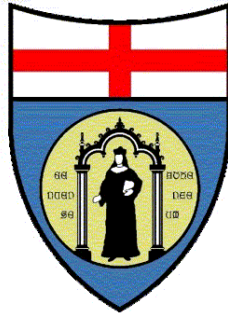


UNIVERSITA' DI GENOVA



SCUOLA DI SCIENZE SOCIALI

Dottorato in Scienze Sociali

Curriculum in Scienze Politiche

XXXV Ciclo

**BENESSERE E QUALITA' DELLA VITA
UNO STUDIO SULLA SALUTE DEGLI SCIENZIATI
SOCIALI ITALIANI AL TEMPO DELLA PANDEMIA**

Tutor: Ch.mo Prof. Paolo Parra Saiani

Dottoranda: Lucia Di Stefano

INDICE

Introduzione

Capitolo Primo – Il concetto di salute

1. Le origini
2. La salute e le sue definizioni istituzionali
 - 2.1. La promozione della salute e le capacità degli individui
3. La sociologia medica
 - 3.1. Medicina, salute e sociologia
 - 3.2. La crisi degli anni Novanta e Duemila della sociologia della salute
4. Gli approcci teorici
 - 4.1. Malattia e salute in Durkheim
 - 4.2. Parsons e la malattia come devianza
 - 4.2.1. Merton e il metodo funzionalista in ambito medico
 - 4.3. Marx ed Engels
 - 4.4. Weber
 - 4.5. Goffman
5. Le dimensioni della malattia
6. I determinanti sociali della malattia e della salute
 - 6.1. Disuguaglianze di salute

Capitolo Secondo – La malattia mentale

1. Breve cenno sull'origine degli studi dei disordini mentali
2. I passaggi per definire la presenza di malattia mentale secondo William Cockerham
3. Devianza e malattia mentale
4. Malattia e disturbo mentale, devianza e disagio
5. *Normalità* o patologia
6. DSM-V e RDoC

7. Le malattie mentali

7.1. Depressione: il Disturbo Depressivo Maggiore (DDM)

7.2. L'ansia

Capitolo Terzo – La fase empirica: gli Accademici italiani nelle Scienze Sociali

1. Popolazione di interesse: accademici italiani

2. La situazione italiana in breve

3. Metodologia

4. Il questionario

5. L'analisi dei dati

5.1. Le domande a risposta chiusa

5.2. Analisi delle domande a risposta aperta

Conclusioni

Riferimenti bibliografici

Riferimenti sitografici

Allegato 1 – Il questionario

Introduzione

La pandemia di Covid-19 è un'esperienza drammatica di rischio e crisi globale, in cui l'incertezza è diventata endemica e le interruzioni della vita quotidiana hanno avuto la precedenza sui piani futuri. Gli impatti della pandemia sono stati molteplici: sanitari, sociali, economici, politici, sulla qualità della vita e sul benessere personale. L'obiettivo di questo progetto è di studiare lo stato di benessere, cercando per quanto possibile di fare riferimento alla salute mentale, degli scienziati sociali italiani - con particolare richiamo agli scienziati sociali accademici - e le difficoltà vissute durante il periodo della pandemia. La pandemia ha una natura sindemica, che causa disagi, ansia, stress, stigma, xenofobia (Torales *et al.*, 2020), provocando impatti a livello sociale, politico, economico. Questi tipi di eventi sono improvvisi, irrefrenabile, violenti, vulnerabili, fragili.

Mario Perini (2012, 213) sostiene:

«accanto all'essere un fantasma inquietante, una terribile memoria del passato, le epidemie sono diventate nei tempi recenti anche un incubo presente e attuale, una fonte di paure individuali e collettive così difficili da sostenere poiché rappresentano simbolicamente sia tutte le insicurezze, le complessità e le fragilità non viste o disconosciute proprie della nostra vita moderna, a un livello che potremmo definire sociale, sia le ansie arcaiche o il "terrore senza nome" appartenenti all'esperienza emozionale che ogni essere umano fa nel corso della sua primissima infanzia».

Inoltre, come afferma Strong (1990, p. 251):

«Any society gripped by a florid form of epidemic psychology may, therefore, simultaneously experience waves of individual and collective panic, outbursts of

interpretation as to why the disease has occurred, rashes of moral controversy, and plagues of competing control strategies, aimed either at containing the disease itself or else at controlling the further epidemics of fear and social dissolution».

L'impatto della pandemia è stato come una tempesta: non ha riguardato solo l'ambito sanitario, ma anche tutto ciò che riguarda l'aspetto economico, sociale, occupazionale, emotivo, che ha portato a una crescita esponenziale del disagio psichico (Yao *et al.*, 2020).

Quanto vissuto – ansia, rabbia, paura, disorientamento, impotenza, stress, fragilità – ha comportato sia un peggioramento dei disturbi psichiatrici preesistenti sia un aumento di tanti altri, tra cui del DDM (Disturbo Depressivo Maggiore) pari al 28% e del 26% degli stati ansiosi (Santomauro *et al.*, 2021), ma anche dei sintomi ossessivo-compulsivi (Banerjee, 2020; Prestia *et al.*, 2020), del disturbo post traumatico da stress (Asmundson, 2021) e dei disturbi del sonno (Li, 2020).

Si parla di una crescita esponenziale di distress emotivo, di angoscia, e un aggravamento del benessere e conseguente presenza di problemi di salute mentale non solo in chi è stato affetto dal virus ma anche in coloro che non sono stati direttamente contagiati, comportando somatizzazione e sintomi quali perdita del sonno, ansia, depressione, sensibilità (Cantelmi *et al.*, 2020).

Seguendo Brooks *et al.* (2020), negli anni sono successi eventi simili a quello del Covid-19, tipo l'epidemia di SARS, ebola, l'influenza Mers. Anche in quei casi gli effetti sono stati negativi, si vedano disturbi da stress post-traumatici, ira, confusione, disorientamento, rabbia. I fattori che hanno determinato lo sviluppo dei sintomi riportavano per lo più la paura di contrarre l'infezione, la durata delle misure di isolamento, la noia, la difficoltà di ricorrere a beni di prima necessità, la frustrazione, le continue informazioni inadeguate e spesso incongruenti, la perdita del lavoro o l'allontanamento dallo stesso con conseguenti perdite finanziarie e una sempre più crescente stigmatizzazione dei contagiati. Ancora, secondo Brooks e colleghi (2020), la quarantena ha scatenato conseguenze nel suo pre, durante e post. L'inadeguatezza delle informazioni contraddittorie, il senso quotidiano di allarme, tristezza, solitudine, senso di impotenza hanno portato Biondi e Iannitelli (2020) a sostenere l'insorgere di tre fonti di stress:

- 1) la prima causa è prettamente legata alla situazione sanitaria e a tutte le sue conseguenti minacce, come la paura di ammalarsi in prima persona, che i

propri cari si potessero ammalare, il terrore continuo di infettare altre persone;

- 2) la seconda causa riguarda gli obblighi dipendenti dalle imposizioni governative, tra cui la quarantena, l'obbligo di mascherine, il distanziamento sociale, l'isolamento. Nonostante fossero necessari per combattere il virus, i provvedimenti imposti hanno influito negativamente e in maniera molto violenta sulla vita delle persone;
- 3) l'ultima causa riguarda il ruolo dei media e dell'enorme carico di informazioni circolate, alcune più vere di altre, più dettagliate, mescolate a false notizie, teorie complottiste.

La scelta di tale popolazione è stata dettata dal fatto che, durante il periodo pandemico e i diversi *lockdown* l'aiuto da parte di medici e specialisti per comprendere la possibile presenza tra fattori sociali e malattie non è stato possibile, pertanto la decisione di deviare sugli accademici ha fatto sì di poter studiare fenomeni con riferimento a persone raggiungibili telematicamente, visto la natura del loro lavoro. Inoltre, si tende a studiare spesso il benessere degli studenti e dei dottorandi, mentre pochi sono gli studi su precari e ormai strutturati. La domanda di ricerca è quindi capire se vi siano elementi in grado di migliorare la qualità della vita del capitale umano scelto, dal momento in cui, tra l'altro, le decisioni politiche, economiche e sociali della comunità dipendono anche dai loro studi in quanto svolgono un ruolo rilevante all'interno della società. L'università è infatti un settore importante per la ricerca e lo sviluppo del Paese, come ha dimostrato la stessa pandemia. Si tenta inoltre di migliorare l'attrattività dell'università: se le condizioni dei professori sono ottimali, lo saranno anche i servizi erogati e, di conseguenza, gli studenti e la società ne potranno giovare.

«Un tipo particolare di lavoro agile è la didattica a distanza. Sebbene non ancora studiata in nessuna ricerca scientifica, possiamo osservare come questo strumento, soprattutto nei periodi di quarantena, sia stata molto stressante per docenti e studenti, per diversi motivi.

Nel caso dei docenti, i problemi principali sono stati tre: maggior tempo dedicato a lavoro e incremento dello stress, dovuti alla preparazione del materiale per la didattica a distanza; incremento delle riunioni dovute all'apprendimento e al coordinamento della didattica a distanza; apprendimento della didattica a distanza attraverso le stesse modalità telematiche, mentre è comunque necessario metterla

in pratica. Inoltre, almeno nella fase iniziale di sperimentazione forzata, si è notata una difficoltà di molti docenti a valutare il tempo libero dei ragazzi in quanto, immaginandoli in quarantena a casa, hanno sopravvalutato il loro tempo libero, fornendogli quindi una quantità di compiti difficilmente gestibili» (Cantelmi *et al.*, 2020, 17-18).

Il benessere degli accademici e i problemi di salute mentale sono in costante aumento ed esacerbati dalla situazione pandemica: sono aumentati i livelli di depressione, stress, ansia, istinti suicidi, incertezza, stress finanziario, interruzione delle reti sociali, *burnout* (Johnson, Lester, 2021).

La pandemia da Covid-19 ha causato, e sta tuttora causando, difficoltà e ostacoli a livello personale e sociale. Il progetto presenta uno studio mirato sui concetti di salute, benessere, malattia, malessere, patologia, normalità, partendo da definizioni istituzionali, agli approcci teorici di numerosi sociologi e non, tra cui Durkheim, Parsons, Merton, Marx, Engels, Weber, Goffman, Foucault. Le dimensioni della salute vengono così identificate e associate a diversi indicatori.

Già prima dello scoppio della pandemia, l’OMS aveva affermato che nel 2020 la depressione sarebbe stata tra le malattie più diffuse al mondo, dovuto dall’utilizzo di internet, dalla solitudine, dall’ansia, perché catapultati in un mondo in cui si chiede sempre di più e nulla sembra essere abbastanza. Tutto questo aggravato dalla pandemia, dalla perdita di persone care, dalla chiusura forzata, dall’impossibilità di andare a lavoro, ritrovandosi con le proprie abitudini stravolte e in una realtà in cui la distruzione e la morte erano al centro di tutto.

Viviamo in un periodo di grande sofferenza e la pandemia ha aggravato una situazione già critica. Il primo capitolo della tesi tenta così di studiare il concetto di salute a partire dalle origini, dai primi filosofi, quando ancora la medicina veniva spesso attribuita alla magia e le malattie e il malessere a eventi quasi paranormali o di stregoneria. Ecco perché spesso si tende a studiare questo concetto in relazione a quello di devianza, normalità, patologia, disturbo, disagio.

In seguito si analizzerà la salute e le sue definizioni istituzionali, la promozione della stessa e le *capabilities* e i *functionings* degli individui, la nascita tardiva della sociologia medica e della salute e la conseguente crisi. Numerosi poi sono gli approcci teorici di sociologi e non solo, tra cui lo studio indiretto della malattia e della salute in Durkheim, in Parsons la malattia come devianza, che porta Merton al metodo funzionalista in ambito medico. Per poi passare a Marx ed Engels, Weber,

Goffman, Foucault e tanti altri che hanno trattato tali argomenti. Grazie agli approcci teorici presi in esame, dal concetto generale si sono studiate le possibili dimensioni principali della salute e della malattia, che hanno portato ai loro determinanti sociali e alla presenza di disuguaglianze di salute.

La seconda parte della tesi prevede lo studio più mirato sulla malattia mentale, sull'idea di stigma che porta dietro sé, sul concetto di patologia, malattia, disturbo, devianza e normalità, disagio da un punto di vista sociologico e considerando inoltre il forte malessere causato anche dall'improvvisa pandemia mondiale di Covid-19. Si è infatti cercato di studiare i determinanti sociali che influenzano, o possono influenzare, la comparsa di patologie mentali, in particolare la depressione, poiché oltre ai fattori genetici è da considerare il contesto sociale. Si evidenzieranno pertanto concetti come quello di sofferenza, vulnerabilità, disuguaglianza sociale. In particolare, il Disturbo depressivo maggiore (DDM) è una condizione psichiatrica abbastanza diffusa e seriamente invalidante, che secondo l'OMS rappresenta la quarta causa principale di disabilità nel mondo e che già anni fa si prevedeva che sarebbe diventata la seconda causa di carico globale di malattia entro la fine del 2020 (WHO, 2013). Tale situazione sembra essersi quasi sicuramente aggravata e continuerà ad aggravarsi a causa dell'emergenza Covid-19 e da tutti i suoi effetti, poiché viviamo in un periodo di grande sofferenza, di perdite, di solitudine, isolamento spesso accentuato dalle nuove tecnologie e dall'illusione di essere sempre connessi. Le malattie tipiche del nostro tempo sono di tipo neuronale, quali la depressione, la sindrome da deficit di attenzione o iperattività, il disturbo *borderline* della personalità (Han, 2012, 7), spesso dovuto alla «*stanchezza del fare e del poter-fare*» Han (2012, 27, corsivo dell'autore).

La salute è da considerarsi un completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia (OMS, 2013); è pertanto necessario abolire lo stigma che lo ricopre, dove in una società come la nostra non è ammesso esternare la propria vulnerabilità, per cui si passa dall'idea di avere possibilità illimitate o di considerare l'individuo totalmente deprivato di ogni possibilità di *agency* e avente sempre bisogno di aiuto: la fragilità comporta una maggiore vulnerabilità; la vulnerabilità riguarda l'incertezza umana e l'insicurezza del suo rapporto con l'ambiente esterno sempre più reso artificiale, in una società performativa, in cui il *multitasking* è al centro di tutto. La società performativa evidenzia un eccesso di positività e di minimizzazione, un rifiuto della sofferenza e la sua inaccettabilità.

Non si parla di sofferenza per paura di essere emarginato o isolato. La sofferenza nascosta provoca così malessere diffuso ed ansia.

La terza fase della tesi prevede una ricerca quantitativa, i cui soggetti principali sono gli scienziati sociali in ambito accademico italiano, in quanto gli aspetti sopracitati si propongono in maniera sempre più marcata anche in ambito accademico, dove vi è un crescente interesse per l'influenza negativa che l'ambiente ha sulla salute mentale. Il Covid-19 ha solo reso espliciti problemi già esistenti: il clima di competizione pone aspettative estreme, per cui vi sono diversi fattori che influenzano il benessere, come l'insegnamento, la ricerca, la responsabilità verso gli studenti, la ricerca di fondi, la cultura del *publish or perish* etc., acuiti dallo stato di emergenza pandemico, che ha innescato alti livelli di stress e *burnout* (Urbina-Garcia, 2020; Johnson, Lester, 2021; Cellini *et al.*, 2021; Watermeyer, Olssen, 2016). La pandemia da Covid-19 ha messo in seria crisi non solo la quotidianità delle persone, aggravando situazioni già presenti o creandone di nuove (Barlati *et al.*, 2020), ma anche condizioni lavorative precarie, come quelle di professori e ricercatori universitari, preesistenti allo stato di emergenza.

A causa delle restrizioni pandemiche, il metodo utilizzato è la *web survey* autosomministrata, sottoposta alla comunità degli scienziati sociali attualmente attivi presso le università italiane (sia pubbliche che private) tramite indirizzo email istituzionale. Al fine di ottenere un campione il più possibile rappresentativo in termini di genere, macrosettore e area geografica della popolazione di riferimento, l'utilizzo del questionario autosomministrato rappresenta la soluzione più conveniente per garantire una buona copertura geografica, dal momento che la popolazione di riferimento è distribuita su tutto il territorio nazionale, ma anche per contribuire a ridurre l'effetto di bias di autoselezione o di desiderabilità sociale soprattutto in relazione alla discussione di argomenti potenzialmente sensibili (Tourangeau, Yan, 2007). L'elenco della comunità accademica di interesse comprende professori ordinari, professori associati e ricercatori nelle scienze sociali, quindi: sociologi, politologi, giuristi, statistici, economisti, pedagogisti e psicologi ed è stato costruito facendo riferimento alla banca dati del Cineca.

Il questionario proposto è stato suddiviso in tre sezioni per rilevare lo stato di salute, un'analisi più approfondita per capire se questi problemi influiscono o meno sul lavoro, sulle relazioni e per cercare di studiare l'effetto di Covid-19 sulle persone, evidenziando le dimensioni studiate nei capitoli precedenti della tesi,

cercando di rendere pratico un lavoro fino ad ora teorico. La costruzione del questionario è avvenuta con LimeSurvey.

La conseguente analisi dei dati verrà suddivisa in due fasi, una di tipo fattoriale esplorativo (EFA) e l'altra utilizzando la regressione logistica. L'intenzione è di capire la presenza di fattori latenti che influenzano il benessere degli scienziati sociali che lavorano nelle università italiane.

Capitolo primo

Il concetto di salute

Viviamo in un periodo di grande sofferenza, nell'epoca delle passioni tristi (Benasayang, Schmit, 2004), di chi non trova più un senso alla vita quotidiana e si sente impotente. La nostra è una condizione di "separazione condivisa". «Con l'ossessione di superare la solitudine senza porsi la questione della separazione, i nostri contemporanei rimangono abbagliati dalle possibilità di contatto attraverso Internet e i social network. [...] Il rapporto con l'altro sarebbe la condizione perché io abbia un lavoro, perché io abbia voglia di alzarmi al mattino, perché io viaggi ecc. [...] L'altro diventa non la salvezza dalla mia solitudine, ma il colpevole della separazione dalla mia potenza d'agire. La solitudine che sta a fondamento delle nuove sofferenze psichiche è di natura ontologica, una solitudine come incapacità di sentirsi in collegamento» (Benasayang, 2016, 15-16). La solitudine comporta isolamento da se stessi, sempre più accentuato dalle nuove tecnologie, dall'illusione di essere sempre connessi. Siamo immersi in un mondo dove la sofferenza è del perdente, dell'incapace.

Le malattie tipiche del nostro tempo sono di tipo neuronale, quali la depressione, la sindrome da deficit di attenzione o iperattività, il disturbo *borderline* della personalità (Han, 2012, 7). La depressione «esplode nel momento in cui il soggetto di prestazione non è più in grado di *poter-fare*, ed è in primo luogo una *stanchezza del fare e del poter-fare*. Il lamento dell'individuo depresso, "niente è possibile", è concepibile soltanto in una società che ritenga che "niente è impossibile". Il "non-esser-più-in-grado-di-poter-fare" conduce a un'auto-accusa distruttiva e all'auto-aggressione. Il soggetto di prestazione si trova in guerra con se stesso. Il depresso è l'invalido di questa guerra intestina. La depressione è la malattia di una società

che soffre dell'eccesso di positività. Rispecchia quell'umanità che fa guerra a se stessa» (ivi, 27, corsivo dell'autore).

La salute è un completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità (WHO, 2013). In una società come la nostra sembra quasi non essere ammesso esternare la propria vulnerabilità. Dalla vulnerabilità e dalla sua consapevolezza o meno sembrano poi derivare due atteggiamenti opposti: l'idea di avere possibilità illimitate o considerare l'individuo totalmente deprivato di ogni possibilità di *agency* e avente sempre bisogno di aiuto.

La sociologia della salute e della medicina spesso parla di vulnerabilità in relazione alle disuguaglianze sociali inerenti alla salute, all'invecchiamento e alla disabilità, che servono per individuare quei tratti della popolazione che sono potenzialmente a rischio di contrarre malattie o di discriminazione all'accesso ai servizi sanitari.

Va via via definendosi una nuova idea del concetto di fragilità, che riguarda problemi fisici, cognitivi e sociali: oltre alla natura biologica si aggiunge quella psicologica e sociale. La fragilità comporta una maggiore vulnerabilità. La vulnerabilità riguarda l'incertezza umana e l'insicurezza del suo rapporto con l'ambiente esterno. La sofferenza esistenziale nasce dalla crisi della relazione tra la persona e il proprio microcosmo sociale (Giarelli, 2018, 561). La crisi della soggettività porta all'incapacità di attribuire senso al nostro essere nel mondo e tale sofferenza potrebbe essere accentuata dalle trasformazioni tecnologiche, che comportano artificializzazione della vita sociale.

