*. In questo senso, un accostamento ai servizi e alle professioni di cura (dalle più semplici fino a quelle più complesse tecnicamente) potrebbe essere una risorsa da spendere e una rilevante occasione formativa da giocare per tempo.

Potrebbero far parte di un generale orientamento alla cura, da sviluppare sistematicamente nelle giovani generazioni, anche la capacità di prendersi cura, in vari modi, di *esseri viventi vegetali e animali*. Queste pratiche, talvolta messe in campo dalle insegnanti delle scuole primarie più avvertite e da alcuni genitori (ad esempio: attraverso gli animali da compagnia, gli acquari domestici, le visite a parchi e fattorie didattiche), costituiscono un utile avviamento all'elaborazione di conoscenze, familiarità, affetti, attenzione alla salubrità di animali e altre forme viventi. Un'estensione ed elaborazione di tali pratiche costituisce un campo ancora molto aperto e potenzialmente ricco in termini di applicazioni educative.

Lo stesso si può dire nei confronti della conoscenza, frequentazione, rispetto e capacità di *abitare gli ambienti naturali*. Certamente molti passi avanti sono stati fatti negli ultimi decenni sotto questo aspetto, che è entrato in modo abbastanza diffuso nelle pratiche educative, anche se scarse sono le conoscenze sulle ricadute comportamentali e sugli orientamenti acquisiti dai giovani delle ultime generazioni. Il limite di molte pratiche attuali sta nella loro occasionalità, nella scarsa coerenza con l'impianto scolastico complessivo, nella limitata connessione con i comportamenti responsabili da tenere nel quotidiano. L'impressione è di una incisività molto limitata sulle fasce giovanili, che ben poco le traducono nel loro vivere quotidiano. Resta dunque molto da fare in questo campo, in particolare in termini di metodo, ma anche di diffusione e continuità.

Sintetizzando queste prime osservazioni, si può affermare che il tema della cura si può articolare in quattro campi pratici ed educativi (*cura di sé; cura degli altri e degli ambienti di vita comune; cura degli esseri viventi non umani; cura degli ambienti naturali*). I quattro campi, pur distinti, sono legati fra loro dall'esigenza di sviluppare nei soggetti in crescita degli *habitus* che diventano sempre più profondi e sicuri con l'accumularsi delle esperienze e della riflessività. In questo senso, vi sono degli obiettivi comuni del lavoro educativo nei diversi campi, in particolare quelli ai quali gli attuali modelli teorici e operativi hanno prestato poca attenzione, ossia:

1. progressiva enucleazione di un orientamento di fondo personale basato sulla responsabilità, la consapevolezza, le competenze di  *coping*, capace di far guadagnare al soggetto un proprio assetto ed equilibrio, regolando la vita quotidiana; un orientamento che includa anche la disponibilità a confrontarsi con gli imprevisti, le difficoltà, i mutamenti, non sempre positivi, che la vita può riservare;

---

<sup>25</sup> Il tema di un'etica pubblica e privata della cura è al centro di importanti filoni di ripensamento delle teorie della giustizia, come visto nel cap. II di questa dispensa.

2. progressiva consapevolezza della rilevanza delle dimensioni relazionali, sociali, ambientali della promozione della salute e benessere; quindi della importanza di curare in modo corresponsabile le dimensioni intersoggettive e ambientali della qualità della vita;
3. progressiva definizione di una visione generale ed evolutiva del benessere, capace di connettere i diversi campi verso i quali esercitare una cura personale e collettiva, in interazione con la più generale evoluzione culturale e sociale del contesto societario.

Per raggiungere tali obiettivi, senza dubbio complessi ma fondamentali, sarà importante prestare attenzione alle interazioni e ai processi che legano il campo della cura di sé agli altri tre. Da una parte, senza un equilibrio e una cura di sé non vi è spazio per un'attenzione e cura degli altri o una disponibilità all'aiuto. Ma è anche vero che spesso l'attenzione all'altro è un potente strumento della cura di sé (come evidenziano le esperienze di *self-help*). Allo stesso modo un'educazione all'ambiente fine a sé stessa, si è osservato, non riesce ad incidere sugli stili di vita personali, ma, per contro, la cura degli animali e delle piante o la semplice immersione in ambienti naturali porta spesso a significativi accumuli di energia, benessere e qualità del vivere. È dunque importante prestare attenzione alle sinergie dei diversi campi e forme di cura, che possono portare positive ricadute generali sul soggetto e apprendimenti laterali, per analogia, fra un campo e l'altro.

### 3. Il concetto di cura e le sue articolazioni

Per *cura* e per *curare* si intendono solitamente quell'insieme di pratiche, di mansioni, di attività riguardanti la manutenzione del corpo sano e di quello malato nel tempo quotidiano, svolte dalle figure accudenti operanti nell'ambito familiare (in particolare la madre e altri soggetti femminili: la nonna, la sorella, la zia, la vicina, la domestica, la badante, ecc.). Tali termini sono altresì divenuti specifici dell'ambito medico-sanitario, dove cura sta per *terapia*, ossia "l'insieme dei rimedi usati per guarire da una malattia"<sup>26</sup>. Di qui la distinzione fra prendersi cura (*to care*) e curare (*to cure*), dove cambiano i soggetti agenti, la scena, il contenuto, ma dove l'ottica resta prevalentemente fissata sui contenuti delle pratiche che ogni rispettivo attore mette in atto nei confronti di un soggetto ricevente.

Nel soggetto adulto in condizioni normali è però lui stesso che *si prende cura di sé*, che è sufficiente a sé stesso, e questo costituisce un discrimine sia rispetto alle fasi iniziali della vita sia a quelle finali, ma anche fra i periodi di inabilità e malattia e altri di capacità, adeguatezza, benessere. In questo senso il 'curarsi' (*self-care*) è alternativo all'essere curato. Si è quindi curati in quanto non ci si può curare da soli, come dovrebbe essere tipico dell'adulto in buona salute.

La cura di sé non è tuttavia un dato per scontato. Essa è frutto di una socializzazione imitativa, di un senso comune acquisito nel proprio ambiente di vita, ma anche di un apprendimento continuo, di un'educazione e auto-educazione che si sviluppa per lungo tempo, potenzialmente per tutta la vita, in quanto richiede capacità di adattamento e cambiamento, conoscenza di sé e del proprio corpo,

---

<sup>26</sup> Voce "Cura", in *Dizionario di Italiano*, Utet, Torino, 2003.

apprendimento dall'esperienza, acquisizione di conoscenze, capacità pratiche e così via. La cura di sé risente dell'equilibrio affettivo: infatti si attiva sulla base di una fiducia originaria acquisita, di una implicita amorevolezza verso il proprio corpo, di una accettazione della propria identità psichica, di una tensione esistenziale verso il futuro, di un desiderio di felicità, completezza, ricerca di giustizia e bellezza. Una cattiva socializzazione e educazione, così come una inadeguata maturazione affettiva, portano spesso il soggetto a non avere quel sufficiente amore di sé che lo mette in grado di prendersi cura della propria esistenza evitando comportamenti dispersivi, pericolosi e dannosi.

I *significati* associati alla cura e al curare rimandano agli atteggiamenti tipici del curante, ossia di colui che esprime un "pensiero attento e costante", manifesta "diligenza e accuratezza", nonché "affanno e preoccupazione", "dedizione e premura": modi di fare e sentire che si possono dedicare a qualcuno, ma anche al lavoro, ad un libro, ad una malattia<sup>27</sup>. Molta meno attenzione è, in genere, posta al *rapporto*, all'interazione fra curato e curante, a come reagisce chi viene preso in cura, alle ragioni che motivano il dare e ricevere aiuto, allo scambio relazionale, affettivo e comunicativo che questa interazione mobilita, soprattutto allorché i segnali che provengono dalla persona malata, inabile, non autosufficiente si riducono al minimo o non sono pienamente consapevoli. Tanto di più allora l'attenzione ricade sul fare, sul *bisogno* che mobilita e giustifica l'azione.

Tuttavia questo scarto, questa scissione fra azione e relazione, fra operare e comunicare, fra fare e *con-sentire* non è senza conseguenze, in quanto comporta un ripiegamento della parte agente della relazione sul proprio *protagonismo attivo* e della parte ricevente sulla propria *passività, sudditanza, inoperatività*. In tal modo vi è il rischio di agire la cura senza un *sentimento di cura*, senza la giusta attenzione per l'altro e *con* l'altro. Dobbiamo ricordare infatti che la cura si presta in primo luogo a chi ci è *caro*, ossia a colui verso il quale proviamo affetto e che si è mostrato gentile, affettuoso verso di noi: ci è caro perché lui stesso è stato caro verso di noi. L'*affetto* - passione per chi ci è caro - porta ad interessarci della sua sorte, a prestare gli aiuti necessari, ad operare per il suo bene e quindi per il suo benessere, ma condividendo i suoi desideri, a volte le sue paure e dolori (*compassione*). Questo fare affettuoso ha il grande potere di generare una sorta di appagamento anche in colui che presta cura, specie se questa viene apprezzata.

La cura non si limita tuttavia a chi ci è già caro, ma si rivolge anche verso chi siamo disponibili a *vedere*, ad *ascoltare*, con cui entrare in *sim-pathia* (Iori, 2008). Sentiamo dentro di noi il bisogno che altro prova, il suo desiderio, la sua attesa e ci immedesimiamo nella sua sorte, siamo disponibili a fare il primo passo di una possibile reciprocità relazionale. Per questo, in altra sede (Ingrosso, 2008), ho definito la cura come "un *gesto mimetico e scambievole* che genera benessere in chi la riceve, in quanto rianima (riattiva o produce un nuovo *animus*) chi la fa. Vi è una circolarità in quanto il dare affettuoso del curante è reciprocato da un ritorno affettivo o da una percezione di un bene etico prodotto che ha valore agli occhi di chi, col suo gesto, lo ha prodotto". L'apparente asimmetria di chi fa il primo passo verso l'altro è riequilibrata dal vedersi nell'altro e da un ritorno, esplicito o implicito, che gli viene dopo aver stabilito questo tipo di relazione.

---

<sup>27</sup> Idem.

Un celebre teologo e studioso di etica ha affermato: "La cura è una relazione amorevole con la realtà, allo scopo di garantirle la sussistenza e di creare lo spazio per il suo sviluppo. La cura previene i danni futuri e rigenera i danni passati. [...] Di ogni cosa gli esseri umani hanno e devono aver cura: della vita, del corpo, dello spirito, della natura, della salute, della persona amata, di chi soffre, della casa. Senza cura la vita viene meno." (Boff, 2011)

#### 4. Educare alla cura: sfida e opportunità

Proviamo ora a ritornare alla ripartizione nei quattro campi della cura che abbiamo individuato come particolarmente rilevanti per impostare un articolato discorso educativo sulla cura, intesa come autentica promozione della salute e della qualità della vita. Esamineremo brevemente i vari ambiti per esaminarne le implicazioni formative nelle diverse età della vita, ipotizzando sinergie utili allo sviluppo di un *ethos* condiviso, supportato da conoscenze, saperi pratici, esperienze, tecniche ma soprattutto motivazioni via via più profonde, costanti, incisive.

##### *Cura di sé e prospettive educative*<sup>28</sup>

Per quanto riguarda la *self-care*, si può ricordare che già in epoche antiche furono elaborati diversi *corpus* organici di saperi volti a sviluppare un repertorio di conoscenze, pratiche e regole di vita da assumere da parte di chi voleva darsi un progetto di vita sana e buona. Fra queste si può ricordare quella racchiusa nel *gymnasium* greco, che includeva pratiche ginniche e studi filosofici, richiamata anche da M. Foucault nel celebre volume dedicato alla "Cura di sé" nel mondo classico (1984).

Nel periodo romano di epoca imperiale troviamo l'indicazione di Giovenale (II sec. D.C.) "mens sana in corpore sano", che riflette sia l'esigenza di mantenere un corpo robusto sia di accompagnare l'esercizio della *valetudo* (riferita soprattutto alle abilità del soldato) con le virtù civiche e morali del cittadino romano. In epoca medioevale, si può ricordare il celebre *Regimen Sanitatis Salernitanum*, elaborato dalla Scuola Medica Salernitana, che evidenzia gli adattamenti del corpo nei passaggi di stagione, mentre nel Rinascimento troviamo il trattato "De vita sana" [1489] del medico umanista Marsilio Ficino, che indicava nella combinazione fra cura "dello spirito corporeo", di quello "incorporeo" e della venerazione della verità la formula per una vita lunga, che doveva essere orientata da un sapere composito e sviluppata da ciascuno con adeguata diligenza (Alessandri e Viroli, 2007).

Nella modernità, come già si è detto, la medicina vira verso la visione scientifico-positivistica della patologia dismettendo l'orientamento semi-olistico alla vita salutare che aveva sviluppato nei secoli precedenti, pur con molte approssimazioni, ma anche la filosofia perde l'interesse per l'elaborazione della saggezza nella vita quotidiana. Alcuni autori del secolo XIX°, come W. W. Jaeger (1959), cercano, attraverso la ginnastica, di ritornare alla *Paideia*, ossia alla pedagogia classica

---

<sup>28</sup> In ambito pedagogico il tema della cura di sé, rivolto però soprattutto alla vita adulta, è stato sviluppato da D. Demetrio (1996) e recentemente ripreso da F. Cambi (2010). La prospettiva della cura in educazione è stata affrontata, fra gli altri, da I. Lizzola (2002), C. Palmieri (2000), M. Contini e M. Manini (2007).

pratico-morale, ma, in generale, viene persa la visione integrata della vita sana che i manuali umanistici avevano cercato di rinnovare assumendo il meglio del pensiero medico e di quello filosofico applicato al vivere quotidiano.

In tempi recenti, un significativo cambiamento di orizzonte si ha a partire dagli anni ottanta del XX° secolo attraverso l'elaborazione di concetti come quelli di *promozione della salute*, *self-care*, *empowerment*, *qualità della vita*, *wellness* che rivalorizzano la responsabilità personale nella definizione degli stili di vita salutari, ma insieme il ruolo delle politiche e degli interventi collettivi nella creazione di *ambienti favorevoli alla salute*. Tali concetti hanno avuto una incubazione già nel corso degli anni '60 e '70 (o, in alcune prefigurazioni, anche precedentemente, come nel caso di Angelo Celli in Italia): in particolare si deve all'epidemiologo Halbert L. Dunn, la proposta del concetto di "high-level wellness," definito come "un metodo integrato di funzionamento che è orientato verso la massimizzazione del potenziale di cui un individuo è capace"<sup>29</sup>.

Questi orientamenti, che hanno avuto sviluppi teorici e applicativi molto diversificati, evidenziano la riscoperta di una visione post-dualistica, attiva, promozionale del ben-vivere orientato alla creazione di condizioni favorevoli negli ambienti di vita e nel rapporto con la natura che si è sviluppata nei decenni recenti<sup>30</sup>. Tuttavia tali tentativi non hanno portato ad un consenso condiviso intorno ai concetti di *vita sana*, *qualità della vita* e *wellness*. Essi hanno però sviluppato un campo tematico e applicativo, nonché un orientamento generale volto alla promozione del benessere attraverso il vivere quotidiano. Tale orientamento parte dalle conoscenze scientifiche disponibili in varie aree (come la nutrizione, le scienze motorie, la psico-neuro-immunologia, ecc.), ma cerca di ampliare la propria visione e i propri metodi con un'attenzione alle biografie, ai percorsi di salute, alle interazioni fra diverse dimensioni del ben-vivere. Esso ambisce ad integrare anche gli aspetti simbolici, culturali, spirituali nella ricerca del benessere, rendendola una dimensione fondativa e caratterizzante della vita personale nelle *società della salute* (Kichbusch, 2005), evidenziando i significati collettivi e i riflessi positivi sui modi di vita che avrebbe l'adozione di stili di vita sostenibili e sani.

---

<sup>29</sup> Successivamente, alcuni seguaci di Dunn, come John W. Travis e Robert Rodale, procedevano alla fondazione del *Wellness Resource Center* di Mill Valley in California [1975] e davano sviluppo applicativo alle idee di "wellness enhancement," e "wellness promotion" nella vita personale e in ambienti collettivi, come quelli di lavoro. Da parte sua, Donald B. Ardell ha sviluppato per oltre un quarantennio un articolato progetto di *personal wellness* che ha avuto molto ascolto fra il pubblico statunitense. Elizabeth Neilson, inoltre, aveva fondato, in quegli anni, la rivista *Health Values: Achieving High Level Wellness* (significativamente ridenominata *American Journal of Health Promotion* nel 1996), che aveva dedicato a Dunn ristampando uno dei suoi saggi nella prima uscita. Per una trattazione storica e teorica del concetto di wellness si v. Ingrosso, 2014.

<sup>30</sup> Rilevante è stato l'apporto di nuovi orientamenti sviluppati in ambito psicologico - come la psicologia umanistica (A. H. Maslow, C. Rogers), la psicologia del benessere (C. D. Ryff, C.L.M. Keyes), la psicointesi (R. Assagioli), la psicologia trans-personale (K. Wilber), psico-neuro-immunologia - che sviluppano i concetti di benessere emozionale, psicologico e sociale (per una trattazione e riferimenti bibliografici si v. Zani e Cicognani, 2000), sottolineando altresì la dimensione relazionale, simbolica e spirituale del benessere. Importante anche l'apporto di Aaron Antonovski (1979), col concetto di *salutogenesi*, che focalizza l'attenzione sulle possibilità di creazione della salute anche in condizioni molto avverse grazie alle capacità di *coping* possedute dalle persone e all'acquisizione di una sorta di saggezza interiore generata dal *sense of coherence*.

In considerazione di questo stato dell'arte, quali assunzioni si possono ipotizzare nella fase formativa iniziale della vita personale? È possibile avviare le nuove leve ad una salutogenesi che interiorizzi le motivazioni del proprio prodursi a partire dall'esperienza quotidiana che il soggetto vive?