La nostra è una società performativa, che richiede il *multitasking* e che porta alla depressione, al *burnout*, a un individuo sfinito sotto la pressione della prestazione che finisce nell'auto-aggredirsi e distruggersi, generando così la società della stanchezza (Han, 2012). La società performativa evidenzia un eccesso di positività e di minimizzazione, un rifiuto della sofferenza e la sua inaccettabilità. Non si parla di sofferenza per paura di essere emarginato o isolato. La sofferenza nascosta provoca così malessere diffuso, ansia, malattia. «Le centinaia di migliaia di individui di tutte le classi e di tutti i ceti che si urtano tra loro non sono tutti quanti uomini con le stesse qualità e capacità, e con lo stesso desiderio di essere felici? E non devono forse tutti quanti, alla fine ricercare la felicità per le stesse vie e con gli stessi mezzi? Eppure si passano davanti in tutta fretta come se non avessero nulla in comune, nulla a che fare l'uno con l'altro, e tra loro vi è solo il tacito accordo per

cui ciascuno si tiene sulla parte del marciapiede alla sua destra, affinché le due correnti della calca, che si precipitano in direzione opposte, non si ostacolino a vicenda il cammino; eppure nessuno pensa di degnare gli altri di uno sguardo. La brutale indifferenza, l'insensibile isolamento di ciascuno nel suo interesse personale emerge in modo tanto più ripugnante ed offensivo, quanto maggiore è il numero di questi singoli individui che sono ammassati in uno spazio ristretto» (Engels, 1845/1992, 63-64).

Amartya Sen afferma che «le reazioni mentali, spesso, riflettono forme frustranti di compromesso con una realtà particolarmente dura, dettate dalla mancanza di speranza. Il mezzadro insicuro, il bracciante agricolo sfruttato, il lavoratore domestico soverchiato di lavoro, la casalinga sottomessa, tutti questi soggetti possono venire a patti con le loro rispettive condizioni, in modo tale che torti subiti e malcontento siano come sommersi da una resistenza gioiosa indotta dalla necessità di sopravvivenza. La persona socialmente sottomessa e priva di ogni speranza perde il coraggio di desiderare un patto sociale migliore e impara a trarre piacere da un'esistenza fatta di piccole misericordie» (Sen, 1984/1992, 344).

Una delle dimensioni del concetto di salute è lo stato di deprivazione degli individui. Seguendo Carrieri e Bilger (2010, 3), esistono quattro meccanismi che potrebbero aumentare lo stato di deprivazione degli individui: le carenze materiali «legate a problemi ambientali quali inquinamento e rumore e da un ambiente sociale caratterizzato da problemi di criminalità e vandalismo», i «fattori psicosociali, ovvero una più bassa dotazione di capitale sociale, più bassi livelli di fiducia, minore coesione sociale e maggiore deprivazione relativa», «i fattori comportamentali, legati al contagio degli stili di vita, attraverso effetti di induzione (i cosiddetti *peer-effects*) o attraverso l'adozione di norme sociali comunitarie» e i «fattori legati all'accessibilità ai servizi, sia sanitari, che extra-sanitari ma rilevanti per la salute come aree verdi, in cui praticare attività fisica o negozi che vendano cibi di qualità».

«Si osservano disuguaglianze sociali nella salute a sfavore dei più svantaggiati che riguardano tutte le dimensioni di salute – l'incidenza (ammalarsi), la prevalenza (rimanere nello stato di malattia), la letalità (morire a causa della malattia) – e tutte le dimensioni della posizione sociale, sia quelle di carattere relazionale centrate sulla capacità di controllo delle risorse disponibili (classe sociale e credenziali

educative), sia quelle di carattere distributivo delle risorse stesse, come reddito e beni posseduti» (Costa, 2014, p. 18).

Nel corso del capitolo si analizzerà lo studio del concetto di salute, delle sue dimensioni e dei suoi differenti modi di essere inteso.

1. Le origini

Il concetto di salute può essere definito in molteplici modi, facendo riferimento a nozioni puramente mediche, ma anche filosofiche, sociologiche, psicologiche, antropologiche, eccetera; non vi è un modo oggettivo per descriverlo, perché racchiude in sé molte altre dimensioni (Marino, 2003).

Storicamente, la salute era intesa come assenza di malattia e la malattia era vista come un demone, come un male esterno in nessun modo dominabile. Inizialmente tutto era basato su concezioni religiose, mitologiche, sciamaniche, per cui lo stato di malattia (ossia l'assenza di salute) si presentava in seguito, per esempio, ad una infrazione di un tabù o come invasione dello spirito o come colpa dell'individuo stesso. Si veda per esempio la freccia dell'*Iliade*, che semina la peste¹. La malattia in questo caso è un'entità autonoma, come la peste, provocata da Apollo, che colpisce l'accampamento acheo di fronte a Troia, per punire con le sue frecce gli uomini a causa dell'ingiusto trattamento subito dal suo sacerdote. Pertanto, solo un dio può affliggere tanto dolore e solo a lui può essere chiesto di cessarlo. È il dio che decide chi può vivere e chi invece deve morire. Anche nell'*Odissea* si presenta la stessa visione del concetto: «Se “nessuno” ti fa violenza, allora è una malattia che viene dal grande Zeus e da cui non puoi sfuggire» (*Odissea*, IX, 410-412)².

Vi furono poi molti studiosi che presero in esame il concetto di salute. Nel 500 a.C., per esempio, Alcmeone di Crotona è stato un medico e filosofo greco che sosteneva che la salute è equilibrio³ tra elementi o proprietà opposte. «Alcmeone dice che la salute dura fintantoché i vari elementi, umido secco, freddo caldo, amaro dolce, hanno uguali diritti (*isonomia*), e che le malattie vengono quando uno prevale sugli altri (*monarchia*). Il prevalere dell'uno o dell'altro elemento, dice, è causa di

¹ «L'udi Febo, e scese dalle cime d'Olimpo in gran disdegno coll'arco su le spalle, e la faretra tutta chiusa. Mettean le frecce orrendo su gli omeri all'irato un tintinnio al mutar de' gran passi; ed ei simile a fosca notte giù venìa. Piantossi delle navi al cospetto: indi uno strale liberò dalla corda, ed un ronzio terribile mandò l'arco d'argento. Prima i giumenti e i presti veltri assalse, poi le schiere a ferir prese, vibrando le mortifere punte; onde per tutto degli esanimi corpi ardean le pire. Nove giorni volâr pel campo acheo le divine quadrella. A parlamento nel decimo chiamò le turbe Achille; ché gli pose nel cor questo consiglio Giuno la diva dalle bianche braccia, de' moribondi Achei fatta pietosa. Come fur giunti e in un raccolti, in mezzo levossi Achille piè-veloce, e disse: Atride, or sì cred'io volta daremo nuovamente errabondi al patrio lido se pur morte fuggir ne fia concesso; ché guerra e peste ad un medesimo tempo ne struggono» (*Iliade*, 43-69).

² Per maggiori informazioni si veda anche L. R. Angeletti, V. Gazzoni, *Storia, filosofia ed etica generale della medicina*, 2008, cap. 1.

³ Anche detto *isonomia*, ossia armonia complessiva tra le sostanze e gli umori che costituiscono il corpo umano; questa è una condizione che caratterizza lo stato di salute.

distruzione. Le malattie egli dice che provengono, per quel che riguarda la causa, dall'eccesso del caldo o del freddo; per quel che riguarda l'origine, da eccesso o da difetto di cibo; per quel che riguarda il luogo, nel sangue o nel midollo o nel cervello. Possono essere originate anche da cause esterne, come acqua piante clima sforzo tormento o cose simili. La salute è l'armonica mescolanza delle qualità (opposte)» (Giannantoni, 1969, 244). Tale definizione si allontana da quelle precedenti, che consideravano la malattia determinata da forze magiche e soprannaturali.

Altri autori sostengono che la nascita della medicina, e quindi dei concetti che la compongono, derivi da Ippocrate di Coa (460 a.C. – 377 a.C.). Ippocrate è definito il padre della medicina scientifica in Grecia. Nel *Corpus hippocraticum*, in cui vi è il suo famoso *Giuramento*, si trova la dottrina ippocratica della medicina. Ippocrate evidenzia due dottrine principali: l'organismo come sistema unitario e la dottrina degli umori. Il suo parere si basava sul canone *obsevantio et ratio*, con una lettura della malattia fondata sull'organismo, cercando di andare oltre ogni idea religiosa o magica per far sì che la medicina stessa iniziasse ad essere considerata una scienza.

Per quanto riguarda il tentativo di definire e considerare l'organismo come sistema unitario, «Nella concezione medica ippocratica, attraverso la ripresa del concetto peculiarmente greco di *physis*, ossia dell'insieme delle proprietà che definiscono ogni cosa nel suo essere e nel suo agire, il corpo e lo spirito formano nell'uomo un'unità inscindibile e la malattia, anche se diversa nelle sue manifestazioni a seconda dell'organo interessato, è però considerata unica nella sua essenza. Così la tradizione ippocratica mette al centro non la manifestazione patologica locale, bensì l'intero organismo, considerato come unità, e non insieme di organi» (Corbellini, 2010)⁴. La dottrina degli umori, invece, «sta alla base della biologia e della patologia ippocratiche e sempre su di essa si basano i concetti di salute e malattia. Essa contraddistingue quattro umori: sangue, flegma, bile gialla e bile nera. Il primo proviene dal cuore, il secondo dal cervello, il terzo dal fegato e il quarto dalla milza. Se la salute è identificata con il perfetto equilibrio degli umori, la malattia invece con il loro squilibrio e la presenza insufficiente o eccessiva di

⁴ Reperibile online su: https://www.treccani.it/enciclopedia/ippocrate_%28Dizionario-di-Medicina%29/. Accesso effettuato il 18 gennaio 2021.

uno dei quattro principi. L'alterazione della combinazione degli umori è ascritta a fattori legati alle 'intemperie', quali la dieta, i miasmi, le stagioni e il clima. Scopo della terapia è ristabilire l'equilibrio andato perso. A tal fine la scuola ippocratica afferma che il corpo ha in sé i mezzi per guarire, che «la natura è il medico delle malattie e che il medico quindi non deve fare altro che assecondarne la *vis medicatrix*, aiutando il corpo a espellere l'umore sovrabbondante e corrotto» (ibidem). Salute e malattia, per Ippocrate, sono il risultato di un'armonia per il primo caso e disarmonia per il secondo dell'organismo umano, legate all'equilibrio dei quattro umori. La salute è presente solo quando questi principi sono in una proporzione di forza, crasi e quantità e quando la mescolanza tra gli stessi è perfetta. La malattia si presenta invece quando uno di questi principi è in difetto, in eccesso o quando non è miscelato con tutto il resto, perché isolato⁵.

«La medicina ippocratica sistematizza le osservazioni cliniche, utilizzando essenzialmente un metodo qualitativo, ed associa le caratteristiche di ciò che è visibile con il mondo invisibile, di modo che, ad esempio, ciò che avviene all'interno del corpo e che non è conoscibile per mezzo degli studi anatomici (inesistenti per tutta l'antichità) venga chiarito nel suo dinamismo per paragone con fenomeni naturali» (Angeletti, Gazzaniga, 2008, 140).

Corbellini (2004) sostiene che il metodo ippocratico, fondato sul ragionamento e l'osservazione, fa sì che la medicina si allontani a tutti gli effetti da ogni concezione religiosa e magica.

La dottrina ippocratica trovò molto seguito ma anche modifiche e critiche. Asclepiade di Bitinia (129 a.C. – 40 a.C.), per esempio, fu seguace della teoria atomistica⁶, che portò con sé a Roma: il corpo e le sue funzioni sono il risultato del

⁵ Per maggiori informazioni si veda M. Vegetti, *Opere di Ippocrate*, 1965, sezione terza.

⁶ Portata avanti da Democrito, che sviluppa teorie del suo maestro Leucippo. Leucippo afferma che «le cose sono infinite di numero e si trasformano le une nelle altre; e che l'universo consta di vuoto e di pieno. I mondi si formano per il penetrare di corpi [*primi*] nel vuoto ed il loro mutuo intrecciarsi» (Giannantoni, 1969, 643-644). Inoltre, «Nulla si produce senza motivo, ma tutto con una ragione e necessariamente» (ivi, 662). L'essere è costituito da atomi, ossia da elementi di base che formano i corpi estesi, che lo compongono insieme al *vuoto*. «Le sue dottrine sono queste: principi di tutte le cose son gli atomi e il vuoto, e tutto il resto è opinione soggettiva; vi sono infiniti mondi, i quali sono generati corruttibili; nulla viene dal non essere nulla può perire e dissolversi nel non essere. E gli atomi sono infiniti sotto il rispetto della grandezza e del numero, e si muovono nell'universo aggirandosi vorticosamente e in tal modo generano tutti i composti, fuoco, acqua, aria, terra; poiché anche questi sono dei complessi di certi particolari atomi: i quali invece non sono né scomponibili né alterabili appunto per la loro solidità. Il sole e la luna sono pure composti di tali atomi [di quelli cioè] lisci e rotondi; e ugualmente l'anima, che è tutt'uno con l'intelletto. Noi vediamo per effetto degli idoli che penetrano nei nostri occhi. Tutto si produce conforme a necessità, poiché la causa della formazione di tutte le cose è quel movimento vorticoso che egli chiama appunto

movimento, dell'unione e delle continue suddivisioni degli atomi attraverso dei canalicoli. La salute è così il movimento dei corpuscoli nei pori (ossia gli spazi vuoti), mentre la malattia una perturbazione del movimento stesso. La malattia è uno squilibrio tra atomi e pori. Il corpo umano è costituito da atomi che si influenzano gli uni gli altri per via meccanica, facendo derivare i fenomeni vitali e quelli patologici dal movimento normale o anomalo degli atomi. Il movimento dipende dalle proporzioni dei pori: più sono ampi più il movimento sarà anomalo. Tale teoria portò alla formazione della scuola cosiddetta metodica.

Delle stesse idee di Asclepiade di Bitinia non fu però Galeno. Il pensiero medico nella Roma imperiale è divisibile in tre fasi:

1. la fase pre-galenica;
2. la fase galenica;
3. la fase post-galenica.

Come visto, la prima è stata segnata dalla presenza di Asclepiade di Bitinia, che ha diffuso le sue teorie portando alla formazione della scuola metodica da parte dei suoi discepoli.

Nel 25 a.C. nacque Celso (che morì nel 45 d.C.) che scrisse il *De Medicina*, ossia il primo trattato di medicina in latino, dove sostiene che la scienza medica è costituita dalla capacità di osservare le condizioni che sono comuni ai vari stati patologici, che la medicina è articolata sul doppio binario dell'esperienza e del ragionamento e che tra i due termini è più importante quello dell'esperienza, perché il saper ragionare non è sufficiente a creare il buon medico, che non può curare le malattie con la sua mente e con la capacità di ben parlare, se non conosce terapia e rimedi (Angeletti, Gazzaniga, 2008, 140).

La fase galenica, invece, prende il nome da Galeno⁷ (129 – 201). Galeno si distacca dalle teorie proposte fino ad allora, in particolare, «Ai suoi maestri di Pergamo, Galeno oppone infatti la certezza incontrovertibile delle matematiche, pure e applicate» (Garofalo, Vegetti, 1978, 12), per cui l'autore inizia a viaggiare

necessità. Il fine supremo della vita è la tranquillità dell'animo, che non è la medesima cosa del piacere, come credevano certi che avevano frainteso, bensì quello stato in cui l'animo è calmo ed equilibrato, non turbato da paura alcuna o da superstizioso timore degli dei o da qualsiasi altra passione. A tale stato dell'anima egli dà il nome di benessere e parecchie altre denominazioni. Le qualità sensibili sono puramente soggettive, in realtà esistono solo atomi e vuoto». (ivi, 667-668).

⁷ Dal cui nome deriva il termine 'galenico', cioè qualunque preparazione medica e in qualsiasi forma, come compresse, bustine, sciroppi, etc., preparata da un farmacista in seguito ad una prescrizione medica.

per cercare di trovare idee che potessero essere più vicine alle sue. Per esempio, ad Alessandria apprende gran parte delle teorie anatomiche e fisiologiche, a Smirne si occupa della scrittura di testi scientifici, fino ad arrivare a Roma dove i grandi medici sono «un gruppo professionale particolarmente privilegiato, come confermano le esenzioni fiscali loro concesse già da Vespasiano e poi confermate da Antonino. Da essi ci si aspetta naturalmente, in primo luogo, difesa e rassicurazione contro la malattia [...]; se ne discutono e se ne confrontano le capacità terapeutiche, si assiste volentieri alle loro conferenze, che hanno quasi sempre un marcato scopo propagandistico. Ma il medico non è ricercato, nell'alta società romana, solo per le portentose capacità terapeutiche che si sperano in lui. Interessa anche il sapere sul corpo e sulla vita di cui egli è depositario; mentre le astrazioni della metafisica, della matematica, dell'astronomia hanno sempre lasciata indifferente la società romana, questo sapere – insieme con la sapienza religiosa e magica – è ora al centro del suo interesse. Per due motivi, in apparenza opposti. Da un lato, il sapere medico è, a suo modo e al suo livello, «salvifico» come quelle sapienze. Dall'altro, lo è in modo più rassicurante perché solidamente razionale, perché è in grado di mostrare l'esistenza di un ordine certo nelle opere della natura, anche in quelle più segrete» (ivi, 15). Ciò che è importante da quanto espresso è che

«Lo scopo di questo progetto è di cancellare o di ridurre la sfaldatura di cui si è detto; di riconciliare lo stato imperiale, l'aristocrazia delle città, i nuovi ceti urbani di professionisti e funzionari nel segno di una comune condizione umana, di una *humanitas* appunto, che è coestesa agli strati egemoni della società imperiale. In questa società universale, il protagonista è il *polites*, il colto gentiluomo urbano e l'imperatore, secondo una figura già delineata da Adriano, non è che il primo *polites* dello stato; accanto a lui i senatori e via via tutto il mondo della *humanitas*. Questa nuova ideologia tenta di presentare i ruoli di comando come ruoli di *servizio*; il principe è dunque il primo servitore dello stato, il garante di un ordine che è al tempo stesso sociale, naturale e provvidenziale. Questo quadro richiede, come proprio presupposto, che la convinzione stoica di un ordine provvidenziale del mondo sia consolidata e comprovata, al di là delle sette filosofiche; richiede che vengano mobilitate, dunque, tutte le risorse razionali, scientifiche, del grande sapere «classico», contro i latenti fattori di disgregazione, le angosce sotterranee che trovano la loro espressione nelle «controculture» misticheggianti e irrazionalistiche

– dove, alla maniera gnostica, si rappresenta piuttosto un mondo disordinato, abbandonato a un conflitto dall'esito incerto fra principi del bene e del male. Il sapere del medico, se promette salvezza al livello individuale, può allora venir integrato anche in questo progetto complessivo, come elemento importante e forse decisivo per la dimostrazione di un ordine buono del mondo» (ivi, 16, corsivo dell'autore).

Da qui si nota quindi il successo di Galeno nell'aristocrazia romana: il suo progetto era infatti quello di «interpretare i bisogni sociali emergenti, e di dar loro una risposta nella più pura tradizione del grande pensiero filosofico-scientifico classico» (ibidem). Il medico è un nuovo protagonista culturale, per cui Galeno cerca di andare contro anche ai grandi del tempo; la medicina di Ippocrate, infatti, era al pari di una pratica specialistica a cui Galeno attribuisce tre criticità: «la scissione fra teoria biologica e pratica terapeutica, le spaccature settarie all'interno della medicina stessa, e infine la sua separazione dalla filosofia» (ivi, 18)⁸. Ciò che è importante è quindi che «il medico deve riappropriarsi dell'intero sapere biologico, dell'anatomia in primo luogo ma anche della zoologia comparata, per essere in grado di fondare la pratica sulla teoria, la patologia sull'anatomia, di controllare dunque il livello delle ragioni e delle cause. La medicina non può certo diventare una scienza tutta dimostrativa sul modello della geometria, perché in essa resta essenziale il momento dell'esperienza, del tentativo, dell'approssimazione» (ivi, 19). Galeno attribuisce al medico non solo la responsabilità di guarigione, ma anche una responsabilità nella sfera etica: il medico ha «il ruolo di garante della salute morale dell'umanità» (Garofalo, Vegetti, 1978, 26). Il medico diventa così un *leader* anche ideologico: «il nuovo medico – in quanto intellettuale complessivo – si installa soprattutto al livello del *logos*, che alla maniera stoica è insieme l'ordine provvidenziale del mondo, la ragione scientifica che lo comprende, il discorso che lo ricostruisce e lo proclama. Ma, più immediatamente, medico del *logos* è colui che si muove soprattutto nel senso della diffusione del messaggio della medicina attraverso i grandi canali di circolazione della cultura: la conferenza, certo, ma in

⁸ «L'ippocratismo di Galeno costituisce dunque, prevalentemente, un'operazione di «politica culturale»; se gli sono del tutto estranei interessi di storiografia scientifica, da Ippocrate egli non deriva neppure sapere, se non marginalmente» (Vegetti, 1978, 24).

primo luogo il discorso scritto, il libro»⁹ (ivi, 27, corsivo dell'autore). Il medico è «servo degli uomini per amore» (ivi, 28).

Galeno promuove così l'importanza sì dell'anatomia, ma anche di aspetti soggettivi come l'esperienza del dolore, della malattia. Inoltre, evidenzia solidi metodi dimostrativi, che siano comprensibili e chiari ad ognuno, per cui il medico avrà verso i suoi pazienti anche un obbligo morale. Sembra così che l'ambito del sapere medico non possa fare riferimento solo alle strutture anatomiche osservabili, ma anche agli elementi primari dei corpi (un tempo identificati in aria, fuoco, acqua e terra e con le rispettive qualità: freddo, caldo, fluido, solido). Infine, secondo Galeno, la malattia è definibile come lesione, anormalità che si presenta nel corpo e che è o la causa o il sintomo della malattia, mentre la salute corrisponde al buon funzionamento degli organi e quindi della struttura, per cui la malattia è una lesione della stessa.