Partiamo da un esempio pratico. La mia generazione ha vissuto la prevenzione del fumo come il principale obiettivo dell'educazione sanitaria in ragione dei forti danni attesi generalmente in età matura. Scarsa attenzione si è invece posta agli effetti sgradevoli e alle alterazioni delle performance psico-fisiche già nel presente dei soggetti fumatori, per non parlare delle costrizioni alle libertà altrui (non fumatori inquinati a forza) e ai danni del fumo passivo. È stata quest'ultima la motivazione che ha portato ai maggiori risultati dopo decenni di interventi nelle scuole scarsamente fruttuosi, senza però che ciò sia stato sufficiente ad inibire l'avvio al fumo di quote ancora considerevoli di giovani. Tale caso esemplare indica che è stata pagante l'inversione delle motivazioni dal danno futuro alla situazione presente (danno inflitto ora ad altri, spesso contro la loro volontà). Non si coglie però ancora il danno su di sé, ad esempio, in termini di limitazione delle potenzialità di respiro (e quindi delle performance fisiche) o di accresciuta vulnerabilità ai fattori inquinanti. Soprattutto, agli occhi di molti adolescenti, il piacere del benessere non sembra paragonabile al piacere della trasgressione o dell'adesione ai comportamenti in vigore nel gruppo dei pari.

Dunque è possibile partire dalle esperienze del presente, dagli obiettivi che già ora un giovane può apprezzare per limitare l'*appeal* di comportamenti nocivi? Ragionamenti simili, anche se legati a diverse componenti culturali e sociali, sono quelli che si riferiscono alla forte inversione dei ritmi di vita praticata da molti giovani che hanno assunto l'abitudine ad uscire a mezzanotte per vivere la notte al posto del giorno, e non come fatto occasionale, di festa o di vacanza, ma come dato normale e frequente, con significative ripercussioni sugli impegni quotidiani oltretutto sui rischi che alcuni corrono negli sbalzi del sabato sera (ma anche del giovedì, del venerdì, ecc.). Non è il caso di lavorare sui ritmi di vita - che coinvolgono quasi tutti i componenti di una e più generazioni -, piuttosto che solo sui rischi, che pure sono preoccupanti? Tale lavoro di fondo non potrà man mano ridurre le occasioni di incidenti e soprattutto diffondere altri modi di vita fra i giovani?

Vi è da chiedersi se l'educazione al ben-vivere non debba partire dall'esperienza e dal quotidiano per portare ad acquisizioni che restano, a piccole tecniche (ad esempio di rilassamento e rinforzamento) che possano stimolare il desiderio di accrescere il patrimonio pratico-cognitivo di cui si dispone. *Puntare sul concreto e il pratico* può forse far riacquistare qualche spazio oggi occupato dall'enfasi sul virtuale e l'apparire. Pratiche che devono avere un *alone emotivo* piuttosto che solo cognitivo, dato che non si apprende e non si ritiene senza un'emozione che connota ciò che si fa e che si ritiene giusto. Dunque è necessario un significativo ripensamento di metodo e di obiettivi rispetto alle modalità tradizionali ma anche a molti "innovativi" progetti di educazione alla salute.

### *Pratiche di cura degli altri*

La mancanza di un orientamento alla presa in cura di sé è simmetrica alla scarsa attenzione all'altro e agli altri, alla conoscenza delle loro esigenze e reazioni, alla



mancata valorizzazione di una pratica e di un'etica dell'aiuto volontario e responsabile, alla trascuratezza per la cura degli ambienti comuni. Più in generale, manca a livello pubblico e collettivo, una consapevolezza di quanto la cura nel quotidiano e nei momenti di accresciuto bisogno siano importanti per il vivere collettivo. È possibile contrastare questa mancanza di attenzione?

Quando parliamo di "cura degli altri" possiamo riferirci ad almeno due campi: quello dell'aiuto volontario prestato per motivazioni solidaristiche nei confronti di soggetti con specifiche esigenze e quello dei servizi socio-sanitari di cura che svolgono un ruolo fondamentale nella protezione delle persone e delle collettività. Alcune associazioni educative (come, ad esempio, il movimento scout) o di solidarietà sociale (come le associazioni di volontariato) svolgono un meritorio lavoro di avviamento di giovani all'assunzione di responsabilità nei confronti di persone disabili o con specifici bisogni. Tuttavia, la maggior parte delle nuove leve non riceve un avviamento di questo genere e resta molto lontana dall'includere la cura degli altri nel proprio stile di vita.

Considerando l'altra parte - costituita dai servizi, progetti e professioni di cura - si deve dire che essa non rappresenta un fatto eventuale e volontario, ma un diritto di cui tutti (o quasi!) sono titolari: una dotazione indispensabile alla vita sociale, articolata per aree, saperi, professioni di cui la maggior parte della gente (specie giovani) conosce poco o nulla. Un diritto a cui non corrispondono doveri, attenzioni, impegni.

Non si diventa *cittadini competenti* se non per convinzioni personali o, in caso di bisogno, senza sottoporsi una sorta di training al rapporto con tali strutture e opportunità. Perché non pensare quindi a visite guidate, stage formativi, incontri utili ad una informazione sul campo, ma anche alla scoperta di qualche vocazione personale da sviluppare nei successivi passi formativi? Perché non pensare di fare dei servizi sanitari e sociali un grande campo di esperienze formative attraverso cui i giovani possano toccare con mano come è organizzata la cura collettiva, ma soprattutto come tanti uomini e donne operano con motivazione e professionalità?

La cura degli altri può diventare un interesse trasversale fra varie agenzie formative, un luogo di apprendimento dell'*health literacy*, oltre che di formazione personale, e così avviare i soggetti ad una capacità relazionale con gli operatori e gli ambienti di *care & cure* che attualmente è fortemente carente e trascurata.

### *La cura di animali e piante*

Potrebbero far parte di un generale orientamento alla cura, da sviluppare sistematicamente nelle giovani generazioni, anche la capacità di prendersi cura, in vari modi, di esseri viventi vegetali e animali. Queste pratiche, talvolta messe in campo dalle insegnanti delle scuole primarie più avvertite e da alcuni genitori (ad esempio: attraverso l'allevamento di piccoli animali, le visite a parchi e fattorie didattiche, l'allestimento di orti), costituiscono un utile avviamento all'elaborazione di conoscenze, familiarità, affetti, attenzione alla salubrità di animali e di altre forme viventi. Tale campo costituisce un ponte fra la cura degli altri, di cui si è parlato sopra, e la cura dell'ambiente naturale e sociale, oggetto dei campi che seguono. Capire e "sentire" il crescere di animali e piante costituisce un'importante occasione formativa, come insegnano le esperienze, ad esempio, di *pet therapy*.

Il termine di *pet therapy* comprende sia attività di A.A.A. (*Attività Assistite con Animali*) - ossia di tipo educativo-ricreativo - sia di T.A.A. (*Terapie Assistite con Animali*) - finalizzate al miglioramento di disturbi tanto fisici e motori quanto psichici ed emotivi -. Persino in alcuni ospedali e centri di cura (in particolare per bambini e anziani) si è permesso l'entrata e il rapporto con animali per l'effetto emotivo e di benessere che essi portano. Perché non pensare all'animale come un veicolo di comportamenti di cura e di educazione al buon rapporto con un altro essere senziente?

È qualcosa che molte famiglie già fanno (tranne poi trovarsi in grossi problemi di gestione, ad esempio durante le vacanze), così come, si è detto, alcuni insegnanti delle scuole primarie. Tuttavia molto diverso sarebbe se una tale pratica venisse incoraggiata attraverso opportuni spazi e facilitazioni, con una legittimazione che ora non c'è, magari con un fare collettivo e imitativo nel gruppo dei pari.

Nel presente questa pratica dovrebbe trovare una forte legittimazione nella necessità, sempre più avvertita, di incoraggiare atteggiamenti di *caring* nelle giovani generazioni, con benefici per loro e per altri. È evidente che l'animale è, per molti aspetti, più semplice e paziente di un essere umano, ma al contempo stimolante, reattivo, emotivamente coinvolgente e può essere un buon partner già fin da bambini. Si tratta però di utilizzare questa opportunità non solo in termini ludici e relazionali, ma per l'interesse e la motivazione che può suscitare nel ragazzo a prendersi cura con competenza di lui, sviluppando quindi apprendimenti e pratiche che possono far parte di quel bagaglio di tecniche e conoscenze che egli può accumulare durante il suo percorso formativo.

### *Preoccuparsi per l'ambiente naturale e urbano*

Lo stesso rilevante ruolo educativo si può attribuire alla conoscenza, frequentazione, rispetto e capacità di abitare gli ambienti naturali. La cosiddetta "educazione ambientale" ha ormai una storia pluridecennale se si ricorda che già nel 1977 fu organizzata a Tbilisi una Conferenza internazionale a cura dell'Unesco (Commissione Italiana per l'Unesco, 1981). Sicuramente oggi abbiamo applicazioni a livello scolastico e sono sorti parchi, fattorie didattiche, associazioni che propongono interessanti esperienze educative. Quindi molto è stato fatto ed è operativo. Eppure solo in parte, si ha l'impressione, ciò costituisce un lascito duraturo e interiorizzato per le giovani generazioni. Può il concetto di "cura ambientale" offrire un contributo all'ulteriore approfondimento di questo campo applicativo? Può la cura ambientale avere positive sinergie con le altre forme di cura e con il diventare soggetti curanti?

Il concetto di cura, come si è visto, indica sia un "fare per" che una disposizione, ma anche il costituirsi di un rapporto: tutti elementi questi che sembrano, almeno in parte, mancare nelle attuali modalità di educazione ambientale. I ragazzi non si prendono cura di uno spazio naturale, non lo fanno proprio, non costituiscono quella familiarità e continuità che permetta di riconoscerlo e riconoscersi intervenendo per contribuire al suo buon mantenimento, al suo equilibrio, al suo crescere e *ben-stare*. L'emozione creata dalle attuali modalità occasionali di fruizione è flebile e passeggera, per cui, come si è detto, ha poca rilevanza sulla responsabilizzazione

personale e sui comportamenti nel quotidiano. Perché non pensare a qualcosa di più sistematico, all'adozione di un spazio naturale o urbanizzato (magari con altri), per poi diventare più esperti e responsabili circa il suo mantenimento?

Vi è poi l'esigenza, anche in questo campo, di apprendere dall'esperienza, attraverso pratiche che portino la natura in casa (ad esempio: l'orto da balcone) e che restituiscano pulizia e vigore a spazi urbani e non urbani (ad esempio: giornate di lavoro volontario). Dunque bisogna puntare ad acquisizioni più profonde e insieme più concrete attraverso una pratica più continua e specifica verso un luogo che viene fatto proprio.

Un'ulteriore tipologia di attenzione potrebbe essere quella rivolta all'integrazione delle diversità culturali e di altri conflitti che vengono avvertiti fra le mura scolastiche e all'interno della comunità locale (Pulcini, 2009). Tali problematiche sono all'ordine del giorno in paesi di forte immigrazione, dove spesso si scatenano reazioni di rifiuto da parte della popolazione residente, o in presenza di ghetti urbani, come spesso accade in paesi in via di sviluppo. Più che pensare a grandi interventi si tratta di imparare a convivere nella quotidianità e nel volgere lo sguardo intorno, magari valorizzando le occasioni che già si pongono nel proprio ambiente circostante.

Anche in questo caso le esperienze non mancano. Forse ciò che manca è lo sguardo che le fa diventare parte dell'*I care* (Milani, 1967), di qualcosa che mi riguarda, che incide sulla mia vita e per cui io posso fare qualcosa.

## 5. Competenze e processi

Di cosa ha bisogno un bambino e poi un ragazzo per avviarsi nel campo della cura di sé e degli altri? Quali metodi e processi utilizzare?

Si tratta ovviamente di domande aperte e da approfondire, che consentono molte varianti situazionali dettate da diversi elementi di contesto, oltreché dal punto di partenza in cui ci si muove. Proverò a indicare qui alcuni elementi di riflessione dati dall'esperienza di genitore e insegnante prima che di ricercatore.

Dalle cose dette finora, mi sembra che la cura vada inserita *nel quotidiano*: si tratta di sviluppare l'attenzione al proprio benessere e a quello dell'altro, percepire segnali corporei e di umore, vedere se si può fare qualcosa o almeno comunicare una partecipazione emotiva. Ci può essere attenzione al momento dell'incontro, a quello dei saluti, non resi fatto banale, ma occasione comunicativa su "come stai tu?"- "come sto io". Importante la tenuta di un diario in cui scrivere "cosa ho fatto oggi per il mio benessere?", "come altri (la mamma, il nonno, ecc.) si sono occupati di me?", "di chi mi sono occupato io oggi (mio fratello, il cane, la mia stanza,...) e come?" (Demetrio, 1996). Lavorare quindi sulla percezione, la sensibilità, l'attenzione riflessiva, l'organizzazione del pensiero, la verbalizzazione, lo sviluppo di interessi sul "che fare" e "cosa fare", in particolare "quando si è insieme", che possono avere riscontri anche sul come si sta in classe per stare bene, compresa la cura delle dotazioni e dello spazio classe. Ovviamente l'insegnante/educatore è chiamato a dare opportune indicazioni e rinforzi, costruendo tutta la partita come una sorta di gioco collettivo.

Importanti sono inoltre i *progetti attivi*, che possono avere per oggetto il prendersi cura di spazi verdi, di animali, ma anche del proprio corpo. La presenza di un alunno con disabilità può essere occasione per esercizi di immedesimazione e per scoprire i modi opportuni per comunicare e giocare con lui.

Il tema della *motivazione alla cura* e del *piacere di curare* può venire fuori da testimoni, che possono essere gli stessi genitori, i nonni, ma anche attori del quotidiano, come chi tiene pulito gli spazi scolastici o gli spazi verdi (e che vorrebbe avere la collaborazione di chi quell'ambiente utilizza): si tratta di valorizzare aspetti poco evidenti e poco valorizzati, ma anche di andare dietro i comportamenti per mettere in luce le ragioni, le emozioni che guidano a fare bene un'attività, innescando poi adeguati momenti autoriflessivi anche sulle difficoltà o la poca voglia di fare bene.

Per i ragazzi più grandi può essere la conoscenza delle professioni e dei servizi di cura, come già detto, che può dare più stimoli, magari seguiti dalla visione di opportune serie televisive che forniscono spunti in maniera romanzata per riflettere su situazioni concrete e sugli stati d'animo dei protagonisti. Ovviamente anche la letteratura (v. ad esempio: Hesse, 1925; Mann, 1924; Svevo, 1923; Terziani, 2004), e quella dell'infanzia in specifico, può essere utilizzata per comprendere certe situazioni particolarmente difficili e dolorose, arrivando a calarsi nei panni degli altri; lo stesso fine possono raggiungere le testimonianze di persone passate attraverso una difficoltà o che si sono adoperate per il benessere e la salvezza di altri (ad esempio volontari).

La cura può quindi divenire un obiettivo educativo rilevante senza essere incasellata in qualche spazio o disciplina precisa; essa deve entrare piuttosto nel quotidiano educativo ed essere appoggiata da una progettazione annuale opportuna che si sviluppa nel corso dei diversi periodi di crescita e durante la programmazione dei cicli scolastici. È importante che si manifesti come pratiche, prima che come approfondimenti teorici e tecnici, per competenze e motivazioni, prima che per saperi codificati, i quali possono venire di conseguenza e come richiesta che cresce fra chi è interessato e vuole sapere meglio che fare.

## **6. Promuovere la cura**

Con la riflessione proposta in questo saggio abbiamo cercato di evidenziare la rilevanza che l'introduzione del concetto di cura potrebbe avere per superare difficoltà e insufficienze che l'educazione e promozione della salute hanno continuato ad incontrare anche nel momento in cui hanno cercato un approccio innovativo rispetto a quello istruttivo e informativo tipico della prima fase dell'educazione sanitaria. Certamente la proposta è in controtendenza rispetto agli andamenti "spontanei" assunti dalla socializzazione (dominata dalla cultura dei media) e formazione scolastica (poco incisiva e piuttosto frammentata) delle nuove generazioni nella contemporaneità. Tuttavia l'attuale crisi di fondamenti, oltretutto di pratiche e risultati, richiede, credo, di lanciare nuove idee e progettualità che possano, potenzialmente, individuare un cammino di uscita dalle insufficienze e insoddisfazioni per le modalità di socializzazione e formazione scolastica contemporanee.

Rimane aperto il problema di come la scuola e le altre agenzie formative possano affrontare questo compito, che, come detto, ci pare primario e che accorpa diversi "saperi" indicati come fondamentali per un'educazione nell'«era planetaria» (Morin, 1999). Evidentemente si richiede una scuola che affianchi alle conoscenze fondamentali proposte attraverso le aree disciplinari, una forte impronta progettuale e una capacità di visione. Una scuola, che abbia la capacità di essere luogo di elaborazione e proposta per una rete di esperienze formative che possono svolgersi nelle famiglie, così come nell'associazionismo, o a cura delle municipalità e di altri soggetti attivi nelle comunità locali. Resta comunque centrale la capacità degli educatori (scolastici ed extrascolastici) di farsi portatori di progetti di ampio respiro, anche se commisurati alle proprie risorse e potenzialità.

La scuola, a sua volta, va affiancata da un significativo lavoro culturale che evidenzia l'urgenza e le potenzialità di una attenzione diffusa alla cura. Allo stesso modo le famiglie, le agenzie educative non scolastiche e le politiche hanno grande responsabilità in questo campo che può costituire un terreno di confronto e incontro con la scuola, oggi in buona parte mancante.

Relativamente al campo dell'educazione alla salute e all'ambiente, che costituisce ancora un significativo patrimonio di pratiche ed esperienze nel nostro paese, scarsamente valorizzato, questa proposta si propone di dare un nuovo slancio, legittimazione e integrazione a diverse attività e intenzionalità educative che in ambito scolastico, familiare ed extrascolastico si realizzano.

Lavorare nell'ottica dell'educazione alla cura - intesa come capacità di acquisire un orientamento attivo, motivato, responsabile verso il proprio corpo, la propria persona, gli altri, gli esseri viventi, gli ambienti naturali - porta a pensare in termini di medio-lungo periodo, di lasciti permanenti, di sinergie fra diverse opportunità e campi di lavoro, di elaborazione dell'esperienza e del concreto, di azioni che evocano emozioni, rapporti da costruire e mantenere, piuttosto che di interventi "mordi e fuggi" oggi diffusi.

Il sogno di don Milani per cui i giovani possano educarsi reciprocamente essendo attori della propria formazione personale e acquisendo una preoccupazione responsabile per il mondo circostante - sintetizzata nel motto *I care* - può essere ancora e tanto più oggi rivisitata in un'ottica contemporanea: essa rinvia ad una prospettiva generativa e feconda e può diventare un'idea guida portante per la nostra epoca e per il nostro futuro prossimo.