Andando avanti negli anni, è importante parlare anche dell'epistemologia medica¹⁰, cioè delle indagini dei fondamenti logici della scienza. Come visto in precedenza, Ippocrate tenta la sistemizzazione delle osservazioni cliniche, ossia le osservazioni dei sintomi dell'equilibrio o squilibrio umorale. Celso parla invece di una medicina razionale, basata sull'esperienza.

Intorno al XVI secolo, trova il suo spazio il modello biomedico, grazie alle influenze di Cartesio, Newton e Galileo. Il metodo biomedico prende infatti spunto dal riduzionismo di Galileo e di Newton, secondo cui qualsiasi fenomeno complesso può essere ridotto ai minimi termini, e dal dualismo corpo-mente di Cartesio. Il modello biomedico prevede che i processi biologici siano separati da quelli psicosociali e che siano gli unici responsabili della genesi della malattia: il corpo è una macchina e la malattia è un suo guasto. Anche per questo modello, la salute è intesa come assenza di malattia. Ogni fenomeno complesso si può scomporre in minori e più semplici, che possono essere spiegati dalla biologia o dalla chimica. In relazione a ciò, la malattia è una deviazione, una deformazione dalla normalità, per cui le cause possono essere note o meno. Le anomalie spesso si manifestano con sintomi che hanno lo scopo di informare della presenza di un

⁹ Galeno sottolinea infatti l'importanza del linguaggio, perché, secondo lui, il linguaggio medico deve essere comprensibile a livello universale.

¹⁰ «L'epistemologia è quella *scienza che studia i fondamenti logici del lavoro scientifico*; il dibattito epistemologico, di estrema attualità ed interesse, ha per suo oggetto anche la metodologia della conoscenza applicata alla medicina» (Angeletti, Gazzaniga, 2008, 140).

malfunzionamento all'interno del nostro corpo. L'eliminazione della causa o dell'anomalia determina la guarigione dalla patologia. In questo caso, quindi, il soggetto, il suo pensiero, la sua esperienza perdono importanza. I protagonisti del modello biomedico sono invece le cause anatomiche. Inoltre, prendendo spunto dalla teoria cartesiana, il corpo era visto come una macchina, per cui ogni guasto poteva essere rintracciato e riparato. Pertanto mente e corpo erano intesi come distinti, a sé stanti¹¹.

Le incongruenze del modello biomedico sono quindi molteplici. A tal proposito, G. L. Engel, psichiatra statunitense, ha formulato il modello biopsicosociale. Nel 1997, Engel pubblica un articolo per andare contro il modello biomedico, sostenendo che «According to Ludwig, the medical model premises “that sufficient deviation from normal represents *disease*, that disease is due to known or unknown natural causes, and that elimination of these causes will result in cure or improvement in individual patients”. [...] The biomedical model not only requires that disease be dealt with as an entity independent of social behavior, it also demands that behavioural aberrations be explained on the basis of disordered somatic (biochemical or neurophysiological) processes» (1977, 129-130, corsivo dell'autore).

Engel sostiene che il modello biomedico può essere suddiviso in:

- scienziata, che «comporta una serie di presupposti condivisi e regole basate su norme scientifiche» (1977, 130, mia traduzione);
- popolare, perché, ai tempi, era diventato talmente diffuso a tal punto da diventare parte delle credenze folkloristiche (ibidem);

Pertanto, il modello biomedico era diventato un modello «culturale imperativo» (ibidem), diventando un «*dogma*» (ibidem, corsivo dell'autore).

«In the biomedical model, demonstration of the specific biochemical deviation is generally regarded as a specific diagnostic criterion for the disease. Yet in terms of the human experience of illness, laboratory documentation may only indicate disease potential, not the actuality of the disease at the time. The abnormality may be present, yet the patient not be ill. [...] Psychological and social factors are also crucial in determining whether and when patients with the biochemical abnormality of diabetes or of schizophrenia come to view themselves or be viewed by others as

¹¹ Cartesio ripensò a tali considerazioni solo in punto di morte, con la pubblicazione di *Les passions de l'âme* (1649), in cui sostiene che mente e corpo sono addirittura mischiati.

sick. Still other factors of a similar nature influence whether or not and when any individual enters a health care system and becomes a patient. Thus, the biochemical defect may determine certain characteristics of the disease, but not necessarily the point in time when the person falls ill or accepts the sick role or the status of a patient» (Engel, 1977, 131-132).

Engel propone così un modello biopsicosociale, secondo cui la condizione di salute o di malattia è la conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali (1977, 132): «To provide a basis for understanding the determinants of disease and arriving at rational treatments and patterns of health care, a medical model must also take into account the patient, the social context in which he lives, and the complementary system devised by society to deal with the disruptive effects of illness, that is, the physician role and the health care system. This requires a biopsychosocial model. Its scope is determined by the historic function of the physician to establish whether the person soliciting help is “sick” or “well”; and if sick, why sick and in which ways sick; and then to develop a rational program to treat the illness and restore and maintain health».

Il modello biopsicosociale è senza dubbio molto più complesso rispetto a quello biomedico, perché comprende molte più dimensioni e di conseguenza più indicatori. Ciononostante, il modello biomedico è estremamente riduttivo e quindi poco efficiente.

Tra i documenti che fanno riferimento a questo approccio vi è anche la definizione di salute da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nella sua Costituzione del 1948.

2. La salute e le sue definizioni istituzionali

Dopo la seconda guerra mondiale, nei Paesi più industrializzati iniziano a diffondersi servizi sanitari grazie anche all'idea di salute come componente fondamentale dei diritti umani:

- 1) «Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control.

- 2) Motherhood and childhood are entitled to special care and assistance. All children, whether born in or out of wedlock, shall enjoy the same social protection» (General Assembly, 1948, Art. 25).

Quando si studia il tema della salute, non si può non fare riferimento all'Organizzazione Mondiale della Sanità: agenzia internazionale coordinata dall'Organizzazione delle Nazioni Unite¹² (ONU), a cui è riconosciuta la qualifica di istituto specializzato ai sensi della carta delle Nazioni Unite.

Nel 1946, l'OMS parla di salute come «uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia» (WHO, 1946). Benché in linea di principio condivisibile, tale definizione è stata molto criticata, perché sembra infatti trascurare gli aspetti individuali, spirituali ed emotivi. La salute è intesa come “uno stato” e non come un processo dinamico in continuo cambiamento e divenire; sembra una definizione ancora un po' troppo astratta.

Nel 1948, la costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la salute:

«A state of complete physical, social and mental well-being, and not merely the absence of disease or infirmity. Within the context of health promotion, health has been considered less as an abstract state and more as a means to an end which can be expressed in functional terms as a resource which permits people to lead an individually, socially and economically productive life. Health is a resource for everyday life, not the object of living. It is a positive concept emphasizing social and personal resources as well as physical capabilities» (WHO, 1998, 1).

Senza dubbio, il concetto di salute, dal momento in cui racchiude elementi che incidono sulla soggettività, è il risultato di un continuo scambio tra gli individui e il contesto in cui essi vivono. Perché possa essere tutelata, difesa e promossa, la

¹² L'Italia vi prende parte nel 1947. L'OMS «si trova oggi a operare in un contesto sempre più complesso e in rapido cambiamento, in cui i confini d'azione della sanità pubblica sono diventati più fluidi, estendendosi ad altri settori, che hanno un impatto sulle prospettive e sui risultati in ambito sanitario. La risposta dell'OMS a queste sfide si articola in un'agenda di sei punti:

- due obiettivi di salute: promuovere lo sviluppo e incrementare la sicurezza sanitaria;
- due necessità strategiche: potenziare i sistemi sanitari e mettere a frutto la ricerca, le informazioni e le evidenze scientifiche;
- due approcci operativi: intensificare i partenariati e migliorare la performance» (OMS; <http://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&id=1784&area=rapporti&menu=mondiale>. Accesso effettuato il 21 gennaio 2021).

salute, intesa come congiunto di relazioni tra soggetti e contesto in cui si trovano, necessita di azioni differenti: sociali, economici, culturali, ambientali, psicologici; per cui il concetto di salute non è solo mancanza di malattie.

Inoltre, nel Preambolo dell'atto costitutivo¹³, si evidenzia l'importanza della tutela non solo della salute individuale, ma anche di quella collettiva.

Altro problema è quello della collocazione della salute pubblica all'interno dell'economia degli Stati, infatti si sostiene che: «La salute è parte integrante dello sviluppo economico e sociale e l'uomo è il primo autore di questo sviluppo. Senza di lui lo sviluppo non ha significato. E senza la salute lo sviluppo non ha speranza di mettere radici» (WHO, 1968, 9). Il 7 aprile di ogni anno è così stata istituita la Giornata mondiale della sanità.

Il processo di affermazione della salute come diritto lo si trova anche con la Conferenza Internazionale sulla *Primary Health Care* (WHO, UNICEF, 1978), tenutasi ad Alma-Ata nel 1978 e promossa dall'OMS e dall'UNICEF, con lo scopo di aggiornarsi sullo stato di salute e dei servizi sanitari in tutto il mondo e di diffondere e promuovere in tutti i Paesi il concetto di PHC, definendone i principi e stabilendone il ruolo dei governi nel suo sviluppo. Per far sì che ciò potesse essere effettivamente messo in atto, l'OMS, a partire dagli anni Ottanta, ha cercato di sviluppare strategie d'azione come la promozione della salute e strategie destinate a tutti.

Si inizia ad avere una maggiore consapevolezza sul concetto di salute: è il risultato di una serie di determinanti sociali, ambientali, economici e genetici. Quindi, «per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte» (Carta di Ottawa, 1986).

Nel 1986, si tenne la prima conferenza internazionale sulla promozione della salute ad Ottawa:

«In keeping with the concept of health as a fundamental human right, the Ottawa Charter emphasises certain pre-requisites for health which include peace, adequate economic resources, food and shelter, and a stable eco-system and sustainable resource use. Recognition of these pre-requisites highlights the inextricable links

¹³ *Constitution of the World Health Organization*, 1946 (entrata in vigore nel 1948).

between social and economic conditions, the physical environment, individual lifestyles and health. These links provide the key to an holistic understanding of health which is central to the definition of health promotion.

Today the spiritual dimension of health is increasingly recognised. Health is regarded by WHO as a fundamental human right, and correspondingly, all people should have access to basic resources for health.

A comprehensive understanding of health implies that all systems and structures which govern social and economic conditions and the physical environment should take account of the implications of their activities in relation to their impact on individual and collective health and well-being» (WHO, 1998, 1).

Inoltre, la Carta di Ottawa pone in evidenza l'importanza della promozione della salute per tutti, per cui la «Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health» (ibidem).

La promozione della salute deve essere un processo sociale e politico globale, destinato a comprendere sia azioni volte a rafforzare le abilità e le capacità dei singoli individui, ma anche azioni che modifichino le condizioni sociali, politiche, ambientali ed economiche in cui questi vivono. A tal proposito, si vedano Sen (1999), con il suo approccio alle *capabilities*, secondo cui concetti come benessere, povertà o uguaglianza sono da studiare in relazione alle cosiddette 'capacità', ossia tutte le opportunità reali che ogni persona ha di vivere la vita in maniera degna ed è importante quindi quanto le persone riescano a fare con le risorse a loro disposizione, e Nussbaum (2011), che parla di dieci capacità centrali. L'intenzione di promuovere la salute come bene primario sottolinea un maggiore impegno nello studio dei determinanti sociali e non solo che influenzano negativamente tale condizione.

La Carta di Ottawa individua tre strategie per la promozione della salute (WHO, 1998, 2, mia traduzione):

- *advocacy*, per creare le condizioni essenziali per la salute precedentemente indicate;
- *enabling*, per permettere alle persone di raggiungere il loro pieno potenziale di salute;
- *mediating*, per mediare tra i diversi interessi nella società nel perseguire obiettivi di salute.

Queste strategie sono supportate da cinque aree d'azione prioritarie:

- costruire una sana politica pubblica
- creare ambienti di supporto per la salute
- rafforzare l'azione della comunità per la salute
- sviluppare le competenze personali e
- riorientare i servizi sanitari».

I determinanti che sembravano garantire una buona salute erano per lo meno la pace, un'abitazione, un reddito e nutrimento.

La Carta di Ottawa parla infatti della difesa (*to advocate*) della salute, mettendo in evidenza l'importanza di capire quali sono le cause che la ostacolano.

Garantire la salute permette un progresso sociale, economico, individuale, collettivo e così via. Pertanto, è necessario che intervengano diversi fattori, tra cui comportamentali, politici, economici, sociali, biologici ma anche culturali e ambientali. Bisogna permettere (*to enable*) l'uguaglianza in materia di salute, cercare di offrire a tutti gli individui le stesse possibilità e gli stessi mezzi, ma per fare questo occorre avere presente i determinanti che la influenzano. Il solo settore sanitario non potrebbe garantire quanto detto, pertanto è necessario fare opera di mediazione (*to mediate*). La promozione della salute richiede un'azione concentrata fra diverse parti.

Inoltre, per permettere che gli studi possano essere attuati devono prendervi parte tutti: singoli individui indipendentemente dal genere, dall'età, dal livello di istruzione, dal lavoro e così via, ma anche le famiglie, le collettività, organizzazioni professionali e sociali.

La promozione della salute va al di là delle cure.

Nel 1997, la Dichiarazione di Jakarta¹⁴ conferma nuovamente che le strategie sopra citate sono fondamentali per ogni Paese. Inoltre, per la promozione della salute nel XXI secolo, tale dichiarazione ha individuato cinque priorità, ossia:

- «promuovere la responsabilità sociale per la salute
- aumentare gli investimenti per il miglioramento della salute
- ampliare i partenariati per la promozione della salute
- aumentare la capacità della comunità e responsabilizzare l'individuo

14

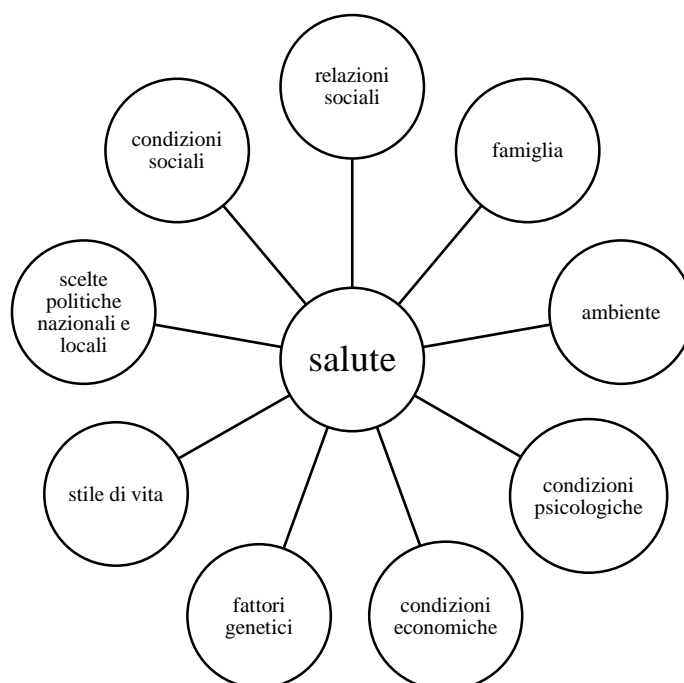
Online
<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>.
 effettuato il 14 gennaio 2021.

su:
 Accesso

- assicurare un'infrastruttura per la promozione della salute» (WHO, 1998, 2, mia traduzione).

La promozione della salute è un processo, un percorso nel tempo che dovrebbe conferire i mezzi necessari per assicurare un maggior controllo della salute per poterla migliorare¹⁵. La salute è una risorsa della vita quotidiana, è un concetto che pone in evidenza le risorse sociali e individuali e pertanto la promozione della salute non è legata solo al settore sanitario. La multidimensionalità di tale concetto è rappresentata tramite la Figura 1:

Fig. 1 – Multidimensionalità del concetto di salute



Fonte: mia elaborazione.

Per garantire a ogni individuo l'assistenza necessaria è importante prendere in considerazione ogni dimensione. Spesso il concetto di salute fa riferimento all'avere le risorse necessarie per fronteggiare la vita quotidiana e, come tale, deve andare oltre la mera lettura biologica, pertanto lo stato di salute può essere suddiviso in molteplici dimensioni e studiato facendo riferimento ad altrettanti indicatori.

¹⁵ Un esempio può essere infatti la nascita in Italia, nel 2012, della SIPS, ossia la Società Italiana per la Promozione della Salute. <https://www.sipsalute.it/index.php>. Accesso effettuato il 14 gennaio 2021.

Salute e malattia non possono essere concetti universalmente condivisi: «l'interpretazione data dal soggetto è la risultante di una serie di combinazioni costruite nel contesto culturale di appartenenza» (Lazzarini, Stobbione, Forte, 2020, 6). Oltre la dimensione biologica bisogna prendere in considerazione quella individuale e sociale. Il concetto di salute è strettamente collegato a quello di benessere soggettivo¹⁶ e come spesso accade, in caso di crisi, i più deboli pagano il prezzo più alto. Infatti, lo stato di benessere o di deprivazione è una combinazione di stati, ossia di *essere* e *fare*. La malattia è una frattura del benessere fisico, psichico, individuale e relazionale. «Il ben-essere e il mal-essere hanno radici nel sociale, perché nessun uomo è autonomo, autosufficiente: siamo nati da una relazione e l'essere umano porta sempre in sé, nei suoi elementi costitutivi, il bisogno di relazionarsi. Non si può, dunque, in nessuna condizione, identificare la persona con la sua malattia, perché essa è sempre *oltre* e *altro*» (Lazzarini, Stobbione, Forte, 2020, 9-10, corsivo dell'autore). «Incontrare una persona malata significa incontrarla con il suo passato, la sua condizione socio-economica e socio-culturale. Non esiste la malattia, esiste la persona affetta da una certa malattia: ogni persona interpreta la propria malattia e la vive alla luce della sua identità personale e sociale» (ivi, 14).

«La felicità promessa ai vincenti in questa società si traduce in frenetica accumulazione di beni di consumo, in aumento dello stress, dell'insonnia, delle turbe psicosomatiche, delle malattie di ogni tipo» (Latouche, 2007, 42). Pertanto, il concetto di 'salute' è polisemico: «individual human behavior is social behavior and this means that "health behavior" is social behavior, influenced by the societal

¹⁶ Il *benessere soggettivamente considerato* è lo studio della qualità della vita con uno sguardo verso l'individuo, verso la percezione che l'individuo stesso ha nei confronti della sua vita e della soddisfazione di quelli che possono essere i propri bisogni. Anche se una condizione apparentemente sembra positiva, per un individuo può essere vissuta come negativa, poiché la percezione di una mancanza o della poca soddisfazione di un bisogno incide su quello che è il modo di vivere della persona, della sua felicità o benessere. Il benessere individuale era spesso inteso come condizione statica e materialistica, ossia caratterizzata dal possesso, in un certo istante temporale, di un dato ammontare di risorse materiali (reddito o altri beni a disposizione), per passare poi ad essere considerato come un processo (*well-being*), per cui i mezzi e le risorse acquisibili o a disposizione sono uno strumento per ottenere benessere. Questo processo, inoltre, comprende una pluralità di fattori personali e familiari, una molteplicità di contesti sociali, ambientali, economici, istituzionali, culturali, politici, etc. Pertanto, tale processo ha inizio con i fattori di conversione legati alle caratteristiche sociali e personali, comprendendo beni e risorse a disposizione e di conseguenza l'insieme delle capacità o funzionamenti potenziali. In seguito vi è la scelta dell'individuo, che porta all'insieme dei risultati o dei funzionamenti conseguiti. Il processo di *well-being* è quindi l'insieme di traguardi potenzialmente raggiungibili (*capability set*) o effettivamente realizzati (spazio dei *functionings*), che influenzano la qualità della vita e il benessere degli individui (Parra Saiani, 2009, cap. 9).

factors that influence all behavior, as well as the particular behavior patterns engendered by the healthcare institution. Sick people do not act randomly, but follow certain “rules”. In fact, if they don’t follow the rules, they may be criticized by their social group and the healthcare system and even “thrown out” of the sick role» (Thomas, 2020, 4) e «Just as health behavior is a function of the social forces that impinge upon members of society, any healthcare system is ultimately a product of the society in which it exists and the cultural traits characterizing that society. The healthcare system can only be understood within its sociocultural context. No two healthcare systems are exactly alike, and the differences that are found between healthcare systems are primarily a function of the contexts in which they exist. The social structure of the society, along with its cultural values, defines the system. The form the system takes and the functions it performs reflect the form and functions of the society in which it resides. Much of the focus of this book will be on the influence of social factors on the health status and health behavior of individual society members and on the system in which this behavior occurs. Social factors influence the manner in which societies organize their resources to respond to sickness and to deliver care to their members» (ivi, 7).

Pertanto ogni tipo di comportamento è un comportamento sociale, che incide su tutti i membri della società e «Not only do social considerations determine what one considers a sickness, but we attribute social meaning to health conditions (ivi, 5).

2.1. La promozione della salute e le capacità degli individui

Come visto, la promozione della salute è un processo globale complicato, che comprende azioni volte a rafforzare le abilità e le capacità dei singoli individui e azioni che modifichino le condizioni sociali, politiche, ambientali ed economiche in cui questi vivono. Quindi, per studiare al meglio le *capabilities* degli individui, è necessario porre l’attenzione sulle opportunità di cui essi godono e sui gruppi sociali di cui fanno parte, studiando anche le varie località di riferimento.