## Riferimenti bibliografici

- Abel E. K., Nelson M. K. (1990), *Circles of care. An introductory essay*, in E. K. Abel & M. K. Nelson (eds), *Circles of care. Work and identity in women's lives* (pp. 4-34). Albany: State University of New York Press.
- Achenbach G. (2004), *La consulenza filosofica*, Apogeo, Milano, 2004.
- Alessandri N., Viroli M. (2007), *Wellness. Storia e cultura del vivere bene*, Sperling & Kupfer, Milano.
- Allende I. (1994), *Paula*, Feltrinelli, Milano, 1995.
- Antonowsky A. (1979), *Health, Stress and Coping*, Jossey Bass, San Francisco.
- (1987), *Unraveling the mystery of health*, Jossey Bass, San Francisco.
- Apple D. (1960), *How layman define illness*, in *Journal of Health and Human Behavior*, 1.
- Armstrong P. (2004), *Thinking it through: Women, work, and caring in the new millennium*, in K. R. Grant, C. Amaratunga, P. Armstrong, M. Boscoe, A. Pederson, & K. Willson (eds), *Caring for/Caring about. Women, home care, and unpaid caregiving* (pp. 5-43), Garamond, Aurora.
- Ardigò A. (1980), *Crisi di governabilità e mondi vitali*, Cappelli, Bologna.
- (1981), a cura, *Per una sociologia della salute*, Franco Angeli, Milano.
- Ascoli U., Pasquinelli S. (1993), *Il welfare mix. Stato sociale e terzo settore*, Franco Angeli, Milano.
- Baines D. (2004). *Caring for nothing: work organization and unwaged labour in social services*, *Work, Employment and Society*, 18(2), 267-295.
- Balbo L. (1987), a cura, *Time to care. Politiche del tempo e diritti quotidiani*, Franco Angeli, Milano.
- Balbo L., Bianchi M. (1982), a cura, *Ricomposizioni. Il lavoro di servizio nella società della crisi*, Franco Angeli, Milano.
- Balducci E. (1985), *L'uomo planetario*, Camunia, Milano, (2° ed., ECP, S. Domenico di Fiesole [Fi], 1990).
- Bateson G. (1953), in *The study of culture at a distance*, Mead M., Metraux R. (eds), University of Chicago Press, Chicago, p. 372.
- (1961), *Perceval. Un paziente narra la propria psicosi (1830-1832)*, Bollati Boringhieri, Torino, 2005.
- (1972), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1976.
- (1979), *Mente e Natura*, Adelphi, Milano, 1984.
- Bateson G., Jackson D, Haley J., Weakland J.H. (1956), *Verso una teoria della schizofrenia*, in Bateson (1972), pp. 244-274.
- Bauman Z. (2003), *Amore liquido. Sulla fragilità dei legami affettivi*, Laterza, Roma-Bari.
- (2004), *Wasted Lives. Modernity and its Outcasts (Vite di scarto)*, Laterza, Roma-Bari, 2005).
- (2006), *Homo consumens*, Erickson, Trento, 2007.
- (2007), *Vita liquida*, Laterza, Roma-Bari.
- (2008), *Individualmente insieme*, Diabasis, Parma.
- Beck U. (1986), *La società del rischio. Verso una seconda modernità*, Carocci, Roma, 2000.

- Benveniste E. (1969), *Il vocabolario delle istituzioni indoeuropee*, Einaudi, Torino, 1988.
- Berger D.M. (1987), *L'empatia clinica*, Astrolabio, Roma, 1989.
- Bertalanffy L. von (1968), *Teoria generale dei sistemi*, Isedi, Milano, 1978.
- Bertini M, Vannoni S. (2013), a cura, "Oltre il Pil. Il contributo delle scienze per una nuova concezione economica e politica del benessere", Atti del Convegno Firenze 28 giugno 2013, in *Psicologia Toscana*, XIX, 1° sup-n°2/2013.
- Bimbi F. (1995), Etica della cura, stili di vita adulta e organizzazione, in *Animazione Sociale*, XXIV, 2.
- (1998), Dal dono obbligato all'etica della cura, in F. Bimbi e R. D'Amico, *Sguardi differenti. Prospettive psicologiche e sociologiche della soggettività femminile*, Franco Angeli, Milano.
- Binswanger L. (1962), *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins (Basic Forms and Realization of Human Existence)*, 3rd édition, Munich/Bâle.
- (2007), *Per un'antropologia fenomenologica. Saggi e conferenze psichiatriche*, Feltrinelli, Milano.
- Bocchi G., Ceruti M. (1985), a cura, *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano.
- (1993), *Origini di storie*, Feltrinelli, Milano.
- Boff L. (2000), *Il creato in una carezza. Verso un'etica universale: prendersi cura della terra*, Cittadella, Assisi.
- (2011), In cerca di un ethos planetario, in *Adista*, 15, 26 febbraio.
- (2012), Cosa vuol dire "curare"?, in <http://leonardoboff.wordpress.com/2012/05/25>.
- Bolton S. (2005), *Emotion management in the workplace*, Palgrave Macmillan, New York.
- Bowlby J. (1969), *Attaccamento e perdita - vol I Attaccamento alla madre*, Bollati Boringhieri, Torino, 1976.
- Braidì G. (1997), *Affetti e relazioni nel lavoro di assistenza*, Franco Angeli, Milano.
- (2001), *Il corpo curante. Gruppo e lavoro di équipe nella pratica assistenziale*, Angeli, Milano.
- Brashers D., Goldsmith D. (2009), eds, *Communicating to Manage Health and Illness*, Routledge, London-New York.
- Bronzini M. (2013), Le frontiere indefinite della medicina e della medicalizzazione del vivere, in Vicarelli G., a cura, *Cura e salute*, op. cit..
- Browne P. L. (2009), Conflict, competition and cooperation in the social division of health care, in A. Denis & D. K. Fishman (eds), *The ISA handbook in contemporary sociology* (pp. 250-264). London: Sage.
- Bubeck D.E. (1995), *Care, Gender and Justice*, Clarendon Press, Oxford.
- Bury M. (1982), Chronic Illness as biographical disruption, in *Sociology of Health and Illness*, 2, pp. 167-182.
- Cambi F. (2010), *La cura di sé come processo formativo. Tra adultità e scuola*, Laterza, Roma-Bari.
- Cardano M. (2013), Diseguaglianze sociali di salute, in Vicarelli G., a cura, op. cit..
- Castells M. (1991), *La nascita della società in rete*, Egea, Milano, 2002.
- Cattaneo A. (2008), Lo spot che salva la vita e la vita che salva lo spot: pubblicità sociali in Italia, in Ingrosso M, op. cit. 2008a.

- Censis (1989), *La domanda di salute in Italia, comportamenti e valori dei pazienti degli anni 80*, Censis Materiali di ricerca, Franco Angeli, Milano.
- (1998), *La domanda di salute negli anni novanta*, Censis, Roma.
  - (2001), *Comunicazione e informazione per la salute*, Censis, Roma.
  - (2004), *Comunicare la salute: i media e le patologie ad alto impatto sociale*, Censis, Roma.
  - (2006a), *Le Campagne del Ministero della Salute 2004-2005*, Ministero della Salute, Roma.
  - (2006b), *L'innovazione nella tutela della salute. Internet e territorio*, Censis, Roma.
  - (2007), *Disparità e prossimità. Performance dei servizi, domanda di comunicazione e malattie oncologiche*, Censis, Roma.
- Censis, Forum per la ricerca biomedica (2001), *Comunicazione e informazione per la salute*, Censis, Roma.
- (2005), *Il web come consulente sanitario globale*, Censis, Roma.
  - (2006), *L'innovazione nella tutela della salute. Internet e territorio*, Censis, Roma.
  - (2007), *Disparità e prossimità. Performance dei servizi, domanda di comunicazione e malattie oncologiche*, Censis, Roma.
- Censis, Ucsi (2011), *I media personali nell'era digitale. 9° Rapporto Censis/Ucsi sulla comunicazione*, Censis, Roma.
- (2012), *Decimo rapporto sulla comunicazione. I media siamo noi. L'inizio dell'era biomediativa*, Angeli, Milano.
- Chen X., Shui L.L. (2001), Impact of the Media and the Internet on Oncology: Survey of Cancer Patients and Oncologists in Canada, in *Journal of Clinical Oncology*, 19.
- Collicelli C., Vaccaro C.M. (2008), *Comunicare la salute: analisi dell'offerta*, in Ingrosso M., *op cit.* 2008a.
- Colombo G. (1995), Per una ridefinizione del lavoro di cura, in *Animazione Sociale*, XXV, 12.
- Colombo G., Cocever E., Bianchi L. (2004), *Il lavoro di cura. Come si impara, come si insegna*, Carocci, Roma.
- Commissione Italiana per l'Unesco (1981), *La Conferenza Intergovernativa sull'educazione ambientale Tbilisi (URSS), 14-26 ottobre 1977*, Roma.
- Contini M., Manini M. (2007), *La cura in educazione. Tra famiglia e servizi*, Carocci, Roma.
- Cosmacini G, Gaudenzi G., Satolli R. (1988), *Dizionario di storia della salute*, Einaudi, Torino.
- Cosmacini G. (2013), *La scomparsa del dottore. Storia e cronaca di un'estinzione*, Cortina, Milano.
- Cresson, G., Gadrey, N. (2004). Entre famille et métier: le travail du care, in *Nouvelles questions féministes*, 23(3), 26-41.
- Cutlip S.M., Center A.H., Broom G.M. (1994), *Effective Public Relations*, Prentice Hall, Upper Saddle Rivr, N.J..
- Daly M., Lewis J. (2000), The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states, *The British Journal of Sociology*, 51(2), 281-298.
- Davies K, Harrison J. (2007), The information-seeking behaviour of doctors: a review of the evidence, *Health Info Libr J.*, Jun; 24 (2):78-94.