Pertanto, «human beings are the agents, beneficiaries and adjudicators of progress, but they also happen to be – directly or indirectly – the primary means of all production. This dual role of human beings provides a rich ground for confusion of ends and means in planning and policy-making. Indeed, it can – and frequently

does – take the form of focusing on production and prosperity as the essence of progress, treating people as the means through which that productive progress is brought about (rather than seeing the lives of people as the ultimate concern and treating production and prosperity merely as means to those lives)» (Sen, 1990, 41).

«The well-being of a person can be seen as an evaluation of the functionings achieved by that person» (Sen, 1988, 15).

I *functionings* sono le opportunità a disposizione, ciò che l'individuo può decidere di fare o di essere per il raggiungimento del suo benessere. Tra i funzionamenti più importanti nella valutazione della natura dello sviluppo, Sen (1988) parla della libertà di scelta:

«a person's capability can be seen as the set of alternative functioning n-tuples any one of which the person can choose. One way of introducing the importance of freedom in the determination of well-being is to see well-being as a function not only of the actual functioning achievement, but also of the capability set from which that n-tuple of functionings is chosen. In this way of formally characterizing the problem, the list of functionings need not include "choosing" as such, but the value of choosing will be reflected in the evaluation by making that evaluation depend both on the chosen n-tuple of functionings, and on the nature and the range of the capability set itself» (Sen, 1988, 17).

Le *capabilities*, invece, sono ciò che, con i funzionamenti, un individuo è o meno in grado di fare. Secondo Sen, le capacità umane sono molteplici e distinte: «the capability set represents a person's freedom to achieve various functioning combinations. If freedom is intrinsically important, then the alternative combinations available for choice are all relevant for judging a person's advantage, even though he or she will eventually choose only an alternative. In this view, the choice itself is a valuable feature of a person's life. On the other hand, if freedom is seen as being only instrumentally important, then the interest in the capability set lies only in the fact that it offers the person opportunities to achieve various valuable states. Only the achieved states are in themselves valuable, not the opportunities, which are valued only as means to the end of reaching valuable states» (Sen, 1990, 48). Poi, «there are indeed inequalities between men and women in terms of functionings, and in the context of developing countries the contrast may be sharp

even in basic matters of life and death, health and illness, education and illiteracy» (Sen, 1990, 53).

L'approccio dell'autore considera ogni persona come un fine, ponendo l'accento non tanto su quale sia il suo benessere generale, bensì su quali siano le opportunità disponibili per ciascun individuo. È così molto importante l'analisi delle *human capabilities*, perché fornisce una buona base per valutare gli standard di vita e la qualità della vita stessa, indicando anche un punto di partenza da cui possono essere discussi i vari problemi. Le *human capabilities*, ciò che Sen definisce *libertà sostanziali* (libertà di raggiungere i funzionamenti), sono infatti un insieme di opportunità di scelta e azione. La libertà individuale è intesa come autorealizzazione e avere le possibilità per accedere a opportunità (Sen, 1999).

Drèze e Sen (2002, 6) parlano proprio di un approccio 'centrato sulle persone', «che pone al centro della scena la capacità umana di agire, piuttosto che le organizzazioni come i mercati o i governi. Il ruolo cruciale delle opportunità sociali è quello di espandere il regno della libertà e della capacità umana di agire, sia come scopi in sé sia come mezzi per una ulteriore espansione della libertà. Il termine "sociale" presente nell'espressione "opportunità sociale" [...] è un utile promemoria, che serve a non vedere gli individui e le loro opportunità in termini di reciproco isolamento. Le opzioni di cui una persona dispone dipendono in larga misura dalle relazioni con gli altri e da ciò che viene fatto dallo Stato e dalle altre istituzioni. Per questo le nostre preoccupazioni dovrebbero riguardare soprattutto le opportunità che appaiono condizionate in misura significativa dalle circostanze sociali e dalle politiche pubbliche».

Se Sen parla di una prospettiva di libertà, sottolineando l'importanza di alcune come la salute, la partecipazione politica, l'istruzione, Martha C. Nussbaum (2011/2012) parla invece di dieci capacità centrali, secondo cui «il rispetto della dignità umana richiede che i cittadini raggiungano un alto livello di capacità, in tutte e dieci le sfere specificate», ovvero:

- 1) la vita: avere la possibilità di non morire prematuramente;
- 2) la salute fisica: poter godere di buona salute, nutrimento e abitazione;
- 3) l'integrità fisica: essere in grado di muoversi da un luogo all'altro e di essere protetti da qualunque tipo di violenza;
- 4) i sensi, l'immaginazione e il pensiero: poter usare i propri sensi, immaginare e pensare;

- 5) i sentimenti e le emozioni: oltre che per noi stessi, poter provare attaccamenti per persone e cose;
- 6) la ragione pratica: essere in grado di creare una concezione di ciò che è bene e impegnandosi per una riflessione critica;
- 7) l'appartenenza, l'unione: poter vivere con e per gli altri;
- 8) altre specie: essere in grado di vivere anche con animali, piante, eccetera;
- 9) il gioco: godere di attività ricreative;
- 10) il controllo del proprio ambiente (politico e materiale).

La Nussbaum descrive inoltre capacità interne (dotazioni personali), capacità esterne (mancanza di impedimenti circostanziali), capacità di base (o fondamentali, cioè le potenzialità di acquistare delle capacità interne o esterne).

La società dovrebbe incentivare lo sviluppo delle capacità interne, grazie all'istruzione, a risorse per potenziare la salute fisica ed emotiva, il sostegno alla cura, all'amore familiare, etc. Si parla anche di capacità combinate, ossia la somma delle capacità interne e delle condizioni socio-politico-economiche in cui possono essere effettivamente scelti i funzionamenti. Ciascuno dovrebbe raggiungere una certa soglia di capacità combinate, per poter godere della libertà sostanziale di scegliere e di agire; ciò è quanto un Paese dovrebbe permettere ai suoi cittadini, trattando ogni persona con uguale rispetto. L'atteggiamento nei confronti delle capacità basilari delle persone non è meritocratico: coloro che hanno più bisogno di aiuto per raggiungere la soglia dovranno essere sostenuti. Ecco perché si parla anche di 'funzionamento', ossia la realizzazione attiva di una o più capacità. I funzionamenti sono modi di essere e di fare per realizzare capacità, sono le numerose sfere della vita umana in cui le persone si muovono e agiscono.

3. La sociologia medica

Mentre la sociologia generale ha avuto le sue origini in Europa, la sociologia medica si è sviluppata in America. I primi programmi universitari per la formazione di sociologia medica negli Stati Uniti sono stati istituiti negli anni Quaranta e nel 1959 è sorta una sezione dell'American Sociological Association dedicata proprio alla sociologia medica.

Prima di dare una definizione di 'sociologia medica' e di definirne le sue radici storiche, è importante far riferimento alla relazione *agency*-struttura, perché, nel

corso del capitolo, si noterà come siano una dipendente dall'altra e fondamentali nello studio del concetto di salute. Infatti, la struttura può essere intesa come lo scheletro del corpo, mentre l'*agency* come i processi che hanno luogo all'interno del corpo stesso (Stones, 2018, 20-24). «*Agency* is a sociological term referring to the ability of the individual to select his or her behavior, while social *structures* produce regularities in social interaction (by way of socially prescribed norms, roles, and institutions), systematic social relationships (such as kinship, group affiliations, social class, gender, and other forms of stratification), and the resources that are available. Social structures channel behavior in particular directions as opposed to others that might be taken. While most theories recognize that agency and structure are both important in some way, debate centers over the extent to which one or the other is dominant in determining social behavior and identifying the social situations in which that dominance occurs. Agency is formally defined as the process by which individuals, influenced by their past but also oriented toward the future (as a capacity to imagine alternative possibilities) and the present (as a capacity to consider both past habits and future situations within the contingencies of the moment), critically evaluate and choose their course of action» (Cockerham, 2020, 9-10).

Giddens (1984) parla invece della dualità della struttura, che ha cioè il potenziale di limitare o permettere l'azione: le risorse di un individuo possono permettergli di realizzare le sue scelte completamente, parzialmente o essere inadeguate alla loro realizzazione. Le scelte degli individui sono determinate dalla struttura in cui vivono; le strutture tendono ad avere qualità costrittive e abilitanti, per cui vi possono essere situazioni in cui l'*agency* è dominante e altre invece in cui lo è la struttura, senza dimenticare che entrambe sono presenti in ogni contesto sociale, per cui «the quality of a theory rests upon its capacity to distinguish the extent of their relative influence» (Cockerham, 2020, 11).

3.1. Medicina, salute e sociologia

La sociologia medica è una disciplina estremamente ricca che si è sviluppata dalla convergenza della medicina e della sociologia, con storie e orientamenti molto diversi.

«Medical sociologists approach the field from a variety of perspectives and typically emphasize one or more aspects of the discipline. Some focus on *social epidemiology* and study the distribution of illness within a population, how social characteristics contribute to its etiology and distribution, and the correlations between sociodemographic characteristics and health status. Others focus on *socioculturally determined responses* to illness and study the manner in which individuals react (or don't react) to the onset of symptoms and how the values we hold influence our reaction to illness.

Some medical sociologists focus on the *interactional aspects* of healthcare and study, for example, doctor-patient relationships or doctor-nurse interaction. Others emphasize the *organizational aspects* of healthcare and focus on the organization of the hospital or the structure of medical education.

Some medical sociologists focus on patterns of *health services utilization* and study variations in utilization in different communities and the social correlates of the use of health services. Others may emphasize the sociology of *health occupations* and study the characteristics of physicians and nurses or social stratification within the health professions. Medical sociologists may focus on the study of *mental health and illness*, examining the distribution of mental disorders within the society or professional and lay perceptions of mental patients. Still others may focus on the “*political*” aspects of healthcare and study the power structure of healthcare, the role of the American Medical Association, or trends in the “medicalization” of society. Finally, some medical sociologists may focus on *health policy issues* and study the manner in which U.S. health policy is formulated and the role of various parties in establishing health policy» (Thomas, 2002, 10).

La struttura sociale della società, insieme ai suoi valori culturali, definisce il sistema in cui viviamo. I fattori sociali influenzano il modo con cui le società organizzano le loro risorse per rispondere e offrire soluzioni alle malattie. «È un campo della sociologia che studia la condizione sociale della salute della popolazione, le funzioni sociali, la struttura e il personale delle organizzazioni sanitarie e mediche, il ruolo della salute nel funzionamento e nello sviluppo della società, nella formazione e nella vita di un individuo» (Dmitrieva, 2003, 51, mia traduzione).

Nonostante nel 1879 si iniziò a parlare di *Index Medicus*, grazie a J. S. Billings, organizzatore della *National Library of Medicine* che scrisse della relazione tra igiene e sociologia, la sociologia medica è stata istituita come campo di

specializzazione all'interno della sociologia negli Stati Uniti solo negli anni Quaranta e Cinquanta, in un periodo in cui le agenzie governative e le fonti di finanziamento medico avevano poco interesse per la sociologia puramente teorica. La sociologia della salute, invece, si occupa delle cause sociali e delle conseguenze della salute e della malattia che queste hanno sia sugli individui sia nel contesto in cui vivono, evidenziando teorie e metodi necessari per lo studio della salute e dell'assistenza sanitaria. Si può dire che «Unlike law, religion, politics, modes of economic production and other basic social processes, medicine was ignored by sociology's early theoreticians because it was not an institution shaping the structure and nature of society» (Cockerham, 1983, 1514).

L'emergere di questa nuova branca della sociologia fu inoltre stimolato dall'espansione dei *National Institutes of Health* (NIH), alla fine degli anni Quaranta. Particolarmente importante fu l'istituzione del *National Institute of Mental Health* (NIMH), perché fu determinante nell'incoraggiare a finanziare progetti sociologici e medici. Il NIMH mise insieme, tra le prime volte, sociologi e medici, per scoprire i loro interessi comuni, e cercare di pianificare ricerche in collaborazione¹⁷.

L'uso del termine 'sociologia medica' fu utilizzato per la prima volta nel 1894 dal medico Charles McIntire¹⁸, con l'articolo *The Importance of the Study of Medical Sociology*, in cui sottolineava l'importanza dei fattori sociali in relazione alla salute. McIntire si poneva la seguente domanda (1894/1991, 30): «A question then arises, can there be a particular department of the science of sociology worthy the name of Medical Sociology?», per poi rispondere: «Medical Sociology then has a two-fold aspect. It is the science of the social phenomena of the physicians themselves, as a class apart and separate; and the science which investigates the laws regulating the relations between the medical profession and human society as a whole: treating of the structure of both, how the present conditions came about,

¹⁷ La prima collaborazione fu infatti con la medicina psichiatrica. Già nel 1939, il sociologo Robert Faris insieme allo psichiatra Dunham fecero una ricerca a Chicago sulla malattia mentale.

¹⁸ Già nel 1893 fece un discorso, riportato nel volume 17 dell'*American Lancet* (1893, 269), in cui disse che «It is clear that there is a way of action which will enable a doctor to accomplish the most good and the least harm as he is compelled to pursue an active career among the laity and the profession. The question arises: What is that way? To answer this, is the province of "Medical Sociology." We are aware that pirates exist, who want conflict in order that they may prey upon the spoils of the vanquished; that anarchists abound, who thrive upon the deeds of the lawless; but the mass of human beings, including the medical profession, prefer light to darkness, order to confusion, and would welcome any studies which would aid them in the peaceful pursuit of their calling to the best advantage of all concerned».

what progress civilization has effected, and indeed everything relating to the subject» (ivi, 31).

Il primo libro che ebbe incluso nel titolo il termine 'sociologia medica' fu invece di Elizabeth Blackwell, una donna che ha superato la discriminazione di genere laureandosi presso il *Geneva Medical College* di New York nel 1849. Ha praticato nel campo medico a New York e in Inghilterra ed è stata autrice di un libro, autopubblicato nel 1899, e poi pubblicato commercialmente nel 1902, dal titolo *Essays in Medical Sociology*¹⁹.

Successivamente, in una riunione annuale della *Eastern Sociological Society* del 1951, Stern fece una presentazione dal titolo *Toward a Sociology of Medicine*, in cui sostenne che era arrivato il momento per la sociologia della medicina di separarsi dalla medicina sociale, la quale veniva definita vaga e unicamente focalizzata su malattie specifiche, invece che sui problemi che una «whole person» (1959/1991, 40) avrebbe potuto avere, sottolineando così l'importanza dell'ambiente sociale. Stern (ivi, 39) afferma infatti che «The field of sociology of medicine offers a stimulating area of research for sociologists who accept this definition of the function of their discipline. Its problems are vital ones and its data are sufficiently capable of controlled observation to enable the sociologists to test the validity of current concepts and to permit the formulation of new principles. Its range of problems ... in fact, ... [run] the entire gamut of conventional topics under which sociologists are prone to classify their major interests. The sociology of medicine permits the fruitful marriage of theory and practice; it is both speculative and practical, analytical and constructive».

La direzione presa dalla sociologia medica all'inizio del suo sviluppo è sintetizzata da Robert Straus (1957, 109, corsivo dell'autore), che parla della distinzione tra la «sociology of medicine» e la «sociology in medicine»²⁰. «The

¹⁹ I suoi saggi trattano di sessualità, di malattie sessualmente trasmissibili, di sovrappopolazione e del tentativo di salvataggio delle donne dalla prostituzione.

²⁰ «While medicine applied some of the early thinking in sociology to medical problems and population health, the applied medical sociology that emerged in medical circles slowly blended into academic medical sociology as interest in the field increased. The academic side of medical sociology was significantly boosted by the appearance of Parsons' concept of the sick role which was the first theory advanced by a leading sociological theorist. Although Parsons' version of functionalist theory fell into disfavor, his concept of the sick role stimulated the rise of theory in medical sociology. As the use of sociological theory increased in importance, a schism began to grow in the U.S. between sociologists of medicine (who use theory) and sociologists in medicine (who do applied research) over whose work is the most important.

The key difference between the two groups was the utilization of theory. In recent years this schism has declined in relevance as both groups of sociologists increasingly do the same type of

dispute that developed was over whether the sociologists of medicine (theoretical) have more to contribute to sociology than the sociologists in medicine (applied). The former did work based on sociological definitions of a problem while the latter did the same based on medical definitions. While medical sociologists affiliated with departments of sociology in universities were in a stronger position to produce work that satisfies sociologists as good sociology, the sociologists in medical institutions had the advantage of participation in medicine and research opportunities unavailable to those outside medical practice» (Cockerham, 2020, 54). «In order to clarify what is meant by ‘applied’ vs ‘purely theoretical’ medical sociology in the context of this paper. applied medical sociology pertains to the use of sociological knowledge and research methods to provide information useful to health practitioners in improving health care, health organizations in providing more effective services, and to policy-making bodies for the purpose of developing programs and policies intended to improve health conditions in society. Purely theoretical medical sociology, in contrast, is the use of sociological knowledge and research methods to generalize, explain, and predict human social behavior in relation to health situations in order to develop, test, and verify theory and contribute to general knowledge of the subject. In this sense. theoretical medical sociology stands as a nonutilitarian ‘pure’ science that does not try to prove its value in any technical, practical, or applied manner, but rather operates to produce basic knowledge in the fashion of any other pure science and regardless of the use made of it. While medical sociologists affiliated with departments of sociology in universities are in a stronger position to produce work that satisfies sociologists as good sociology, the sociologists in medical institutions have the advantage of participation in medicine and opportunities for research perhaps denied to those outside medical practice» (Cockerham, 1983, 1513).

La sociologia *of medicine* si occupa di fattori quali l’organizzazione, i rapporti di ruolo, norme, valori e credenze della pratica medica come forma di comportamento umano. La sociologia *in medicine*, invece, riguarda attività associate al raggiungimento degli obiettivi educativi, di ricerca o clinici della medicina. Tali obiettivi erano spesso raggiunti in collaborazione con professionisti

work combining empirical research with theory» (Cockerham, 2020, 56-57); «sociologists of medicine (theoretical) have more to contribute to sociology than the sociologists in medicine (applied). Straus pointed out that it was not easy to operationalize a rigid dichotomy between sociology in medicine and of medicine» (Cockerham, 1983, 1513).

della salute e si svolgevano all'interno di istituzioni sanitarie o mediche. L'accento viene posto sui processi sociali che si verificano in ambito medico. Pertanto, in questo caso, il sociologo collabora direttamente con medici e altro personale sanitario nello studio di quei fattori sociali ritenuti rilevanti per un particolare fenomeno in ambito sanitario. Sembra poi che l'approccio delle scienze sociali in ambito sanitario fu accettato perché i governi si resero conto che, nonostante le scoperte mediche del secolo (come la penicillina nel 1929), la riduzione della mortalità fosse dovuta soprattutto al miglioramento dell'igiene pubblica, all'educazione della popolazione, all'urbanizzazione e allo sviluppo economico (de Miguel, 1976, 212). «La sociologia medica si occupa degli aspetti sociologici della prevenzione, del trattamento e della riabilitazione sociale e lavorativa dei pazienti. Si studiano le peculiarità sociologiche delle relazioni di un paziente con i medici, gli infermieri, altri pazienti, ma anche familiari, amici; l'influenza dei fattori sociali sulla salute, anche mentale, è un elemento di comprensione integrale di questi problemi» (Dmitrieva, 2003, 52, mia traduzione). La sociologia in o nella medicina «implica l'applicazione di metodi di ricerca sociologica teorica ed empirica in medicina, così come la formazione sociologica dei medici e di tutto il personale medico» (ibidem)²¹. A tal proposito è interessante quanto espresso da Wardwell (1982, 571): «Why is it that the question of sociologists' independence has not been so acutely raised in other subfields of sociology? We no longer debate whether there should be a sociology *of* industry rather than a sociology *in* industry, ... a sociology *of* religion rather than a sociology *in* religion. Each research study is judged on its merits. Perhaps it is time to stop worrying over whether a medical sociologist's work is the sociology *of* medicine or the sociology *in* medicine».

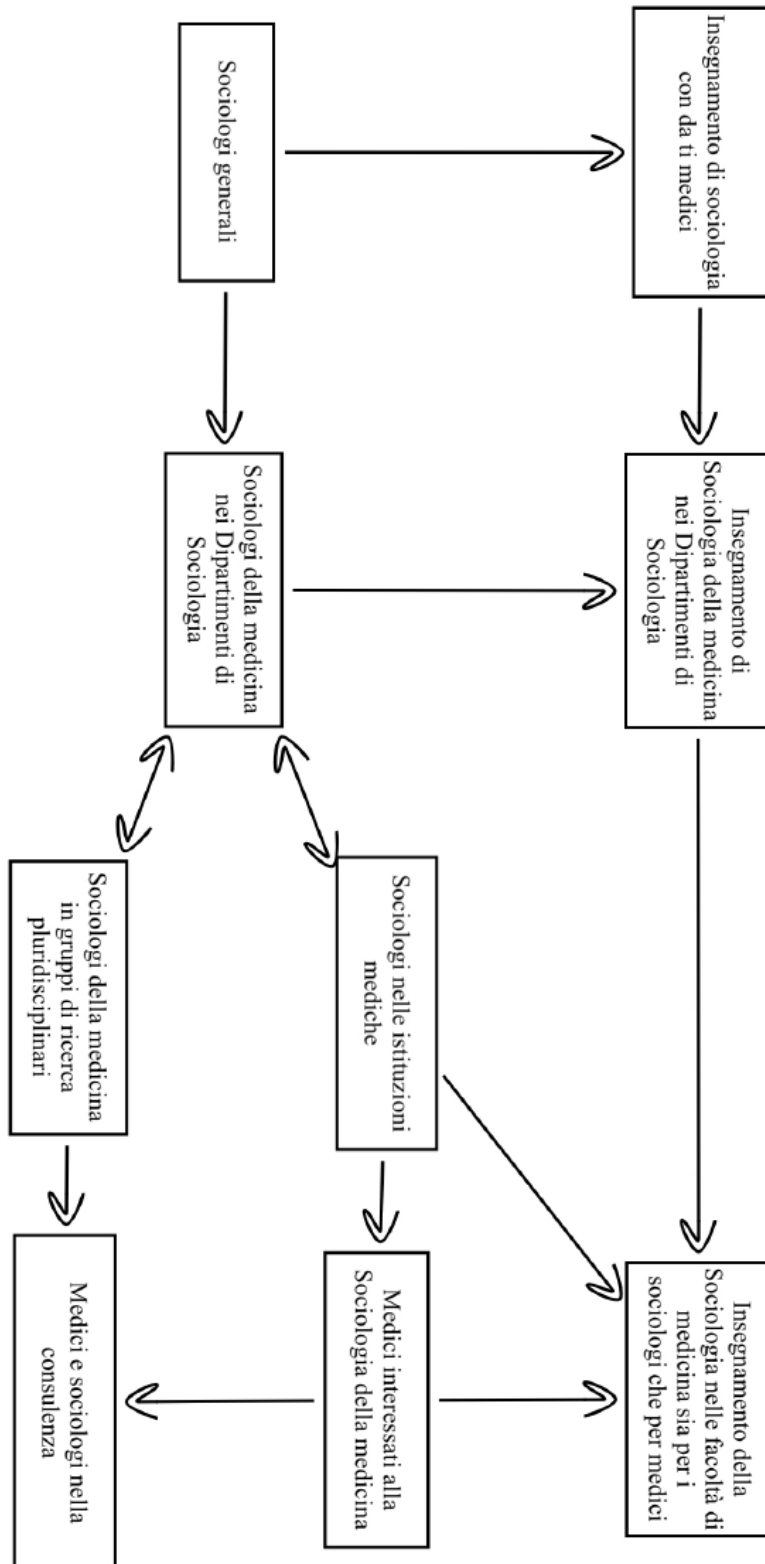
de Miguel riprende l'idea per cui «le origini di qualsiasi scienza o disciplina sono di solito incerte e le sue cause molteplici; la sociologia della medicina non sfugge a questo schema intellettuale. Per alcuni decenni (dal 1900 in poi) era parte della sanità pubblica e dell'assistenza sociale. L'interesse concreto per lo studio dei fattori socio-culturali nella salute umana si sviluppò a partire dal 1930 in diversi luoghi allo stesso tempo: nella scuola di Chicago con il lavoro di Faris e Dunham; a New York con progetti sulla sociologia dell'educazione medica; e all'Università di Yale con studi epidemiologici e antropologici applicati alla comunità di New

²¹ L'autrice sostiene inoltre che in Russia non sono state stabilite le norme per l'utilizzo dei due termini, rendendo possibile un uso degli stessi senza dare loro molto peso e spesso senza distinzione.

Haven» (1976, 211). Nel 1960 la sociologia medica fu accettata come sezione dell'*American Sociological Association* (ASA), dimostrandosi in poco tempo la sezione più grande di tutte. Nel 1966, il *Journal of Health and Social Behavior* (JHSB) fu istituito come una delle riviste ufficiali dell'ASA, per arrivare al 1972 con già 47 università negli Stati Uniti che insegnavano sociologia della medicina, comprendendo sia percorsi di laurea che di dottorato.

Di seguito, la figura 2 prova a spiegare la nascita dei sociologi della medicina:

Fig. 2 – Nascita dei sociologi della medicina



Fonte: de Miguel, 1976, 216, mia rielaborazione.

A livello disciplinare, la sociologia della medicina si focalizzava principalmente sui seguenti temi (ivi, 220, mia traduzione):

- 1) teoria, studiando i concetti di salute, devianza, etichette sociali e così via;
- 2) analisi dei fattori socio-culturali nella sanità;
- 3) malattia, includendo gli studi dei fattori psico-socio-culturali;
- 4) pazienti, sia come individui singoli sia come gruppo. Studiando inoltre il ruolo del malato nella società;
- 5) medici: i vari tipi, le specializzazioni, la relazione medico-paziente, eccetera;
- 6) ospedali e tutte le strutture sanitarie;
- 7) la comunità, per cui si studia l'educazione medica della popolazione in generale e i fattori socio-culturali come la religione, la povertà e così via;
- 8) la società in generale, che comprende lo studio dei sistemi sanitari nazionali in relazione alla struttura e al cambiamento sociale, il tema della pianificazione sanitaria, il costo e il finanziamento dell'assistenza sanitaria, la politica sanitaria nazionale, i problemi del personale medico e le relazioni mediche.

Seguendo Gallino (1978, 417), la sociologia medica prende in oggetto:

- a) «le differenze osservabili nella frequenza, natura, distribuzione delle principali malattie tra strati, classi, gruppi etnici, professioni, mestieri. Ricercando le cause dirette e indirette di esse nella struttura globale della società, nella organizzazione del lavoro, nei rapporti tra una società il suo (cosiddetto) ambiente naturale e l'ambiente artificiale che essa si è creata;
- b) i diversi tipi di organizzazione sociale sviluppatasi per la cura dei malati, considerati sotto l'aspetto di istituzioni e di sistemi sociali e messi in rapporto con la struttura della società;
- c) i ruoli sociali, le professioni, le associazioni che si sviluppano attorno alla pratica, all'insegnamento, alla gestione sociale della medicina, come gli ordini dei medici, i sindacati degli infermieri, le facoltà di medicina;
- d) le relazioni sociali e l'interazione tra medico e paziente;
- e) la scienza medica come forma di scienza, di conoscenza e di ideologia;
- f) le ideologie, gli atteggiamenti correttivi, i pregiudizi relativi alla salute e alla malattia, sempre in rapporto alle strutture sociali in cui esse si formano, si esprimono e si trasformano».

Nonostante l'influenza della sociologia medica americana, in Europa è molto più complesso individuarne la nascita. Se negli Stati Uniti si nota quasi subito un forte legame tra la sociologia e le scienze mediche, in Europa, invece, la sociologia si occupava principalmente degli studi sul lavoro e sulle problematiche industriali. Questo perché furono trascurati, come afferma Cockerham (2020, 39-40), autori come Harriet Martineau (1802-1876), una delle principali figure femminili che in questi anni viene indicata come emblema delle "sociologhe dimenticate" proprio perché donna, autrice di *Life in the Sick Room* (1844), in cui parla della sua esperienza di dolore in un momento difficile della sua vita, perché, da molto giovane, perse la gran parte dell'udito, presentando consigli pratici e spirituali. Pertanto questo libro può essere inteso come un inizio verso la sociologia medica stessa o la sociologia del corpo. Un'altra autrice può essere l'americana Charlotte Perkins Gilman (1860-1935), che scrisse, in seguito ad un attacco di psicosi post-partum, una *short story* dal titolo *The Yellow Wall-Paper* (1892), considerato un libro femminista²², perché accusa gli atteggiamenti androcentrici che attaccano la salute mentale della donna: il marito medico della protagonista le diagnostica isteria e depressione, per cui viene confinata in una camera da letto con una carta da parati gialla, che assume un significato simbolico mentre lei diventa sempre più delirante. Il tema della novella non è la follia, bensì l'oppressione sociale, economica e linguistica a cui la donna è costretta. Infatti, la cura, a cui si ribellerà facendo l'opposto, le vieta, tra le altre cose, di leggere e scrivere. Anche questa *short story* può essere intesa precursore della sociologia medica, per cui la stessa autrice si unì all'*American Sociology Society* (prima che diventasse ASA).

Infine, Du Bois (1868-1963), il primo afroamericano che, nel 1895, ha conseguito un dottorato in storia presso l'Università di Harvard. In seguito a insegnamenti in altri ambiti, nel 1896 divenne assistente di sociologia all'Università della Pennsylvania. Durante questo periodo studiò i quartieri neri, giungendo alla pubblicazione di *The Philadelphia Negro* (1899)²³. Tra le sue tante opere, Du Bois pubblicò *The Health and Physique of the Negro American* (1906), il primo studio

²² Per cui fa parte anche della raccolta *Daughters of Decadence. Women Writers of the Fin-de-Siècle* (1993) di Elaine Showalter.

²³ Secondo Du Bois (1968, 206), la società nera non era bloccata in una struttura sociale fissa e rigida, ma stava cambiando ed evolvendo, per cui continua l'utilizzo dell'espressione, coniata in precedenza, «the Talented tenth» per descrivere quella parte dei neri che si qualificava come un'élite intellettuale, pensando potesse servire da modello per raggiungere l'uguaglianza razziale.

accademico sulla salute fisica condotto da un sociologo. Nello specifico, si basava sui dati compresi tra il 1700 e il 1900 del censimento degli Stati Uniti, da vari registri cittadini e di associazioni, ma anche da rapporti di ospedali per neri, farmacie, scuole, etc., per arrivare a definire che la mortalità infantile e generale tra i neri stava diminuendo, dimostrando poi che non vi era alcuna prova che i neri fossero fisicamente inferiori ai bianchi. Lo studio fu ignorato dalla sociologia del tempo, come base per la nuova subdisciplina della sociologia medica, perché scritto da un uomo nero.

Vi sono dei casi in cui il servizio sanitario nazionale, come accadde nel Regno Unito, portò le istituzioni pubbliche ad avere un ruolo importante. Raimond Illsley (1980), con l'aiuto di un epidemiologo e di un ginecologo, iniziò a studiare i determinanti sociali del parto; nello stesso periodo, i sociologi italiani si interessano principalmente alla sociologia del lavoro. In Polonia, nel 1965, viene creato il Dipartimento di Sociologia medica presso l'Istituto di Filosofia e Sociologia (Slonska, Piatkowski, 2012), per arrivare, tra gli anni Settanta e Ottanta, a notare delle differenze in diversi Paesi.

Nello stesso periodo si inizia anche a parlare di medicalizzazione con autori come Irving Kenneth Zola, che ebbe tre motivazioni che lo avvicinarono alle scienze sociali, ossia (Giarelli, 2018, 393-466):

- in seguito ad un incontro con la fisioterapista, inizia il suo avvicinamento alla psicoanalisi, mettendo in evidenza le dinamiche interiori della sua personalità e l'unicità dell'individuo ed il mondo esterno che è condizionato da forze sociali, culturali, storiche e politiche che condizionano anche i limiti e le potenzialità degli individui;
- l'importanza del linguaggio come mezzo di espressione: i compagni gli fanno domande sulla sua disabilità, così comprende l'importanza di spiegare la sua situazione con un linguaggio comprensibile.

È Zola stesso che si definisce *medical sociologist* (1983, 40), perché «si rende conto che la medicina costituisce un rilevante microcosmo di questioni sociali» (Giarelli, 2018, 402).

Ancora prima di Zola, Freidson (1970, 354, mia traduzione) sostiene che vi sia un'oggettivazione di valori, che «va a limitare la libertà civile e l'integrità morale solo per avere un ambiente scientifico». «Quando la salute diviene il valore supremo di una società e il controllo della diagnosi e della terapia è ristretto a un

determinato gruppo professionale come quello medico, allora questo gruppo, anche se involontariamente, si ritrova nella posizione di esercitare un grande controllo e un'influenza su ciò che dovremmo o non dovremmo fare» (Giarelli, 2018, 416).

In Gran Bretagna, negli anni Settanta, il sistema sanitario nazionale sostiene le ricerche sociologiche grazie a finanziamenti pubblici, spingendo le ricerche stesse verso molte aree, come l'anzianità, l'esperienza della malattia, la figura dei medici, l'uso dei farmaci, eccetera. Nel 1972 viene creato il *Medical Sociology Group* all'interno della *British Sociological Association* e, nel 1976, il convegno della BSA fu proprio dedicato ai temi della salute²⁴. Come in precedenza, in questo periodo, nella sociologia britannica continua a prevalere la *sociology in medicine* (Armstrong, 1980).

In Germania²⁵, già nel 1970 la sociologia della medicina compare nella formazione dei medici. Nel 1972 si creano anche due gruppi della sociologia medica, uno dei quali all'interno della *Deutsche Gesellschaft für Soziologie*, ossia la Società tedesca di sociologia. Tali gruppi però ebbero vita breve, lasciando alla sociologia lo studio di altri ambiti (Cardano *et al.*, 2020, 20).

In Francia, a differenza degli Stati Uniti, la salute e con essa la medicina, la malattia e il corpo sono rimaste a lungo fuori dall'ambito dell'analisi sociologica, nonostante questi problemi siano da sempre il dominio delle scienze della vita e non solo del mondo medico. A partire dal XVIII secolo, i medici hanno iniziato ad avvicinarsi allo studio della società (Herzlich, Pierret, 2010, 121) e alla fine del secolo si sviluppano sempre più le correnti dell'igienismo e della medicina sociale. Seguendo Herzlich e Pierret (2010, 123), nel 1790 i membri medici dell'Assemblea Costituente formarono il Comitato della Salute. Successivamente, nel 1848, fu creata la struttura del Comitato Consultivo di Salute Pubblica.

«L'approche des premiers hygiénistes est souvent topographique, c'est le cas des travaux sur la mortalité différentielle du choléra dans les différents quartiers de Paris

²⁴ Dove furono presentati due lavori principali: R. Dingwall *et al.* (1977); M. Stacey, H. Homans, (1978). «Il primo guarda all'influenza di variabili quali il «potere», la «classe sociale», il «genere» nell'ambito della salute, il secondo presenta studi microsociologici di cultura, conoscenza e pratica in ambienti sanitari. Il prevalere di questi ultimi studi spiega l'orientamento verso ricerche qualitative, piuttosto che quantitative, della principale rivista inglese della subdisciplina, «Sociology of Health and Illness» (SHI), fondata proprio nel 1978» (Cardano *et al.*, 2020, 20).

²⁵ In questo Paese, la sociologia della medicina si sviluppa effettivamente dopo gli anni Settanta. Nonostante ciò vi fu un medico tedesco, R. Virchow (1821-1902), noto per le sue scoperte in patologia cellulare e fisiologia sperimentale, che indicò che la medicina è una scienza sociale.

(Villermé, 1834). En revanche, *Le tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie* (Villermé, 1840) met en évidence les effets des conditions de travail sur la santé et permettra, l'année suivante, l'adoption d'une loi réglementant le travail des enfants. Ainsi, s'exprime l'idée d'une étiologie sociale des maladies de même que celle d'un rôle politique du médecin et de la médecine. En 1829, le premier numéro des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* proclame: «La médecine n'a pas seulement pour objet d'étudier et de guérir les maladies, elle a des rapports intimes avec l'organisation sociale; quelquefois, elle aide le législateur dans la confection des lois, souvent elle éclaire le magistrat dans leur application» (ibidem).

Tra gli anni Trenta e Quaranta, la medicina sociale rimase sempre legata al potere politico, ma, grazie al premio Nobel per la medicina A. Carrel, la prospettiva iniziò a orientarsi verso l'eugenetica. Così, nel 1941, sotto l'occupazione tedesca, fu creata la Fondazione francese per lo studio dei problemi umani, diretta dallo stesso Carrel. Quindi, in Francia, ancora prima dei sociologi, i medici si sono spinti verso l'inclusione della salute nella sfera sociale²⁶.

Negli anni Sessanta, Canguilhem (1966, 133) sostiene che «C'est au-delà du corps qu'il faut regarder pour apprécier ce qui est normal ou pathologique pour ce corps même». In questi anni, inoltre, lo studio della sociologia medica inizia a diventare obbligatorio nella formazione dei medici. La medicina è un'istituzione centrale in tutte le società e la salute è una dimensione della vita sociale ed economica, sia individuale che collettiva, che è cresciuta notevolmente in importanza in questi decenni: «en France, entre 1950 et 1980, le nombre de médecins a plus que triplé (de 32 000 à 110 000) et la part des dépenses de santé dans le PIB est passée de 3 % à près de 7,5 %» (ibidem). Negli anni Settanta, invece, Foucault pubblica studi contro la medicalizzazione e il forte potere dei medici nelle carceri, negli ospedali, ma anche nelle scuole: «La maladie est perçue fondamentalement dans un espace de projection sans profondeur, et de coïncidence

²⁶ «L'importanza della nozione di normale e il suo frequente uso di metafore naturalistiche e biologiche è ben noto a Durkheim (1897). Tuttavia, egli intende costruire fatti sociali in rottura con i fenomeni naturali e i fatti psichici. Se affronta “la relazione tra il suicidio e gli stati psicopatici” nel primo capitolo del *Suicidio*, è solo per rifiutarli. Così, egli vede il suicidio solo come un atto legato alla famiglia e alla struttura sociale. Inoltre, non vede la medicina come una delle istituzioni che contribuiscono alla coesione sociale. Allo stesso modo, la salute e la medicina sono assenti dal lavoro della maggior parte dei padri fondatori della sociologia» (Herzlich, Pierret, 2010, 124, mia traduzione).

sans déroulement. Il n'y a qu'un plan et qu'un instant. La forme sous laquelle se montre originellement la vérité, c'est la surface où le relief à la fois se manifeste et s'abolit - le portrait: Il faut que celui qui écrit l'histoire des maladies ... observe avec attention les phénomènes clairs et naturels des maladies quelque peu intéressants qu'ils lui paraissent. Il doit en cela imiter les peintres qui lorsqu'ils font un portrait ont soin de marquer jusqu'aux signes et aux plus petites choses naturelles, qui se rencontrent sur le visage du personnage qu'ils peignent. La structure première que se donne la médecine classificatrice, c'est l'espace plat du perpétuel simultané» (Foucault, 1963, 4). L'autore cerca di spiegare il legame tra medico e paziente, mettendo a confronto i medici sei-settecenteschi con quelli del XIX secolo, sostenendo che se i primi osservavano le malattie attraverso i sintomi, i secondi si basavano solo sulla malattia (fenomeno che sembrava proseguire anche durante i suoi anni di studi). «La perturbation première est apportée avec et par le malade lui-même. A la pure essence nosologique, que fixe et épuise sans résidu sa place dans l'ordre des espèces, le malade ajoute, comme autant de perturbations, ses dispositions, son âge, son mode de vie, et toute une série d'événements qui, par rapport au noyau essentiel, font figure d'accidents. Pour connaître la vérité du fait pathologique, le médecin doit abstraire le malade: Il faut que celui qui décrit une maladie ait soin de distinguer les symptômes qui l'accompagnent nécessairement et qui lui sont propres, de ceux qui ne sont qu'accidentels et fortuits, tels que ceux qui dépendent du tempérament et de l'âge du malade. Paradoxalement, le patient n'est pas rapport à ce dont il souffre qu'un fait extérieur; la lecture médicale ne doit le prendre en considération que pour le mettre entre parenthèses. Certes, il faut connaître la structure interne de nos corps; mais pour la soustraire plutôt, et libérer sous le regard du médecin à la nature et la combinaison des symptômes, des crises, et des autres circonstances qui accompagnent les maladies» (ivi, 6). Il paziente non è tale solo perché soffre di una patologia: è una persona con caratteristiche uniche, che non possono essere standardizzate e che il medico deve tenere conto durante il processo di guarigione. «Ce n'est pas le pathologique qui fonctionne, par rapport la vie, comme une contre-nature, mais le malade par rapport la maladie elle-même. Le malade, mais aussi le médecin. Son intervention est violence, si elle n'est pas strictement soumise à l'ordonnance idéale de la nosologie: La connaissance des maladies est la boussole du médecin ; le succès de la guérison dépend d'une exacte connaissance de la maladie; le regard du médecin ne s'adresse pas initialement à ce

corps concret, à cet ensemble visible, à cette plénitude positive qui est en face de lui, le malade; mais à des intervalles de nature, des lacunes et à des distances, où apparaissent comme en négatif les signes qui différencient une maladie d'une autre, la vraie de la fausse, la légitime de la bâtarde, la maligne de la bénigne» (ivi, 6-7). Secondo l'autore ormai ci si basa solo su «una lettura frettolosa dell'essenza» (ivi, 13). Foucault (1963/1969, 60) parla anche del calcolo dei gradi di certezza:

«Se un giorno si scoprirà nel calcolo delle probabilità un metodo che possa convenientemente adattarsi agli oggetti complicati, alle idee astratte, agli elementi variabili della medicina e della fisiologia, vi si produrrà il più elevato grado di certezza cui le scienze possano giungere. Si tratta di un calcolo che, d'acchito, vale all'interno del campo delle idee, essendo insieme principio della loro analisi in elementi costitutivi e metodo d'induzione a partire dalle frequenze; esso si dà, in modo ambiguo, come decomposizione logica ed aritmetica dell'approssimazione. In realtà, la medicina del diciottesimo secolo non ha mai saputo se si rivolgesse ad una serie di fatti le cui leggi d'apparizione e di convergenza dovevano essere determinate dal solo studio delle ripetizioni, oppure ad un insieme di segni, di sintomi, di manifestazioni la cui coerenza doveva essere ricercata in una struttura naturale. Essa ha esitato senza posa tra una patologia dei fenomeni ed una patologia dei casi. Ecco perché il calcolo dei gradi di probabilità è stato tosto confuso con l'analisi degli elementi sintomatici: molto stranamente, proprio il segno in quanto elemento d'una costellazione s'è trovato investito, per una sorta di diritto naturale, di un coefficiente di probabilità. Ora, quel che gli conferiva valore di segno non era un'aritmetica dei casi, ma il suo legame con un insieme di fenomeni. Sotto un'apparenza matematica, si misurava la stabilità d'una figura. Il termine «grado di certezza» mutuato ai matematici designava, da parte di un'aritmetica frusta, il carattere più o meno necessario di un'implicazione».