- Demetrio D. (1996), *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Laterza, Roma-Bari.
- (2000), *L'educazione interiore. Introduzione alla pedagogia introspettiva*, La Nuova Italia, Firenze.
- Diamond, T. (1992). Making gray gold. Narratives of nursing home care, University of Chicago Press, Chicago.
- Diaz J.A., Griffith R.A., Reinert S.E., Friedmann P.D., Moulton A.W. (2002), Patients' Use of the Internet for Medical information, in *Journal of General Internal Medicine*, 17.
- DiClemente C.C., Prochaska J.O. (1982), Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change, *American Journal of Health Promotion*, 12(1): 11-12.
- Doczi G. (1985), *The Power of Limits. Proportional Harmonies in Nature, Art and Architecture*, Shambhala, Boston.
- Dolan G., Iredale R., Williams R., Ameen J. (2004), Consumer use of the internet for health information: a survey primary care patients, in *Int. JI of Consumer Studies*, 28, 2.
- Doni M., Tomelleri S. (2011), *Giochi sociologici*, Cortina, Milano.
- Dumézil G. (1968), *Mito e epopea. La terra alleviata*, Einaudi, Torino, 1982.
- Dumouchel P. (1999), *Emozioni. Saggio sul corpo e il sociale*, Medusa, Milano, 2008.
- Dunn, H.L. (1961), *High-Level Wellness*, Beatty Press, Arlington, VA.
- Editorial (2009), What is health? The ability to adapt, *The Lancet* 373: 781.
- Eisler R. (1987), *Il calice e la spada*, Frassinelli, Milano, 2006.
- Elder G.H. (1985), ed., *Life course dynamics. Trajectories and transitions:1968-1980*, Cornell University Press, Ithaca.
- Eliade M. (1963), *Aspects du mythe*, Gallimard, Paris.
- Elias N. (1983), *Coinvolgimento e distacco. Saggi di sociologia della conoscenza*, Il Mulino, Bologna, 1988.
- Engels F. (1845), *La situazione della classe operaia in Inghilterra*, Editori Riuniti, Roma, 1973.
- England P. (2005), Emerging theories of care work, *Annual Review of Sociology*, 31: 381-399.
- Etzioni A. (1969), ed., *The semi-professions and their organization: Teachers, Nurses and Social Workers*, Free Press, New York.
- Fadda R. (1997), *La cura, la forma, il rischio. Percorsi di psichiatria e pedagogia critica*, Unicopli, Milano.
- Ferraris M (2012), *Manifesto del nuovo realismo*, Laterza, Roma-Bari.
- FIMMG Centro studi (2010), *e-Health e medici di assistenza primaria in Italia*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Fine M. (2005), Individualization, risk and the body: Sociology and care, *Journal of Sociology*, 41: 247-266.
- Flamigni C, Mengarelli M. (2014), *Nelle mani del dottore? Il racconto e il possibile futuro di una relazione difficile*, Franco Angeli, Milano.
- Fornari F. (1976), *Simbolo e codice*, Feltrinelli, Milano.
- (1980), *Il codice vivente*, Boringhieri, Torino.

- Foucault M. (1963), *Nascita della clinica: il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*, Einaudi, Torino, 1969.
- (1984), *La cura di sé*, Feltrinelli, Milano, 1985.
- Fox N.J., Ward K.J., O'Rourke A.J. (2005), The 'expert patient': empowerment or medical dominance?, in *Social Science & Medicine*, 60: 1299-1309.
- Freidson (1970), *Profession of Medicine. A study of the sociology of applied knowledge*, Dodd & Mead, New York.
- Freire P. (1967), *L'educazione come pratica di libertà*, Mondadori, Milano, 1973.
- Froland C. (1980), Formal and Informal Care: Discontinuities in a Continuum, *Social Service Review*, 54, 4.
- Fruggeri L. (2014), La competenza psicoterapeutica: un costrutto multi-componenziale, in *Ricerca Psicoanalitica*, 1 (Franco Angeli, Milano).
- Fry J. (1973), *Self-Care: its place in the total health care system*, mimeo, Kent, England.
- Gadamer H. G. (1993), *Dove si nasconde la salute*, Cortina, Milano, 1994.
- Gatti W. (2012), *Sanità e web. Come Internet ha cambiato il modo di essere medico e malato in Italia*, Springer Verlag, Milano.
- Giarelli G. (2005), *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario*, Franco Angeli, Milano.
- Gimbutas M. (1989), *Il linguaggio della dea. Mito e culto della dea madre nell'Europa neolitica*, Longanesi, Milano, 1990.
- Gilligan C. (1982), *Con voce di donna*, Feltrinelli, Milano, 1987.
- Goffman E. (1961), *Asylum. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 1968.
- Graham H. (1983), Caring, a Labour of Love, in J. Finch and D. Groves (eds), *A Labour of Love: Women, Work and Caring*, Routledge and Kegan Paul, London.
- (1991), The Concept of Caring in Feminist Research: The Case of Domestic Service, *Sociology*, 25(1): 61-78.
- Granese A. (1993), *Il labirinto e la porta stretta. Saggio di pedagogia critica*, La Nuova Italia, Firenze.
- Granovetter M. (1973), The Strength of Weak Ties, *American Journal of Sociology*, 78, 6:1360-1380.
- Grunow D. (1985), Lavoro e aiuto sanitario autonomo nelle famiglie e nelle reti sociali. Un'indagine nella RFT, in Ingrosso M., "Famiglia e Salute", n° mon. di *Inchiesta*, 15, 67-68.
- Heidegger M. (1927), *Essere e tempo*, Longanesi, Milano, 1976.
- (1953), La questione della tecnica, in *Saggi e Discorsi*, Mursia, Milano, 1976.
- Herzlich C. (1969), *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Mouton, Paris.
- Hesse H. (1925), *La cura*, Adelphi, Milano, 1978.
- Hillesum E. (1981), *Diario 1941-1943*, Adelphi, Milano 1985.
- Held V. (2006), *The Ethics of Care: Personal, Political, and Global*, Oxford University Press, Oxford.
- Himmelweit, S. (1999). Caring labor, *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 561, 27-38.

- Hollway, W. (2006), *The capacity to care. Gender and ethical subjectivity*, Routledge, London.
- Hochschild, A. (2003). *The managed heart. Commercialization of human feeling* (2nd ed.). University of California Press, Berkeley.
- Hornik R. (2002), ed., *Public Health Communication: Evidence for Behavior Change*, L. Erlbaum Ass., Mahwah NJ.
- Huber M. (2010), Report to Invitation Conference "Is Health a state or a ability? Towards a dynamic concept of health", <http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/>.
- Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, Meer JW, Schnabel P, Smith R, Weel C, Smid H (2011), How should we define health?, *BMJ*;343: d4163.
- Idler E.L. (1979), Definizioni di Salute, Malattia e Sociologia Medica, in *Sapere*, 845, 1982.
- Illich I. (1976), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano, 1977.
- Ingrosso M. (1978), *Produzione sociale e lavoro domestico*, Angeli, Milano.
- (1987), La promozione della salute nel quadro di un paradigma ecosistemico, in M. Ingrosso, a cura, *Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute*, Franco Angeli, Milano.
  - (1989), Socio-ecological model and ecosystemic perspective in community health promotion, in J.W. Salmon e E. Göpel, eds, *Community Participation and Empowerment Strategies in Health Promotion*, University of Bielefeld (Rft), (ed. it. in *Educazione sanitaria e promozione della salute*, XIII, 1,1990).
  - (1994a), La costruzione sociale della salute: teorie e immagini sociali, in M. Ingrosso, *La salute come costruzione sociale*, Franco Angeli, Milano.
  - (1994b), *Ecologia sociale e salute*, Angeli, Milano.
  - (1994c), La costruzione sociale della salute: teorie e immagini sociali, in Ingrosso M., a cura, *La salute come costruzione sociale*, Angeli, Milano.
  - (1998), La meditazione per la salute: rischi, potenzialità e valore sociale di una tecnica del sé, prefazione a Lafaille R., *Placare la sete ... Manuale di meditazione per la promozione della salute*, Angeli, Milano.
  - (2000), "Salute", in A. Melucci, a cura, *Parole chiave. Per un nuovo lessico delle scienze sociali*, Carocci, Roma.
  - (2001a), L'esagono della salute: un modello di costruzione sociale del benessere, in *L'Arco di Giano*, 30.
  - (2001b), a cura, *Comunicare la salute. Scenari, tecniche, progetti per il benessere e la qualità della vita*, Angeli, Milano.
  - (2001c), I periodici del benessere: un'analisi degli orientamenti culturali e delle strategie editoriali, in Ingrosso M., op. cit. 2001a.
  - (2003), *Senza benessere sociale. Nuovi rischi e attese di qualità della vita nell'era planetaria*, Angeli, Milano.
  - (2006), I Piani comunicativi sociali e sanitari: ragioni, difficoltà, benefici attesi, in Ingrosso M., a cura, *La Promozione del Benessere sociale. Progetti e politiche nelle comunità locali*, Angeli, Milano.
  - (2007), a cura, *Fra reti e relazioni: percorsi nella comunicazione della salute*, n° mon. di *Salute e Società*, 1.