Questa nuova branca della sociologia fa luce sulle relazioni tra i gruppi di attori, sulle loro caratteristiche sociali, psicologiche, sanitarie, economiche, ambientali e quindi le possibili interrelazioni tra le discipline delle scienze sociali e della scienza medica. In una sociologia allora dominata da approcci organizzativi e istituzionali, i sociologi hanno iniziato a studiare concetti come la malattia, il corpo, la salute, la sofferenza e quindi concetti individuali, collettivi e sociali allo stesso tempo.

Nel 1984, in seguito ad altri eventi avvenuti in precedenza come il riconoscimento ottenuto nel 1972 a l'École des hautes études en sciences sociales, fu creata la rivista *Sciences Sociales et Santé*, con il tentativo di allontanarsi dalla sociologia nella medicina e passare a quella della medicina. Negli anni Ottanta si creano due nuove istituzioni: l'*Institut national de la santé et de la recherche médicale* (INSERM) che voleva distanziarsi dal mondo medico e il *Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société* (CERMES) con, a differenza del precedente, maggiore interdisciplinarietà. Possiamo dire così che in Francia, la sociologia della salute ha avuto maggiori collaborazioni con il mondo sanitario e medico, avendo uno stampo più di sociologia nella medicina.

In Spagna, seguendo Jesús M. de Miguel (1976), troviamo la sociologia della medicina in seguito alle scoperte e teorie sviluppate negli Stati Uniti, soprattutto quelle di Straus. de Miguel (1976, 226, mia traduzione) sostiene che in Spagna «la grande maggioranza delle pubblicazioni sulla salute appartiene a medici, politici, economisti, demografi o professionisti della salute. Non esiste un *corpus* di sociologi all'interno di questa disciplina e di conseguenza l'approccio è raramente sociologico». Per questo afferma che «En general sociología de la medicina se suele confundir con «medicina social», un término no muy claro en la bibliografía actual y que en nuestro país tiene reminiscencias particulares²⁷» (ibidem).

²⁷ «La medicina preventiva y social en la facultad de medicina ha sido definida por Piédrola como: «Ciencia y Arte que utiliza los medios sanitarios y sociales a su alcance para conservar, incrementar y restaurar al máximo la salud física, mental, moral [*sic*] y social del individuo, de la familia y de la nación, base de la economía progreso y bienestar de los pueblos» [...] El punto de vista respecto de la Escuela de Sanidad Nacional la podemos encontrar en Primitivo de la Quintana cuando dice: «Es conveniente mantener unidos los conceptos de medicina social y sociología médica como capaces ambos de incluir toda la problemática deseable», y continúa: «[...] finalmente, diremos que la sociología médica podrá identificarse en muchos momentos con la medicina social, pero la trasciende en aquellos aspectos que se refieren al estudio sociológico de la institución médica, de las relaciones humanas a que da lugar, de la organización y funciones de centros y servicios, así como en algunos problemas tecnológicos y de estructura comunitaria». (*Sociedad, cambio social y problemas de salud*, discurso de recepción en la Real Academia Nacional de Medicina, 13 de diciembre de 1966, pp. 89-90). No hay que olvidar que en España la expresión «medicina social», fue un término de uso común desde los años cuarenta, primero como un sinónimo de medicina nacionalsindicalista y del llamado «Movimiento Sanitario Nacional». En la revista *Ser* se mantenía, por ejemplo, una sección fija con este título de «Medicina Social». José A. Palanca (director general de Sanidad en aquellas fechas) escribe un artículo en 1942 (*Ser*, 6: 11-13) titulado a La revolución social en medicina social, en el que termina con el siguiente *dictum*: «no podemos seguir hablando de revolución sanitaria, si teniendo el poder en la mano, como lo tenemos, no la hacemos. Es con relación a estas tendencias que se hablaba del «médico de la Sanidad social» y de su proselitismo político (J.A. Girón, *Ser*, 6 -1942-: 8). Técnicamente hablando, medicina social se refiere a la medicina preventiva secundaria, esto es, el tratamiento y diagnosis de enfermedades que existen pero que son ignoradas por los propios pacientes (en relación con la medicina preventiva primaria que incluye medidas objetivas para prevenir la enfermedad: vacunación, sanidad pública)» (de Miguel, 1976, 226-227).

In Italia, la sociologia della salute ha effettivamente inizio negli anni Ottanta. A livello storico, tra gli anni Quaranta e Cinquanta si sviluppò il “sistema delle Mutue” e solo nel 1978, con l’emanazione della L. 833/78 che istituiva il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) ispirato ad un modello universalistico, il diritto alla tutela della salute fu istituzionalizzato, fissando il suo inizio l’1 gennaio 1980. Prima del 1978, infatti, il sistema sanitario italiano si basava su protezioni assicurativo-previdenziali, per cui il diritto alla tutela della salute era per lo più connesso alla condizione lavorativa. Le Casse Mutue erano degli enti assicurativi che garantivano ai lavoratori e familiari a loro carico l’accesso alle cure. In questo periodo, quindi, le cure erano garantite solo a chi poteva permetterselo e ai più poveri erano destinate le opere di beneficenza. Successivamente il fascismo ridimensionò il mutualismo operaio, riportando le associazioni sotto il rigido controllo del regime. Gli enti mutualistici, quindi, benché nati per promuovere il diritto alla tutela della salute dei lavoratori, non fece altro che creare altre disuguaglianze e rinforzare quelle già esistenti. Pertanto, i soggetti più vulnerabili, con maggiore bisogno di cure perché più esposti a malattie e rischi sociali, non avevano possibilità di accedere a cure e assistenze adeguate alle loro condizioni.

La Legge 180 del 13 maggio 1978, denominata anche *Legge Basaglia*²⁸, riguardante gli “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”, contribuì a porre le basi per il nuovo sistema sanitario, cambiando l’atteggiamento verso la salute mentale e sostenendo l’importanza dell’azione a livello preventivo piuttosto che curativo. Nello stesso anno, come già detto, il 23 dicembre 1978 venne approvata la L. 833/78²⁹ che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale. Questo nuovo sistema era basato sulla visione solidaristica nell’erogazione delle prestazioni, estendendo la copertura sanitaria a tutti³⁰, per cui, in questi anni, la sociologia italiana inizia ad interessarsi a tali argomenti. Nel 1981, per esempio, vi fu un convegno a Milano, nel 1982 a Bologna, nel 1985 a Rimini e nel 1988 nuovamente a Bologna (Ingrosso, Vicarelli, 2015): le politiche e le questioni e innovazioni sanitarie diventano il centro dei dibattiti sociologici³¹. Fu Ardigò (1981) a

²⁸ *Legge Basaglia*; <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/16/078U0180/sg>.

²⁹ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/sg>.

³⁰ Anche se soli tre mesi dopo furono introdotti i ticket sulle prestazioni sanitarie e sui farmaci.

³¹ Tra questi i dibattiti sulla corporeità e l’identità dei pazienti (Melucci, 1984), sulla gravidanza (Pizzini, 1987), condizioni di vita (tra cui autori come Sgritta, Giori, Minardi, Porcu, Orsi), il tempo della cura (Ingrosso) e così via.

denominare la sociologia della salute e, alla fine degli anni Ottanta, uscì il primo manuale di sociologia sanitaria curato da Donati (1987). Inoltre, proprio negli anni Ottanta, alcuni medici iniziarono a criticare l'ambito sanitario, tra cui Franco Basaglia e Giovanni Berlinguer.

Negli anni Novanta iniziò il processo di aziendalizzazione e della riforma, infatti, nel 1992, durante il governo Amato, si istituì il D.L. 502/92³², ossia la costituzione delle Aziende Sanitarie e della dirigenza professionale e la centralizzazione regionale. Questo provvedimento fu poi leggermente modificato dal D.L. 517/93³³, varato invece dal governo Ciampi, che sottolineava la negazione alla privatizzazione e l'intento di iniziare una competizione amministrata: pur avendo livelli uniformi di assistenza su base nazionale, venivano devoluti alcuni poteri alle Regioni, diventando in parte economicamente e politicamente responsabili dei propri sistemi sanitari. La sociologia della salute italiana prende così spunto da quanto in questi anni accade nel Paese.

La sociologia russa, invece, «fin dagli anni Novanta, cerca di distinguere la salute individuale da quella pubblica come oggetto di una teoria sociologica indipendente. La sociologia della salute, in Russia, è emersa come una branca della sociologia, che studia il complesso dei fattori associati al lavoro, alla vita, al tempo libero, allo stile di vita che promuovono (o distruggono) la salute dell'individuo; la sua sfera di interesse comprende il rapporto e l'interazione di un individuo con l'ambiente sociale. Una delle prime definizioni della sociologia della salute avvenne negli anni Ottanta, da parte di Ivanov e Lupandin³⁴» (Dmitrieva, 2003, 55, mia traduzione). Come detto in precedenza, in Russia non vi è una chiara definizione né di sociologia della medicina né della salute: «Lupandin³⁵, notando la sinonimia di “sociologia della salute” e “sociologia della medicina”, ritiene che questa disciplina sociologica studi “le regolarità della formazione e della conservazione della salute umana [...] il funzionamento di varie condizioni e fattori che influenzano la salute di diversi gruppi socio-demografici e professionali della popolazione; così come le attività per proteggere la salute delle persone”» (ibidem).

³² Online su: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1994/01/07/094A0049/sg>.

³³ Online su: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1993/12/15/093G0599/sg>.

³⁴ V. N. Ivanov, V. M. Lupandin, 1984, pp.72-77.

³⁵ V. M. Lupandin, 1995, pp. 726-727.

3.2. La crisi degli anni Novanta e Duemila della sociologia della salute

Tra gli anni Novanta e Duemila vi fu una profonda trasformazione delle scienze sociali e mediche. Si sviluppò la biomedicina, il mondo iniziò ad essere sempre più digitalizzato, cambiando le relazioni tra medico e paziente, il ruolo e la figura del malato, etc.

A metà degli anni Novanta, Turner (1995, 204) propone di individuare tre livelli di analisi all'interno della sociologia *della* medicina e *nella* medicina:

- il primo livello, *micro*, è centrato sugli individui;
- il secondo livello, *meso*, si focalizza sulle dimensioni comunitarie e professionali;
- il terzo livello, *macro*, fa riferimento ai livelli costituzionali e culturali sia della salute sia della malattia.

Nonostante ciò, la sociologia della salute, in questi anni, sembra perdere appoggi. Negli Stati Uniti, per esempio, nel 2000 fu pubblicato l'*Handbook of Medical Sociology* (Bird, Conrad, Fremont, 2000), nella sua quinta edizione, secondo cui vi sono molti problemi, tra cui:

- l'economia sanitaria sembra aver preso il sopravvento sulla sociologia della salute;
- il settore sulla ricerca dei servizi della salute (*health services research*) è diventato autonomo;
- la bioetica acquisisce sempre più importanza anche all'interno dei corsi di laurea in medicina;
- i determinanti sociali della salute iniziano ad essere considerati come singoli componenti individuali e non di un sistema sociale.

Inoltre, nel 2008, Seale sostiene che negli USA gli articoli sulla sociologia della salute facciano quasi unicamente riferimento a ricerche quantitative di tipo meso e micro e solo inerenti alla sociologia nella medicina (Seale, 2008; Cardano *et al.*, 2020). Vi sono così pochi riferimenti a studi macrosociali.

Nel 1994, in Europa ha inizio l'*European Sociological Association* (ESA) con sede a Parigi e il cui sedicesimo tema riguarda la salute e la malattia³⁶.

³⁶ RN16 – *Sociology of Health and Illness*.

Nel Regno Unito, come già detto in precedenza, già alla fine degli anni Ottanta il SSN non finanzia più come in precedenza la sociologia della salute. Nonostante ciò, negli anni Novanta, nascono diverse riviste sull'argomento: dal 1997 *Health*, dal 1995 *Body & Society*, dal 1999 *Health, Risk & Society* e dal 2003 *Medical Sociology Online* (ossia la rivista della *British Sociological Association*). In Francia, la figura dei medici continua ad avere molta importanza. In Italia, invece, vi è un continuo ridimensionamento dei finanziamenti alla sociologia della salute (Cardano *et al.*, 26), perché vi è un periodo di crisi all'interno del SSN per cui, come visto, nel 1992 con la Legge n. 502, le Unità sanitarie locali (USL) iniziano ad essere gestite dalle regioni, portando alla nascita di altre discipline, come l'economia sanitaria o aziendale e lasciando in disparte la sociologia della salute. A tali discipline si affidarono le gestioni delle strutture sanitarie e, a fianco della sanità pubblica, iniziano in questi anni a nascere strutture sanitarie private, equiparate a quelle pubbliche, rendendole a tutti gli effetti un pilastro del SSN. Esattamente come con il sistema delle mutue, vi fu una nuova separazione tra i soggetti committenti e paganti da un lato (ossia le ASL) e le strutture erogatrici delle prestazioni sanitarie dall'altro (cioè le Aziende Ospedaliere). Nel 1999 vi fu la "Riforma Bindi" e la Legge n. 133 del 13 maggio 1999 (<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/05/17/099G0208/sg>) che determinava la soppressione del Fondo sanitario nazionale, lasciando alle Regioni autonomia nel finanziare direttamente il proprio servizio sanitario. Nel 2001 vi fu un cambiamento nel quadro costituzionale: la Riforma del Titolo V della Costituzione, che ridefinì i rapporti tra Stato e Regioni, attribuendo nuovi poteri e autonomia a quest'ultime. Solo nel 2005, molto dopo quindi gli altri Paesi europei, avvenne l'istituzionalizzazione della sociologia della salute all'interno dell'Associazione italiana di sociologia (AIS)³⁷. La prima, e anche unica, rivista del settore nacque invece nel 2002 dal titolo *Salute e Società*.

Si nota così come nel tempo vi sia stata una progressiva istituzionalizzazione della subdisciplina, portando a svantaggi come la routinizzazione degli studi, delle ricerche. Inoltre, con la crisi del 2008 si è visto nuovamente un abbassamento dei finanziamenti per la formazione e le ricerche ed «è con questi strumenti che la nuova generazione dovrà confrontarsi, lasciandosi guidare dalla volontà e dagli

³⁷ Nata ad Ancona con il nome di *Sociologia della salute e della medicina* e la cui prima coordinatrice fu Giovanna Vicarelli.

sforzi di scoprire le strutture sociali della salute e della malattia, tanto più in un periodo in cui la pandemia da Covid-19 sembra mutare tutti gli scenari fino a oggi dominanti in termini tanto sanitari quanto di sistemi economici, politici e sociali mondiali» (Cardano *et al.*, 27).

4. Gli approcci teorici

Merton e Gaston (1977/1980, 5) sostenevano che una disciplina è formata «dai suoi orientamenti intellettuali, schemi concettuali, paradigmi, problematiche e strumenti d'indagine», così anche subdiscipline come la sociologia della salute sono costituite da innumerevoli prospettive e approcci teorici, che saranno esposti nei paragrafi a seguire.

4.1. Malattia e salute in Durkheim

Spesso, nel pensiero sociologico, viene attribuita a Parsons la prima concezione sociologica di 'salute' e di 'malattia'³⁸. Nonostante ciò, prima di lui, alcuni autori hanno cercato di dimostrare che la salute fosse una questione, oltre che medica, anche sociale. Tra questi vi è Émile Durkheim, che in *Les règles de la méthode sociologique* (1895) affronta la dicotomia tra normale e patologico, addirittura anticipando la cosiddetta *Medical Sociology* e aprendo la strada al *funzionalismo strutturale*. Durkheim studia il concetto di salute in relazione all'integrazione sociale, riconoscendo il forte ruolo delle relazioni sociali sul benessere individuale. Durkheim può essere considerato un anticipatore della sociologia della salute, perché non la considera solo in termini sanitari, ma fa anche riferimento agli aspetti relativi all'ambito sociale e relazionale³⁹.

Già nel 1893, Durkheim, in *De la division du travail social*, tenta di spiegare la distinzione tra situazioni normali e patologiche: «Vi sono in noi due coscienze: l'una contiene soltanto stati personali propri di ciascuno di noi e che ci caratterizzano, mentre gli stati che l'altra comprende sono comuni alla società intera. La prima non rappresenta che la nostra personalità individuale e la costituisce; la seconda rappresenta il tipo collettivo e di conseguenza la società,

³⁸ Per maggiori informazioni, si veda Donati (1983).

³⁹ In un qualche modo anticipa anche la cosiddetta triade di Twaddle (1994), ossia *Illness, Disease e Sickness*, sottolineando le interconnessioni tra salute e integrazione sociale.

senza la quale non esisterebbe. Quando la nostra condotta è determinata da un elemento di quest'ultima, non agiamo in vista del nostro interesse personale, ma miriamo a fini collettivi. Le due coscienze, per quanto distinte, sono reciprocamente vincolate, poiché in fondo sono tutt'uno, dato che entrambe hanno il medesimo e unico substrato organico. Esse sono dunque solidali. Da ciò risulta una solidarietà *sui generis* che, nata da certe somiglianze, collega direttamente l'individuo alla società» (Durkheim, 1893/2016, 163).

Lo stato di salute viene invece definito come segue:

«Non si può dire in modo assoluto che ogni stato piacevole è utile, e che il piacere e l'utilità variano sempre nello stesso senso e nelle medesime proporzioni. Tuttavia, l'organismo che in principio provasse piacere in cose a esso nocive, non potrebbe evidentemente persistere. Si può quindi accettare come una verità molto generale l'affermazione che il piacere non è vincolato agli stati nocivi, cioè che in linea generale la felicità coincide con lo stato di salute. Soltanto gli esseri colpiti da certe perversioni fisiologiche o psicologiche trovano il loro godimento in stati morbosi. Ma la salute consiste in un'attività media; essa implica infatti lo sviluppo armonico di tutte le funzioni, e le funzioni non possono svilupparsi armonicamente che moderandosi reciprocamente, cioè trattenendosi a vicenda al di qua dei limiti, oltre i quali comincia la malattia e cessa il piacere. In quanto all'aumento simultaneo di tutte le facoltà, esso non è possibile per un dato essere che in misura molto ristretta, che è stabilita dallo stato congenito dell'individuo. Si capisce in questo modo che cosa limita la felicità dell'uomo. [...] Non c'è più ragione di chiederci se la felicità aumenti con la civiltà. Essa è l'indice dello stato di salute. Ma la salute di una specie non è più completa per il fatto che questa specie appartenga a un tipo superiore. Un mammifero sano non sta meglio di un protozoo egualmente sano: lo stesso deve quindi valere per la felicità. Non diventa più grande perché l'attività diventa più ricca, ma è la medesima dovunque sia sana. L'essere più semplice e l'essere più complesso gustano la medesima felicità se realizzano in modo eguale la loro natura. Il selvaggio normale può essere felice esattamente come l'uomo civile normale» (ivi, 276-282).

Nel 1897, «In *Suicide*, he demonstrated a scientific methodology for sociology that provided the proof needed to allow the discipline to move beyond speculation and “grand” theorizing» (Cockerham, 2020, 62). Durkheim cerca di dimostrare che vi è una relazione tra l'ambiente socioculturale, la malattia e la salute. Ne *Il Suicidio*

(1897), insieme alla determinazione delle cause sociali del suicidio, classificandone i suoi tipi sociali e spiegando la natura del suicidio stesso come fatto sociale, parla anche di salute mentale, degli stati psicologici normali e psicopatici. Il suo intento era quello di applicare metodi scientifici per un'indagine di un problema sociale. L'obiettivo di Durkheim era dimostrare che la sociologia è una scienza capace di spiegare fenomeni come le differenze nei tassi di suicidio, che alcuni scienziati dell'epoca pensavano fossero di origine puramente psicologica o dovuti a malattie mentali e quindi non a fattori sociali. Seguendo Lukes (1973, 194) «In the first place, it was on the face of it, the most private of acts — “an individual action affecting the individual only,” which “must seemingly depend exclusively on individual factors, thus belonging to psychology alone.” Explaining it, or more precisely explaining differential suicide rates sociologically, would be a singular triumph. In the second place, it had the most direct bearing on the initial question of Durkheim’s sociological work — “what are the bonds which unite men with one another?” — for it offered the clearest case of the dissolution of those bonds».