- (2008a), *Self-help e associazionismo fra pazienti: intrecci e nuove opportunità*, in C. Cipolla, A. Maturo, a cura, *Scienze sociali e salute nel XXI secolo*, Angeli, Milano.
  - (2008b), a cura, *La salute comunicata. Ricerche e valutazioni nei media e nei servizi sanitari*, Angeli, Milano.
  - (2008c), *La cura fra il dire e il fare: ostacoli e potenzialità di un'ecologia di caring*, in Id., a cura, *La salute comunicata*, Angeli, Milano.
  - (2010a), Alle sorgenti della cura. Ricerca di idee guida per le società della salute, in *La società degli individui*, 38, 2.
  - (2010b), Dal Corpo ignoto agli Homines Patientes: un percorso fra salute e cura in Alberto Melucci, in Chiaretti G., Ghisleni M. (a cura), *Sociologia di confine. Saggi intorno all'opera di Alberto Melucci*, Mimesis, Milano, 2010 (pp. 147-173).
  - (2011a), Educazione alla cura e promozione della salute, in *Educazione sanitaria e Promozione della salute*, 4.
  - (2011b), "Educarci alla cura insieme agli adolescenti", inserto di *Animazione Sociale*, XLI, 257, novembre.
  - (2011c), Quale educazione alla cura? L'etica della cura a fondamento dell'educazione, in *Animazione sociale*, 12: 50-60.
  - (2011d), Orientarsi ad un giusto stile di vita. Cinque campi di esercitazioni educative, in *Animazione sociale*, 12: 61-70.
  - (2011e), Le vaccinazioni: obbligo o scelta condivisa?, in *Aboutpharma*, 93, nov.-dic..
  - (2012a), La cura come sistema multidimensionale, in *Riflessioni sistemiche*, 7,.
  - (2012b), Cooperazione, Libertà, Cura, in *La società degli individui*, 45, 3.
  - (2013a), La salute tra media e relazioni di cura, in Vicarelli G., a cura, *op. cit.*.
  - (2013b), *Il fisioterapista in Italia. Un professionista della cura riabilitativa*, Aracne, Roma.
  - (2014), Voce "Wellness", in Michalos A.C. (Ed.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, Springer, Dordrecht, Netherlands, pp. 7114-7118.
- Ingresso M., Alietti A. (2004), Immagini del vivere sani. I periodici del benessere fra prevenzione, fitness e sapere pratico, in Guizzardi G., *Star bene. Benessere, salute, salvezza tra scienza, esperienza e rappresentazioni pubbliche*, Il Mulino, Bologna.
- Ingresso M., Peccenini M. (2007), L'evoluzione dei periodici del benessere fra mercato e servizio, in Ingresso M., *op. cit.* 2007.
- (2008), I periodici del benessere: un'analisi dei contenuti e degli spazi pubblicitari, in Ingresso M., *op. cit.* 2008a.
- Ingresso M., Spaggiari E., Marchetti E. (2008), Consulenti e internauti: un'analisi dei messaggi in alcuni siti salute, in Ingresso M., *op. cit.* 2008a.
- Iori V. (2008), *Empatia*, in Isfol, *Quattordici voci per un glossario del welfare*, I libri del Fondo sociale europeo, Roma.

Jackson L.D., Duffy B.K. (1998), eds., *Health Communication Research: A Guide to Developments and Directions*, Greenwood Press, Westport CT.

Jadad A.R., O'Grady L. (2008a), How should health be defined, *BMJ*, 337: 1361-1364.

Jadad AR, O'Grady L. (2008b), A global conversation on defining health, *BMJ Group Blogs*, December 10, 2008b. <http://blogs.bmj.com/bmj/2008/12/10/alex-jadad-ondefining-health> (accesso il 22.05.15).

Jadad A.R (2013), On Living a Long, Healthy, and Happy Life, Full of Love, and with no Regrets, until Our Last Breath, *Verhaltenstherapie*, 23:287-289

- Jaeger W. W. (1959), *Paideia. La formazione dell'uomo greco*. La Nuova Italia, Firenze.
- James, N. (1992) Care Organisation and Physical Labour and Emotional Labour, *Sociology of Health and Illness* 14(4): 488-509.
- Johnson T. (1998), Medicine and Media, in *New England Journal of Medicine*, 339 (2).
- Jonas H. (1990), *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, Einaudi, Torino.
- Jung C.G. (1916), *Septem sermones ad mortuos*, Arktos ed., Torino, 1989.
- Kar S.B., Alcalay R., Alex S. (2001), *Health Communication: A Multicultural Perspective*, Sage, London.
- Keyes C.L.M. (1998), Social Well-being, *Social Psychology Quat.*, 61, 2.
- Kickbusch I. (1987), Promozione della salute: verso una nuova salute pubblica, in Ingrosso M., a cura, *Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute*, Franco Angeli, Milano.
- (2005), The Health Society: Importance of a new policy proposal by the EU Commission on Health and Consumer Affairs, *Health Promotion International*, 20 (2).
- Kickbusch I., D. Maag (2007), *Lo sviluppo della Health Literacy nelle moderne società della salute*, in M. Ingrosso, a cura, *Fra reti e relazioni*, op. cit., p. 186
- Kittay, E.F. (1999) *Love's Labor: Essays on Women, Equality, and Dependency*. New York: Routledge.
- Kung H. (1990), *Progetto per un'etica mondiale*, Rizzoli, Milano, 1991.
- Leonardi F. (2015), *Il grande paradosso della salute*, Felici Ed.
- Levin L.S., Idler E.L. (1981), *The Hidden Health Care System: mediating structure and medicine*, Ballinger, Cambridge Mass..
- Lévinas E. (1972), *Umanesimo dell'altro uomo*, Il Melangolo, Genova, 1985.
- (1991), *Tra noi*, Jaca Book, Milano, 1998.
- Lizzola I. (2002), *Aver cura della vita. L'educazione alla prova: la sofferenza, il congedo, il nuovo inizio*, Città Aperta, Troina (En), 2002
- Lusardi R., Manghi S. (2013), I limiti del sapere tecnico: saperi sociali nella scena della cura, in Vicarelli G., a cura, *op. cit.*.
- Magatti M. (2009), *Libertà immaginaria. Le illusioni del capitalismo tecno-nichilista*, Feltrinelli, Milano.
- (2012), *La grande contrazione. I fallimenti della libertà e le vie del suo riscatto*, Feltrinelli, Milano.
- Manghi S. (2005a), Apprendere attraverso l'altro. La sfida relazionale ai saperi della cura, in *Animazione Sociale*, XXXV, 12.
- (2005b), *Il medico, il paziente e l'altro. Un'indagine sull'interazione comunicativa nelle pratiche mediche*, Angeli, Milano.
- (2007), Informazione di massa e relazioni medico-paziente-altri. Spunti da una ricerca, in Ingrosso M., *op. cit.* 2007.
- (2008), Democrazia e fraternità. Le nuove sfide della rivalità tra uguali, in N. Antonetti, a cura, *Libertà e autorità nelle democrazie contemporanee*, Rubettino, Soveria Mannelli.
- Mann T. (1924), *La montagna magica*, Mondadori, Milano, 2010.

- Marchetti E., Spaggiari E. (2007), *Medicina e benessere nella rete: una ricerca sui siti web italiani*, in Ingrosso M., *op. cit.* 2007.
- Massa R. (1992), a cura, *La clinica della formazione. Un'esperienza di ricerca*, Angeli, Milano.
- Masters K. (2008), For what purpose and reasons do doctors use the Internet: A systematic review, *Int. JI. of Medical Informatics* 77, 1.
- Maturana H, Varela F (1980), *Autopoiesi e cognizione*, Marsilio, Venezia, 1985.
- Maturo A., Conrad P. (2009), a cura, *La medicalizzazione della vita*, Angeli, Milano.
- Mechanic D. (1972), "Response factors in illness: The study of illness behavior", in Jaco E.G. ed., *Patients, physicians and illness*, The Free Press, New York: 128-140.
- Mellow, M. (2007), Hospital volunteers and carework, *Canadian Review of Sociology*, 44(4), 451-467.
- Melucci A. (1991), *Il gioco dell'io. Il cambiamento di sè in una società globale*, Feltrinelli, Milano.
- (1993), *Terapie del quotidiano*, in Balbo L., a cura, *Friendly. Almanacco della società italiana*, Anabasi, Milano.
  - (1994), *Guarire o prendersi cura: la scelta della salute*, in Ingrosso M. (a cura), *La salute come costruzione sociale*, Angeli, Milano.
  - (2000), *Culture in gioco, Differenze per convivere*, Il Saggiatore, Milano.
- Miah A., Rich E. (2008), *The Medicalization of Cyberspace*, Routledge, London-New York.
- Milani L. (Scuola di Barbiana) (1967), *Lettera a una professoressa*, Libreria Editrice Fiorentina, Firenze.
- Morin E. (1977), *Il Metodo. Ordine, disordine, organizzazione*, Feltrinelli, Milano, 1983.
- (1980), *La vita della vita*, Feltrinelli, Milano, 1987.
  - (1985), *Le vie della complessità*, in Bocchi G., Ceruti M., a cura, *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano.
  - (1990), *Introduzione al pensiero complesso*, Sperling & Kupfer, Milano, 1993.
  - (1999), *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*, Cortina, Milano, 2001.
  - (2001), *L'identità umana*, Cortina, Milano, 2002.
  - (2004), *La Méthode 6 - Éthique*, Seuil, Paris (ed. it. Cortina, Milano, 2005).
- Moruzzi M. (2008), *Internet e sanità*, Angeli, Milano.
- Murero M., Rice R.E., eds, (2006), *The Internet and Health Care. Theory, Research, and Practice*, Routledge, London-New York.
- Muturi N. (2005), Communication for HIV/AIDS Prevention in Kenya: Socio-Cultural Considerations, *Journal of Health Communication*, 10, 77-98.
- Naidoo J., Wills J. (2000), *Health Promotion: Foundations fro Practice (2nd Edition)*, Baillière Tindall, Edimburgh.
- Noddings N. (1984), *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*, University of California Press, Berkeley.
- Noto G. (2007), *La comunicazione nelle organizzazioni sanitarie*, in Ingrosso M., *op. cit.* 2007
- Nussbaum M. C. (2000) *Women and Human Development: The Capabilities Approach*, trad. it *Diventare persone*, Il Mulino, Bologna, 2001.