Durkheim in effetti non usa il termine ‘malattia’, ma si riferisce alla nevrastenia, cioè una condizione di eccessiva fatica spesso accompagnata da mal di testa, irritabilità e depressione. Tuttavia, benché alcuni casi di suicidio potessero essere associati alla nevrastenia, Durkheim sostiene che non vi sia alcuna relazione immediata tra la nevrastenia e il tasso di suicidio sociale. Ciò su cui Durkheim (Cockerham, 2020, 65-68) ha richiamato l’attenzione è che le persone tendono ad agire in modi particolari e spesso prevedibili, perché sanno che è ciò che la società si aspetta da loro e, così facendo, la società stessa diventa una realtà nel loro pensiero, definendo il suicidio un fatto sociale. Il suicidio, nonostante sia una decisione personale, non è un atto che l’individuo decide liberamente⁴⁰. Durkheim, infatti, in base agli studi svolti, ha notato che i tassi di suicidio per i vari paesi erano

⁴⁰ «Ma il fatto così definito interessa il sociologo? Dato che il suicidio è un atto dell’individuo che incide solo sull’individuo, sembra dover dipendere esclusivamente da fattori individuali e perciò di competenza della psicologia. Infatti, non è forse col temperamento del suicida, col suo carattere, con i suoi antecedenti, con gli avvenimenti della sua storia privata che di solito si spiega la sua risoluzione? Non dobbiamo per adesso ricercare in quale misura, in quali condizioni è legittimo studiare i suicidi da questo punto di vista; ma ciò che è certo è che essi possono essere considerati sotto tutt’altro aspetto. Infatti, se invece di scorgervi unicamente degli avvenimenti privati, isolati gli uni dagli altri e che richiedono di essere esaminati ad uno ad uno, si considera l’insieme dei suicidi commessi in una determinata società, durante una determinata unità di tempo, si constata che il totale così ottenuto non è una semplice somma di unità indipendenti, un tutto da collezione, ma costituisce di per sé un fatto nuovo e particolare, con una sua unità e individualità, una propria natura quindi, e, per di più, che tale natura è eminentemente sociale» (Durkheim, 1897/2016, 230).

anno dopo anno o costanti o simili⁴¹. Pertanto, i motivi individuali non potevano essere i soli a incidere nelle scelte. Steven Lukes (1973, 217) afferma che «under adverse social conditions, when ... [the] social context fails to provide ... [individuals] with the requisite sources of attachment and/ or regulation, at the appropriate level of intensity, then their psychological or moral health is impaired, and a certain number of vulnerable, suicideprone individuals respond by committing suicide». Il suicidio è quindi un insieme di fenomeni diversi, ognuno con le sue cause sociali.

L'autore definisce i tre tipi più diffusi di suicidio:

- il suicidio *egoistico* è tipico degli individui che si concentrano su se stessi e pertanto sono poco integrati nella società, trovandosi sopraffatti dallo stress, proprio perché abbandonati a sé. Le variabili prese in considerazione sono soprattutto il sesso, l'età, la famiglia e la religione. Questo tipo di suicidio è tipico degli uomini di età avanzata e di religione protestante;
- il suicidio *altruistico*, che riguarda individui che si sentono fortemente integrati nella società di appartenenza, al punto da sacrificare la loro vita per obbedire agli imperativi della società stessa e che la cultura e il gruppo sociale comportano. Il suicidio altruistico sembra quindi un dovere sociale, religioso, morale;
- il suicidio *anomico*, tipico della società moderna, perché fa sì che le norme e i loro valori non siano più rilevanti per gli individui, a tal punto che i controlli della società non li trattengono più dal togliersi la vita.

Durkheim non solo aiuta a capire gli aspetti sociali del suicidio, ma anche a riconoscere che gli eventi sociali possono influenzare la salute in diversi modi, sia fisici che mentali, e che gli effetti dello stress possono essere mitigati attraverso il sostegno sociale o i sentimenti di solidarietà (Cockerham, 2020, 68). L'integrazione sociale in relazione al suicidio, allo stress, al malessere ha così anticipato anche l'importanza del supporto sociale: «There is growing evidence, as seen in studies of poverty, social class, neighbourhood effects and social capital, that social structures and conditions may ultimately be responsible for causing many health

⁴¹ I dati di Durkheim, per esempio, rivelavano che le persone non sposate e quelle senza figli avevano più probabilità di suicidarsi delle persone sposate e con figli, che presumibilmente avevano legami sociali più forti. Inoltre, riscontra anche che i protestanti erano più propensi al suicidio rispetto ai cattolici, forse per via del loro approccio più individualista alla religione.

problems in ways that are consistent with Durkheim's perspective» (ibidem). Ma «Come avviene che, pur diventando più autonomo, l'individuo dipenda più strettamente dalla società? Come può allo stesso tempo individualizzarsi sempre più ed essere sempre più vincolato da legami di solidarietà? È infatti incontestabile che questi due movimenti, per quanto contraddittori, seguono due direzioni parallele. Tale è il problema che ci siamo posti. Ci è sembrato che questa apparente antinomia venisse risolta considerando la trasformazione della solidarietà sociale, dipendente dallo sviluppo sempre più considerevole della divisione del lavoro (Durkheim, 1893/1996, 8). Dunque, il comportamento di ognuno non è mai comprensibile se non come espressione del suo inserimento in un insieme sociale. La divisione del lavoro, producendo più ricchezza, non solo aumenta la differenziazione delle occupazioni, ma anche l'individualizzazione, per cui la cosiddetta coscienza collettiva non combacia con quella individuale e l'integrazione sociale sarà più problematica: «In ognuna delle nostre coscienze vi sono [...] due coscienze: l'una comune a noi e a tutto il gruppo al quale apparteniamo, non si identifica quindi con noi stessi, ma è la società in quanto vive ed agisce in noi; l'altra non rappresenta invece che noi in ciò che abbiamo di personale e di distinto in ciò che fa di noi un individuo» (ivi, 144). Inoltre, se la felicità è una «somma di piaceri» (ivi, 245), la salute può esserne una parte:

«la salute consiste in un'attività media; essa implica infatti lo sviluppo armonico di tutte le funzioni, e le funzioni non possono svilupparsi armonicamente che moderandosi reciprocamente, cioè trattenendosi a vicenda al di qua dei limiti, oltre i quali comincia la malattia» (ivi, 241). Inoltre, «se le cose stanno così, non c'è più ragione di chiederci se la felicità aumenti con la civiltà. Essa è l'indice dello stato di salute. [...] Non diventa più grande perché l'attività diventa più ricca, ma è la medesima dovunque sia sana. L'essere più semplice e l'essere più complesso guastano la medesima felicità se realizzano in modo eguale la loro natura. Il selvaggio normale può essere felice esattamente come l'uomo civile normale» (ivi, 246).

Per Durkheim, il progresso non genera felicità e porta l'individuo a desiderarla incessantemente (ivi, 237)⁴². Per spiegare questo stato di infelicità, Durkheim parla di *anomia*, ossia di disordine, scompiglio, squilibrio, sofferenza anche mentale, che è il risultato della divisione coercitiva del lavoro in quanto forma anomica che evidenzia la disuguaglianza. L'anomia è un'anomala divisione del lavoro, che, generando scompiglio, crea sofferenza e alienazione, non permettendo la formazione di una solidarietà organica, per cui spesso ci si condanna a una situazione di insoddisfazione permanente.

«Un qualsiasi essere vivente non può essere felice né vivere se i suoi bisogni non sono in sufficiente rapporto con i suoi mezzi. Altrimenti, se esigono più di quanto possa loro essere accordato o, semplicemente, esigono altre cose, saranno frustrati di continuo e non potranno funzionare senza dolore. Ora, un movimento che non possa prodursi senza dolore tende a non riprodursi.

Le tendenze che non vengono soddisfatte, si atrofizzano. Ed essendo la tendenza a vivere il risultato di tutte le altre, non può non indebolirsi se le altre si affievoliscono. Nell'animale, per lo meno allo stato normale, quest'equilibrio si stabilisce con una spontaneità automatica perché dipende da condizioni puramente materiali. (...)

Ma non è così per l'uomo, perché la maggior parte dei suoi bisogni non sono dipendenti dal corpo, o non lo sono nello stesso grado» (Durkheim, 1897/2016, 323).

Per Durkheim, i bisogni degli individui sono illimitati e la loro non realizzazione può portare a uno stato di insoddisfazione permanente. I bisogni non sono solo materiali, perché dipendono sia dal corpo che dalla mente e dallo spirito: «Non è vero, dunque, che l'attività umana possa affrancarsi da tutti i freni. Non v'è nulla al mondo che possa godere di un tale privilegio, perché ogni essere, essendo parte dell'universo, è relativo al resto dell'universo; la sua natura e la maniera di manifestarla non dipendono quindi soltanto da lui ma dagli altri esseri che, di conseguenza, lo contengono e lo regolano. A tal riguardo, vi sono soltanto differenze di grado e di forma tra il minerale e il soggetto pensante. È caratteristica

⁴² «Il bisogno di una maggiore felicità, per poter rendere conto dello sviluppo della divisione del lavoro, dovrebbe essere anche la causa dei mutamenti che si sono progressivamente compiuti nella natura umana: bisognerebbe che gli uomini si fossero trasformati per diventare più felici. [...] Ma, in realtà, è vero che la felicità dell'individuo aumenta a misura che l'uomo progredisce? Non c'è nulla di più certo. Certamente, ci sono molti piaceri ai quali siamo aperti e che le nature più semplici non conoscono. In compenso, siamo però esposti a molte sofferenze che sono loro risparmiate, e non è per nulla certo che la bilancia penda dalla nostra parte» (Durkheim, 1893/1996, 243-244).

dell'uomo essere soggetto a un freno non fisico, ma morale, cioè sociale. Egli non riceve la sua legge da un ambiente materiale che gli s'impone brutalmente, ma da una coscienza superiore alla sua e di cui sente la superiorità. Proprio perché la maggiore e migliore parte della sua vita trascende il corpo ma subisce quello della società» (ivi, 325-326).

«Durkheim afferma con chiarezza che intende per anomia una caratteristica oggettiva del sistema culturale, cioè i valori, le norme, le regole nella cui struttura l'individuo si trova inserito, e non le reazioni di questi. Egli stabilisce tuttavia un rapporto di causazione cumulativa tra stato oggettivo di anomia e stato dei soggetti che lo esperiscono, notando che lo stato di mancanza di regole o anomia è rafforzato dall'indisciplina delle passioni conseguenti a un precedente crollo delle regole che dovevano tenerle sotto controllo» (Gallino, 1993, 30). Dopo Durkheim, l'anomia, da caratteristica oggettiva, diviene soggettiva⁴³.

L'autore sottolinea poi la dualità della natura umana⁴⁴: il dualismo tra anima e corpo, ovvero tra due sostanze diverse, indipendenti e spesso in conflitto. Durkheim fa riferimento alla psicologia del suo tempo, condividendola e affermando che le sensazioni e le percezioni corporee tendono all'egoismo e all'individualità: «Questi due aspetti della nostra vita psichica si contrappongono dunque fra loro come il personale all'impersonale. C'è, in noi, un essere che si rappresenta tutto in relazione a se stesso, dal suo proprio punto di vista e che, in ciò che fa, non ha altro oggetto al di fuori di sé. Ma ce n'è anche un altro che conosce le cose *sub specie aeternitatis*, come se fosse partecipe di un pensiero diverso dal nostro, e che allo stesso tempo tende con le sue azioni a tradurre in realtà dei fini che lo oltrepassano. La vecchia espressione *Homo duplex* è dunque confermata dai fatti. Siamo tutt'altro che semplici e la nostra vita interiore ha come un doppio centro di gravità. Da una parte c'è la nostra individualità e, più precisamente, il corpo che ne è il fondamento; dall'altra tutto ciò che, in noi, esprime qualcosa d'altro da noi» (Durkheim, 1914/2009, 47-49). L'*homo duplex* evidenzia che l'individuo si muove tra due poli opposti, tra una natura individuale o profana e una natura sociale o sacra. L'individuo lasciato a se stesso tende all'annullamento, alla disgregazione: come

⁴³ Merton esalta una visione *soggettiva*, cioè «una frattura nella struttura culturale, che si manifesta particolarmente in presenza di un'acuta disgiunzione fra le norme e i fini, da un lato, e le capacità socialmente strutturate dei membri del gruppo di agire in accordo con questi, dall'altro» (Merton, 1949/2000, 162).

⁴⁴ Per maggiori informazioni si veda Giarelli (2018, 195-212).

singolo individuo, l'uomo cerca di raggiungere un proprio fine, mentre come membro della società a raggiungere fini collettivi. L'autore sottolinea così l'importanza della società per migliorare anche le condizioni individuali: «Ne segue che non siamo mai in perfetto accordo con noi stessi, perché non possiamo assecondare una delle due nostre nature senza che l'altra ne patisca. Le nostre gioie non sono mai pure; vi si mescola sempre qualche dolore, dato che ci è impossibile soddisfare simultaneamente i due esseri che sono dentro di noi. Questo dissidio, questa divisione incessante contro noi stessi è ciò che fa insieme la nostra grandezza e la nostra miseria: la nostra miseria, perché siamo condannati a vivere nella sofferenza; ma anche la nostra grandezza, perché questo è ciò che ci rende unici fra tutti gli esseri. L'animale si dirige verso il piacere con un movimento unilaterale ed esclusivo, solo l'uomo è di norma costretto a far posto alla sofferenza nella sua vita» (ivi, 55).

Concludendo, si può affermare che Durkheim non intendeva costituire una branca separata della sociologia dedicata alla salute o alla malattia, e nonostante ciò ha trattato concetti, quali la salute, la sofferenza, l'anomia, la devianza, etc. Inoltre, per la prima volta, la sociologia diventa una scienza capace di spiegare fenomeni, fatti sociali, in relazione alla società: tutto ciò che accade alle persone non può non essere studiato senza fare riferimento al loro contesto sociale.

4.2. Parsons e la malattia come devianza

Alla fine del Settecento si passa da una medicina tradizionale, basata sul rapporto personale con il paziente, ad una medicina più "ospedaliera", basata invece su ciò che non funziona a livello organico, per cui la malattia diventerà un «processo fisico-chimico da essere spiegato secondo le cieche inesorabili leggi della scienza naturale» (Jewson, 1976, 238). Il dominio della biomedicina porta con sé i principi su cui la stessa si basa, ovvero:

- l'individualismo: per cui la malattia è un problema unicamente individuale (non si prendono così in considerazione le relazioni con l'ambiente esterno);
- il riduzionismo: perché basato su un modello di causa-effetto;
- la neutralità scientifica: perché fa riferimento a una oggettività priva di valori morali (Annandale, 2014, 4-5).

«Dobbiamo arrivare all'ormai famoso, tra gli specialisti, cap. X de *The Social System* [...] per avere una trattazione del rapporto medico-paziente, tutta interna alla teoria sociologica (strutturalfunzionalista)» (Ardigò, 1997, 76). La sociologia della salute moderna sembra infatti avere inizio con Parsons: «Functionalism may not that be the optimal paradigm for explaining illness, but Parsons formulated a concept of the illness experience in relation to society that had a profound effect on the subsequent development of medical sociology: Parsons made medical sociology academically respectable» (Cockerham, 1983, 1517). «This model contends that health and illness reflect the level of *social* normality rather than physical normality characterizing an individual. This approach de-emphasizes the biologically based medical model in favor of a model based on social role performance. This view reasons that an individual with clinically identifiable symptoms, but who is adequately performing his or her social functions, should be considered “well”. Conversely, if an individual has no clinically identifiable symptoms but is unable to function, it may be appropriate to classify this individual as “sick”» (Thomas, 2002, 18, corsivo dell'autore).

Per definire i concetti di salute e malattia secondo Parsons è prima necessario far riferimento al suo famoso modello *Agil*⁴⁵. Parsons parla di quattro imperativi funzionali per garantire il mantenimento dell'organizzazione di un sistema sociale.

Il modello *Agil* si divide in:

- *adaptation*: ossia l'adattamento all'ambiente da cui il sistema sociale trae le risorse per la sopravvivenza e il cui sottosistema è di tipo economico;
- *goal attainment*: ossia il conseguimento degli scopi, il cui sottosistema è di tipo politico perché punta alla gerarchizzazione dei fini verso cui il sistema dovrebbe tendere;
- *integration*: l'imperativo dell'integrazione riguarda le norme che guidano i sottosistemi e i gruppi sociali per garantire l'equilibrio del sistema sociale stesso;

⁴⁵ La cui prima esposizione è in *The Structure of Social Action* (1937), in cui si afferma che l'azione è l'unità elementare di cui si occupa la sociologia e richiede elementi come l'attore, ossia colui che compie l'atto; un fine verso cui è orientato l'atto; una situazione di partenza, in cui vi sono le condizioni ambientali e sulle quali l'attore non ha possibilità di controllo e infine i mezzi che invece l'attore controlla e utilizza; un orientamento normativo dell'azione, che porta l'attore a preferire alcuni mezzi piuttosto che altri e alcune vie ad altre ancora, basandosi però sempre sul sistema morale vigente nella sua società.

- *latency*: il cui sottosistema riguarda la sfera culturale ed è infatti la sfera dei valori che fornisce legittimità alle norme.

Si nota che il pensiero di Parsons ha inizio dall'assunto secondo cui ogni fenomeno sociale è il prodotto di un sistema di relazioni e di azioni sociali, intendendo per sistema sociale il contesto in cui gli uomini agiscono:

«the Parsonian version of functionalist theory maintains that social systems are composed of closely interconnected parts and that changes occurring in one part of the system inevitably affect to some degree all other parts of that system. This is because society exists in a state of equilibrium or balance in which its components operate in unison through a consensus of shared norms and values that are “functional” in that they produce stable and harmonious patterns of social life. These patterns counterbalance “dysfunctional” processes, such as sickness and crime that disrupt social order.

The tendency of a society to establish and maintain a state of equilibrium is similar to the biological concept of homeostasis, in which the human body attempts to regulate its physiological functioning within a relatively constant range. In fact, [...] physiological equilibrium is logically identical with social equilibrium. Consequently, a social system is viewed in a functionalist perspective as maintaining its ability to function by regulating its various parts within a relatively constant range of well-being. Dysfunctional processes are contained and isolated by institutions within the system, such as hospitals for the sick and prisons for criminals. A social system may have problems but still “function” because of its overall capacity to operate efficiently» (Cockerham, 2020, 49).

Parsons sostiene che la malattia sia una forma di *devianza sociale* involontaria, perché «rende incapaci di assolvere efficacemente i ruoli sociali» (Parsons, 1951/1965, 438). Il malato è un deviante, pertanto esiste un «interesse funzionale della società al suo controllo» (ivi, 439). La malattia infatti non consente ad alcun individuo di conformarsi alle aspettative sociali di ruolo che lo interessano, siano esse familiari, piuttosto che lavorative, etc. Essere malati non significa solo vivere una condizione fisica, l'essere malato costituisce un ruolo sociale perché porta ad un comportamento basato su aspettative istituzionali ed è rafforzato dalle norme della società corrispondenti a queste aspettative.

Parsons (1951)⁴⁶ parla inoltre del *sick-role*, ossia del ruolo del malato. Il sistema sociale concede al malato, poiché inabile ad affrontare il quotidiano, la possibilità di guarire, consentendogli poi di essere libero dalle pressioni, in modo tale da poter, con il tempo, essere nuovamente in grado di riavere il suo funzionamento sociale: «è evidente che, al fondo di questa concezione, si trovano due premesse fondamentali: da una parte, un'idea conservatrice di «sistema sociale» basato su un ordine consensuale, acflittuale e armonico; dall'altra, una concezione dell'individuo ipersocializzato quale agente passivo del sistema sociale, i cui ruoli si limita a ricoprire rispondendo alle relative obbligazioni sociali» (Cardano *et al.*, 2020, 29). Seguendo Donati (1987, 30), «la sociologia funzionalista della medicina opera sempre sull'assunto che, in linea di principio, l'integrazione sociale debba e possa essere ricondotta sempre all'integrazione sistemica e non viceversa, né sono previsti feedbacks di nessun genere».

Il malato è 'deviante', ma non un ribelle, un individuo che si allontana volontariamente dalle norme della società, anzi, è un «deviante involontario» (Ardigò, 1997, 60) o, ancora meglio, un «rinunciario» (Donati, 1987, 27).

«Parsons was led to consider the nature of 'psychic disease' which, in turn, caused him to be introduced to the work of the Austrian psychoanalyst Sigmund Freud. Freud, along with sociologists Emile Durkheim of France and Max Weber of Germany, was to become a central influence upon the Parsonian approach. Freud's ideas of transference and countertransference helped Parsons draw analogies between the roles of parent-child and physician-patient, while Freud's structure of the personality and theory of the unconscious assisted Parsons in developing his perspective on the role of individual motivation in social systems. Although Parsons' dependence upon psychoanalytic theory in his concept of the sick role is sometimes forgotten, Freud's views on motivation are integral features of Parsons' approach. The sick person is presumably motivated to recover (as a result of socialization and the formation of the superego) and yet may perhaps also be motivated, either consciously or unconsciously, to desire the 'secondary gain' of privileges and exemptions from normal social roles that accompany sick role legitimation. Parsons,

⁴⁶ In *The Social System* (1951), Parsons parla del concetto di *sick-role*; «This book, written to explain a complex functionalist model of society in which social systems are linked to corresponding systems of personality and culture, contained Parsons' concept of the sick role. Unlike other major social theorists preceding him, Parsons included an analysis of the function of medicine in his view of society» (Cockerham, 1983, 1516).

however, not only turns to Freud to explain how the normative culture is internalized in the personality through socialization, but also uses the work of Durkheim (on moral authority) and Weber (on religious values) to set the background for his approach to socialization» (Cockerham, 1983, 1516).