- (2006), *Le nuove frontiere della giustizia. Disabilità, nazionalità, appartenenza di specie*, Il Mulino, Bologna, 2007.

O'Connor J. (1973), *La crisi fiscale dello Stato*, Einaudi, Torino, 1977.

Palmieri C. (2000), *La cura educativa. Riflessioni ed esperienze tra le pieghe dell'educare*, Franco Angeli, Milano.

Paltrinieri A., Giangiacomo L. (2005), *Le associazioni dei malati nel web*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

Papa Francesco (2015), *Laudato si'. Enciclica sulla cura della casa comune*, Edizioni San Paolo, Milano.

Parekh N., Mayer J., Rejowsky N. (2009), *Connecting with Physicians Online: Searching for Answers*, Hall & Partners, New York.

Parsons T. (1951), *Il Sistema Sociale*, Edizioni di Comunità, Milano, 1965.

- (1957), The mental hospital as a type of organization, in Greenblatt M., Levinsons D., Williams R. (eds), *The Patient and the Mental Hospital*, The Free Press, Glencoe.

- (1964), Definitions of health and illness in the light of American values and social structure, in Parsons T., *Social structure and personality*, Free Press, New York, pp. 258-291.

Parsons T., Smelser N. J. (1964), *Economia e Società*, Angeli, Milano, 1970.

Peccenini M. (2007), Medici nella rete: la transizione difficile nel mondo delle nuove tecnologie, in Ingrosso M., *op. cit.* 2007.

Phillips J. (2007), *Care*, Polity Press, Cambridge.

Pizzini (1990), *Asimmetrie comunicative: differenze di genere nell'interazione medico-paziente*, Angeli, Milano.

Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento della Funzione Pubblica (2004), *Il piano di comunicazione delle amministrazioni pubbliche*, a cura di N. Levi, ESI, Napoli-Roma.

Pulcini E. (2009), *La cura del mondo. Paura e responsabilità nell'età globale*, Bollati Boringhieri, Torino.

Ragazzoni P. et al. (2007), a cura, *Gli stadi del cambiamento: storia, teoria e applicazioni. Modello Transteorico di DiClemente e Prochaska*, Dors-Regione Piemonte.

Rambihar V.S., Rambihar V. (2009), Complexity science may help in defining health, *BMJ*, Jan 9: 338.

Rheinart C.M., Rogoff K.S. (2009), *This Time is Different: Eight Centuries of Financial Folly*, Princeton University Press, Princeton.

Ricoeur P. (1990), *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano, 1993.

- (2004), *Percorsi del riconoscimento*, Raffaello Cortina, Milano, 2005.

Rogers C.R. (1980), *Un modo di essere*, Psycho, Firenze, 1983.

Ruberto M.G. (2010), *La medicina ai tempi del web. Medico e paziente nell'e-Health*, Angeli, Milano.

Ruddick S. (1989), *Il pensiero materno*, Red Edizioni, Como, 1993.

Rutter M. (1985), Resilience in the face of adversity, *British Journal of Psychiatry*, 147: 598-611.

- (1987), Psychosocialresilience and protective mechanisms, *American Journal of Orthopsichiatry*, 57: 316-331.

Sacks O. (1973), *Risvegli*, Adelphi, Milano, 1987.

- (1984), *Su una gamba sola*, Adelphi, Milano, 1991.

Santoro E. (2011), *Web 2.0 e social media in medicina*, Il Pensiero scientifico ed., Roma.

Schiavo R. (2007), *Health Communication: From Theory to Practice*, Jossey-Bass, San Francisco.

Schütz A. (1960), *La fenomenologia del mondo sociale*, Il Mulino, Bologna, 1974.

Selleri P., Carugati F., (1996), *Psicologia sociale dell'educazione*, Il Mulino, Bologna

Sennett R. (2012), *Insieme. Rituali, piaceri, politiche della collaborazione*, Feltrinelli, Milano, 2012.

Seppilli A. (1966), L'educazione sanitaria nella difesa della salute, *L'Educazione sanitaria*, XI, 3, 1966.

Simmel, G. (1950). Faithfulness and gratitude. In K. H. Wolf (Ed.), *The sociology of Georg Simmel* (pp. 379-395). New York: Free.

Sontag S. (1977), *La salute come metafora*, Einaudi, Torino, 1979.

Spaggiari E. (2007), Il nuovo paziente: un navigatore riflessivo, in Ingrosso M., *op. cit.* 2007.

Stein E. (1916), *Il problema dell'empatia*, Studium, Roma, 1985.

Svevo I. (1923), *La coscienza di Zeno*, Mondadori, Milano, 2004.

Telfner U., Casadio L. (2003), a cura, *Sistemica. Voci e percorsi nella complessità*, Bollati Boringhieri, Torino.

Terziani T. (2004), *Un altro giro di giostra*, Longanesi, Milano.

Thomas C. (1993), De-costrutting Concept of Care, in *Sociology*, XXVII, 4, 649-669.

Thomas, J.E. (2000), Incorporating Empowerment into Models of Care: Strategies from Feminist Women's Health Centers, *Research in the Sociology of Health Care* 17: 139-52.

Tognetti Bordogna M. (2013), Farmacologizzazione: una nuova sfida, in Vicarelli G., a cura, *Cura e salute*, *op. cit.*.

Tousijn W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, il Mulino, Bologna.

- (2004a), Oltre il declino: autonomia professionale e rinnovamento del professionalismo medico, in *Salute & Società*, n.1-2004, Angeli, Milano.

- (2004b), Il sistema delle occupazioni sanitarie: dominanza medica e logica professionale, in *Salute & Società*, n. 3-2004, Angeli, Milano.

Tronto J.C. (1993), *Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura*, Diabasis, Reggio Emilia, 2006.

- (2010), Cura e politica democratica, in *La società degli individui*, 38/2.

Turchi G.P., Della Torre C. (2014), *Psicologia della salute. Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico*, Armando, Roma.

Turner B. S. (1984), *The body and society*, Blackwell, Oxford.

U.S. Department of Health and Human Services (2005), *Healthy People 2010*, <http://www.healthypeople.gov/documet/HTML/Volume1/11HealthCom.htm>. 2005.



- Van Dijk J. (2002), *Sociologia dei nuovi media*, Il Mulino, Bologna.
- Vicarelli G. (1997), *Alle radici della politica sanitaria in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- (2010), *Gli eredi di Esculapio. Medici e politiche sanitarie nell'Italia unita*, Carocci, Roma.
  - (2013a), a cura, *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Carocci, Roma.
  - (2013b), Verso nuove configurazioni di benessere, in Vicarelli G., a cura, *Cura e salute*, op. cit..
- Vicarelli G., Bronzini M. (2009), From the 'expert patient' to 'expert family': A feasibility study on family learning for people with long-term conditions in Italy, in *Health Sociology review*, vol. 18.
- World Health Assembly (1981), *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, WHO, Copenhagen.
- WHO (1948), *Constitution of the World Health Organization*, Geneva.
- (1977), *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, Geneva.
  - (1978), *Alma-Ata 1978. Primary Health Care*, Geneva.
  - (1986), *Ottawa Charter of Health Promotion*, Geneva.
  - (2000), *l'Health Promotion Glossary*, Geneva.
  - (2001), *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*, Geneva.
  - (2002), *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*, Geneva.
- Winnicott D. W. (1965), *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*, Armando, Roma, 1968.
- Wilson G. (1994), Co-production and Self-care: New Approaches to Managing Community Care Services for Older People, *Social Policy and Administration* 28(3): 236-50.
- Zani B., Cicognani E. (2000), a cura, *Le vie del benessere*, Carocci, Roma.
- Zielinski Gutiérrez E.C., Kendall C. (2000), The Globalisation of Health and Disease: The Health Transition and Global Chance, in Albrecht G.L., Fitzpatrick R., Scrimshaw S.C., eds, *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine*, Sage, London.