Parsons così approfondisce il ruolo del malato nella relazione con la struttura sociale: per la prima volta si dimostra il ruolo della medicina nei sistemi sociali a livello macro, ma sempre all'interno dei parametri della teoria classica. Il ruolo del malato è «contingente (perché indipendente da quello che è lo status del soggetto sotto altri aspetti); temporaneo (perché altrimenti non ci sarebbe alcuna necessità di un intervento medico); e “realizzato negativamente” (perché la malattia si definisce in negativo rispetto alla salute: il malato è qualcuno che non è sano e non può fare certe cose)» (Maturò, 2010, 45).

Il malato, e quindi paziente, è determinato da debolezza e bisogno di aiuto, incompetenza tecnica, emotività (Parsons, 1951/1965, 448-456). Inoltre, Parsons definisce il ruolo del paziente in base a quattro aspettative istituzionalizzate:

- esenzione dalle responsabilità normali del ruolo sociale, per cui il medico è colui che legittima tale esenzione, perché «svolge la funzione sociale di proteggere contro la simulazione» (ivi, 445);
- impossibilità di guarire solamente grazie alla volontà;
- sottolinea poi lo stato di malato come una condizione che non è desiderata e desiderabile. Il malato non può guarire senza aiuti, ma per guarire deve volerlo: «obbligazione di voler star bene» (ivi, 446);
- per poter guarire, la figura del paziente dipende anche da quella del medico, o meglio il suo ruolo «si intreccia con quello del medico in una struttura complementare di ruolo» (ibidem).

Si parla quasi di una subordinazione al medico: il medico detiene una sorta di controllo sociale, è colui che definisce ciò che è normale e ciò che è deviante. Esattamente come definisce il ruolo del paziente, Parsons (ivi, 443) parla anche del ruolo del medico:

- il medico ha un ruolo «funzionalmente specifico», perché si concentra solo sui problemi di salute del malato;
- «universalistico», perché le sue regole sono uguali e valide per tutti;

- «neutrale a livello affettivo», evitando così ogni forma di empatia con il paziente⁴⁷;
- rivolto alla realizzazione delle sue prestazioni mediche;
- propenso al benessere del paziente, per cui lavora per la collettività e non per sé.

Parsons evidenzia inoltre l'aspetto unilaterale della cura, la terapia è l'applicazione delle nozioni su un determinato paziente. Pertanto, la malattia altro non è che «un problema di scienza applicata» (Parsons, 1951/1965, 441). Poiché il paziente è visto come debole, bisognoso di cure e incompetente deve assolutamente abbandonarsi alle decisioni del medico, in uno stato di completa obbedienza.

Per concludere, secondo questo paradigma, la malattia è disfunzionale alla società e il medico svolge una funzione di controllo sociale, con la diagnosi e la prescrizione, riconosciuta dal sistema sociale stesso. Il paradigma strutturalfunzionalista è influenzato dall'approccio biomedico, perché la presenza di salute e di malattia dipendono dalla professione medica, intesa come unica in grado e competente di intervenire sulla malattia. La malattia non rende solo disfunzionale l'individuo, ma ha anche implicazioni negative per tutto il sistema sociale. Questa visione della sociologia della medicina fu profondamente criticata negli anni Settanta sia dalla corrente marxista, da Freidson (1970)⁴⁸ in particolare, perché vede la medicina come un'istituzione che agisce facendo riferimento agli interessi economici della società capitalista (Tognetti Bordogna, 1989). Pertanto, tale teoria fu dominante negli anni Cinquanta e successivamente molto criticata, perché:

- troppo presente la teoria biomedica, con una concezione del mondo medico-centrica;
- visione della vita medicalizzata e poco umanizzata;

⁴⁷ In opposizione a ciò, Ardigò (1997, 168) sottolinea «la necessità per i medici curanti di riconoscere l'importanza di un'empatia tra curante e curato, non come un comportamento aggiuntivo, sibbene come approccio inerente intrinsecamente al ruolo medico, sempre meno diagnostico-prescrittore e sempre più persona di consiglio e sapere sociale».

⁴⁸ Freidson (1970, 354) sostiene che la società si preoccupi del benessere a tal punto da sacrificare la libertà civile e l'integrità morale per premere per un ambiente sempre più scientifico. La salute diventa il valore supremo di una società e il controllo della diagnosi e della terapia è ristretto a un determinato gruppo professionale, ossia i medici che si ritrovano nella posizione di esercitare un grande controllo e un'influenza su ciò che un individuo dovrebbe o non dovrebbe fare.

- il concetto di *sick-role* è stato definito inapplicabile alle malattie croniche e adatto solo a quelle di tipo acuto;
- non si prendono in considerazione le disuguaglianze, in quanto non tutti hanno la possibilità di approcciarsi a cure mediche;
- non si prende in considerazione l'influenza culturale;
- le malattie, soprattutto quelle mentali, sono intese quasi come uno stigma;
- Donati (1987, 28-30) evidenzia una differenza tra il Parsons iniziale de *The Social System* (1951) e quello degli scritti successivi. In *The Social System*, la teoria sui concetti di salute e medicina sembra avere un orientamento di tipo individuale; successivamente, soprattutto negli anni Settanta, esalta un orientamento sistemico, nel senso che «la terapia viene affidata non più al solo “complesso professionale” che si connette al ruolo del medico e al ruolo del malato, ma anche a un paradigma generale del controllo sociale; sicché ruoli professionali, ruoli patologici e apparati generali di controllo sociale divengono le tre principali componenti strutturali del “complesso sanitario”» (Donati, 1987, 29);
- il paziente deve sottostare alle decisioni del medico per potere guarire, senza alcun tipo di relazione affettiva o empatica e senza considerare il complesso sanitario non solo con la figura del medico, ma anche con la presenza della società, l'apparato politico, la famiglia, la condizione socio-economica, educativa, culturale, etc.

4.2.1. Merton e il metodo funzionalista in ambito medico

Il libro curato da Merton del 1957 *The Student Physician* è una nuova partenza nella letteratura dell'educazione medica. In tutto il libro vi è un'ampia prova della preoccupazione degli autori di chiarire la natura dell'impresa sociologica per i lettori medici, poiché l'attenzione si è concentrata in gran parte sullo studente, i suoi atteggiamenti e le sue relazioni con la facoltà, con i pazienti e i compagni e non sulla medicina in sé. Gli autori sottolineano l'importanza di norme istituzionali definite chiaramente, cercando di portare la ricerca empirica sullo studio dei fattori che facilitano l'interiorizzazione delle norme professionali da parte dello studente di medicina. Lo studio degli atteggiamenti e delle opinioni degli studenti può essere interpretato solo in seguito a quello del contesto educativo nel suo insieme: «the

medical school is conceived as a social environment in which the professional culture of medicine is variously transmitted to novices through distinctive social and psychological processes. The school is regarded as a decisive middle term between the native and previously trained capacities of selected individuals and the emergence of the professional self, the identification of these individuals, by themselves and by society, as medical doctors» (Merton *et al.*, 1957, vii-viii). Le scuole di medicina e le cliniche universitarie sono istituzioni molto complesse: «a center of continuing and cumulative advances in the scientific knowledge upon which so much of medicine is based, a center of advances in the ways of practicing medicine, and, of course, a center concerned with the preparation of those who will take up their roles as physicians. [...] the medical school cannot help being affected by what is taking place elsewhere within the system. The medical school is, in effect, continuously subject to the changing demands and expectations of those in the society. [...] It is not the function of medical schools to accommodate themselves to any and all demands made of them» (ivi, 5). Per gli autori, il personale medico ha una funzione sociale e il suo obiettivo è trovare i mezzi per far fronte a una minaccia interna, come può essere la malattia, al funzionamento della società. Riprendendo Parsons (1951/1965, 443), il medico ha un ruolo «funzionalmente specifico».

Renée Fox, discepola di Parsons, sottolinea una caratteristica tipica degli studenti di medicina (1957, 207-241): l'incertezza. «In Western society, where disease is presumed to yield to application of scientific method, the doctor is regarded as an expert, a man professionally trained in matters pertaining to sickness and health and able by his medical competence to cure our ills and keep us well. [...] His knowledge and skills are not always adequate, and there are many times when his most vigorous efforts to understand illness and to rectify its consequences may be of no avail» (ivi, 208). La formazione del medico deve essere finalizzata a fornire le capacità necessarie per gestire tre tipi di incertezza: il primo deriva da una «incomplete or imperfect mastery of available knowledge. No one can have at his command all skills and knowledge of the lore of medicine» (ivi, 208); il secondo tipo di incertezza «depends upon limitations in current medical knowledge» (ibidem) e il terzo tipo, invece, «derives from the first two. This consists of difficulty in distinguishing between personal ignorance or ineptitude and the limitations of present medical knowledge» (ibidem). Pertanto, sarebbe interessante

studiare i comportamenti sociali e cercare di capire il rapporto tra l'incertezza del sapere medico e quella tipica della condizione umana, che comprende fenomeni quali la salute, il benessere, la morte, la malattia, la sofferenza, etc.; compito del sociologo è comprendere come gli studenti di medicina riescano ad adattarsi all'incertezza.

Il concetto di incertezza può essere messo in relazione a quello di 'conseguenze inattese' e di 'funzioni latenti': «*La scoperta di funzioni latenti costituisce un incremento significativo della conoscenza sociologica. [...] Sono [infatti] le funzioni latenti di un'attività o di una credenza che non costituiscono conoscenza comune. [...] Ne consegue che le scoperte concernenti funzioni latenti sono per la conoscenza un incremento maggiore che non le scoperte concernenti funzioni manifeste. Esse comportano anche un maggior distacco dalla conoscenza del 'buon senso'. [...] In quanto le funzioni latenti si distaccano, più o meno, dalle funzioni manifeste dichiarate, la ricerca che scopre funzioni latenti produce molto spesso risultati 'paradossali'. [...] L'introduzione del concetto di funzione latente nella ricerca sociale conduce a conclusioni che mostrano come 'la vita sociale non è così semplice come sembra a prima vista'. [...] La percezione di conseguenze ulteriori (latenti) rende il quadro più complesso; sia i problemi di valutazione morale, che i problemi di *social engineering* si caricano così di complicazioni ulteriori, quali le decisioni sociali responsabili generalmente comportano» (Merton, 1949/2000, 200-201). Merton riprende il concetto di 'conseguenze inattese' viene ripreso in un articolo, pubblicato sul *New York Times*, dove sostiene che: «L'idea secondo cui, nel corso dell'interazione sociale, gli uomini creano condizioni nuove che non facevano parte dei loro intenti è una premessa di base della sociologia. [...] Incentivi finanziari possono portare al declino anziché all'incremento della produzione; l'inasprimento delle misure repressive possono portare all'aumento anziché alla diminuzione della criminalità. La crescente consapevolezza di questi meccanismi è diventata una delle cause del largo uso che si fa della ricerca sociale in campi quali la medicina, la sanità pubblica, il servizio sociale, il diritto, l'istruzione» (Merton, 1961/1976, 184).*

Per Merton, il malato è colui che ha l'obbligo normativo di vivere. «Nei sistemi sociali complessi gli individui non hanno adeguata conoscenza del contesto nel quale pensano, decidono e agiscono; determinati comportamenti producono conseguenze inattese perché le persone non hanno il controllo sui possibili effetti

delle loro azioni. Oltre che sulla complessità dei sistemi sociali e sui limiti conoscitivi dei soggetti che agiscono, Merton si sofferma su altre due cause di conseguenze inattese: l'impazienza di ottenere subito i propri obiettivi (*the imperious immediacy of interests*) che impedisce di guardare agli effetti di lungo periodo delle proprie azioni; e – riprendendo un tema classico della sociologia – la propensione ad agire razionalmente rispetto a un valore, piuttosto che a un obiettivo» (Martire, 2009, 96). Merton studia inoltre il rapporto tra ricerca empirica e politiche pubbliche (1975/1976, 177-178), sostenendo l'importanza dell'«interazione tra aspetti soggettivi e oggettivi della realtà sociale» per sanare situazioni di disagio. Merton si è interessato all'ambiguità strutturale dei ruoli sociali, in primo luogo in relazione agli studenti di medicina e alla loro socializzazione: «for each norm there tends to be at least one coordinate norm, which is, if not inconsistent with the other, at least sufficiently different as to make it difficult for the student and the physician to live up to them both. [...] From this perspective, medical education can be conceived as facing the task of enabling students to learn *how to blend* incompatible or potentially incompatible norms into a functionally consistent whole» (1957, 72, corsivo dell'autore). Esempi di queste norme e contro-norme sono:

«1. Physician should continue his self-education throughout his career in order to keep pace with the rapidly advancing frontiers of medical knowledge.

But: he also has a primary obligation to make as much time as possible available for the care of his patients.

2. The student-physician should be interested in enlarging his medical responsibilities as he advances through medical school.

But: he must not prematurely take a measure of responsibility for which he is not adequately prepared (or, at least, is not legally qualified to undertake).

3. The physician must maintain a self-critical attitude and be disciplined in the scientific appraisal of evidence.

But: he must be decisive and not postpone decisions beyond what the situation requires, even when the scientific evidence is inadequate.

4. The physician must have a sense of autonomy; he must take the burden of responsibility and act as the situation, in his best judgment, requires.

But: autonomy must not be allowed to become complacency or smug self-assurance; autonomy must be coupled with a due sense of humility.

5. The physician must have the kind of detailed knowledge which often requires specialized education.

But: he must not become a narrowly specialized man; he should be a well-rounded and broadly-educated man.

6. The physician should have a strong moral character with abiding commitments to basic moral values.

But: he must avoid passing moral judgements on patients.

7. The physician should attach great value to doing what he can to advance medical knowledge; such accomplishments deserve full recognition.

But: he should not express a competitive spirit toward his fellows» (Merton, 1957, 73-74, corsivo dell'autore).

Nelle pagine a seguire, l'autore evidenzia altre norme e contro-norme che i medici dovrebbero rispettare in base alle relazioni con i pazienti, con i colleghi e con la comunità (ivi, 74-75). Tutti questi esempi e contro-esempi riportano al concetto di 'ambivalenza sociologica' (Merton, 1976): «Come quello di anomia, anche il concetto di ambivalenza sociologica rimanda all'idea dell'inevitabilità della devianza. Dato che i ruoli sociali sono costruiti su aspettative contraddittorie, obbedire a una norma significa contemporaneamente disobbedire alla norma contrapposta alla prima» (Martire, 2009, 105). L'ambivalenza sociologica è parte dell'intero sistema sociale e quindi anche delle strutture sanitarie e di coloro che ne fanno parte: «La necessità di sciogliere la tensione tra aspettative contrastanti non si verifica solo in situazioni straordinarie e patologiche; al contrario, fa parte della normale attività collegata a un determinato ruolo sociale» (ivi, 105-106). In base al ruolo ricoperto, esistono aspettative socialmente condivise e diversi modi affinché possano essere applicate nella quotidianità. «Per Merton il rapporto che una persona ha con i suoi ruoli sociali non è solo una questione di socializzazione e interiorizzazione (più o meno riuscita) delle aspettative istituzionalizzate. Non si tratta di recitare (più o meno fedelmente) un copione già preparato, ma di scriverlo volta per volta. Questo spazio di autonomia del soggetto rispetto ai suoi ruoli sociali non è imputabile all'individuo che resiste e si oppone alle prescrizioni che gli impone la società; ma piuttosto alle prescrizioni sociali stesse che, combinandosi in sistemi ambivalenti e contraddittori, devono essere interpretate situazione per situazione. La parte attiva che in questo modo viene attribuita alle azioni dei singoli nella costruzione dei sistemi sociali costituisce la specificità del funzionalismo di

Merton rispetto ad altre versioni di questo approccio» (ibidem). Quindi, l'autonomia dell'individuo dipende dall'ambivalenza dei sistemi normativi⁴⁹.

Il concetto di ambivalenza sociologica può essere studiato in relazione a quello di anomia. Secondo Merton (1995, 6), l'anomia si basa sull'interazione e tensione continua tra la struttura culturale, comprendente valori, norme e interessi, e la struttura sociale, cioè status e posizioni sociali. Questa tensione crea situazioni paradossali e spesso un comportamento antisociale che è causato da valori condivisi e dalla stratificazione sociale, portando ad un accesso differenziato ai mezzi necessari per raggiungere i propri obiettivi (ivi, 47). Orrù (1990, 233) afferma: «Al centro della teoria durkheimiana dell'anomia c'è il concetto di *homo duplex* [...], secondo il quale la parte impulsiva e non socializzata della natura umana deve essere inibita e controllata attraverso la socializzazione della moralità. La teoria di Merton invece è squisitamente sociologica – non si basa sul conflitto interno alla personalità, ma sul conflitto interno alla struttura sociale. La società è rappresentata come un'entità ambivalente che incoraggia i suoi membri a raggiungere il successo a tutti i costi e contemporaneamente regola e limita le loro opportunità per perseguire tale obiettivo. Il comportamento anomico degli individui è, in questo contesto, una risposta *normale*». «Per Durkheim l'anomia nasce dallo scontro tra impulsi individuali e norme sociali che ha luogo in una personalità non perfettamente socializzata; per Merton l'anomia nasce dalla tensione tra diversi elementi di un sistema sociale strutturalmente ambivalente» (Martire, 2009, 102).

In conclusione, se per Parsons il malato è un deviante e quindi la devianza è una patologia, per Merton il comportamento deviante è una scelta razionale, pensata e presa grazie alla propria autonomia decisionale. Anche Gallino scriveva che

«Qualsiasi forma di comportamento deviante sembra implicare per definizione processi anormali entro la personalità. [...] L'individuo deviante è un individuo che nutre ostilità nei confronti dei valori del sistema [...] ma è privo della capacità di andare al di là di essi, apprendendo a soddisfare in forme nuove i propri bisogni [...] L'individuo emotivamente equilibrato, capace di distaccarsi senza odio dai valori del

⁴⁹ Anche se diversamente, l'autonomia rispetto alle norme sociali è trattata anche da Durkheim (1925/1969, 57), per il quale l'autonomia si compie appieno nel momento in cui una norma è «liberamente compresa e liberamente accettata come criterio di orientamento per l'azione» (Martire, 2009, 106).

sistema [...] per abbracciarne liberamente altri non rientra nella categoria dei 'devianti' quale viene definita in *Il sistema sociale*» (Gallino, 1965/1996, xx-xxi).

Per Parsons, le professioni si basano sulla neutralità affettiva, evitando coinvolgimento emotivo nell'approcciarsi al paziente, per cui vi è un universalismo di fondo: «L'uomo impegnato in attività professionali non è considerato dedito alla ricerca del profitto personale, bensì alla prestazione di servizi nei confronti di pazienti o di clienti, oppure a valori impersonali come il progresso della scienza. Così, le professioni finiscono per sembrare atipiche, in alcuni casi perfino semplici sopravvivenze delle arti medievali. Taluni pensano che esse si vadano progressivamente commercializzando e che siano perciò con probabilità destinate a scomparire quali strutture sociali peculiari» (Parsons, 1956, 16). Per Merton, invece, il mutamento sociale dipende dalle decisioni che gli individui prendono in seguito alle loro interpretazioni delle situazioni. Poiché il soggetto ha autonomia rispetto alle strutture, ha anche un ruolo attivo nei processi di mutamento sociale.

4.3. Marx ed Engels

In opposizione alla teoria struttural-funzionalista vi è quella del conflitto, che ha tra i punti centrali l'economia politica di Marx. Engels, nel 1845, descrive le condizioni di vita e di salute della classe operaia inglese, gli stati di disuguaglianza sociale e la distribuzione dei benefici. Doyal (1979) parla di una vera e propria «economia politica della salute»: il capitalismo fa sì che l'individuo sia considerato necessario per la produzione e per i rapporti di classe. Engels non solo presenta le condizioni di vita degli operai inglesi, ma spiega a cosa ha portato il capitalismo industriale, il suo impatto sulla società, sulla politica, sulla quotidianità, sulla salute. L'autore sottolinea la sofferenza del proletariato:

«Ho vissuto abbastanza a lungo tra voi per avere una certa conoscenza delle vostre condizioni di esistenza, al cui studio ho dedicato la più seria attenzione, esaminando i vari documenti ufficiali e non ufficiali, nella misura in cui sono riuscito a procurarmeli. Ma non mi sono accontentato di questo: volevo qualcosa di più della semplice conoscenza *astratta* del mio soggetto: volevo vedervi nelle vostre stesse case, osservarvi nella vostra vita di tutti i giorni, discorrere con voi sul vostro stato

e sui vostri tormenti, essere testimone delle vostre lotte contro il potere sociale e politico dei vostri oppressori» (Engels, 1845/1992, 21, corsivo dell'autore).

La rivoluzione industriale ha portato a una polarizzazione sociale, che ha sconvolto le vite degli agricoltori e artigiani inglesi, diventati una sorta di massa urbanizzata più consapevole delle sue condizioni: «si sentivano a loro agio nella loro quieta vita vegetativa e senza la rivoluzione industriale non sarebbero usciti mai da questa esistenza certo molto comoda e romantica, ma indegna di uomini. Infatti non erano veramente uomini, ma semplici macchine da lavoro al servizio dei pochi aristocratici che fino allora avevano guidato la storia; la rivoluzione industriale, invero, non ha fatto altro che portare tutto ciò alle ultime conseguenze, compiendo la trasformazione dei lavoratori in semplici macchine e togliendo loro dalle mani l'ultimo resto di attività autonoma, ma appunto perciò spingendoli a pensare e ad esigere una condizione umana» (ivi, 45). Secondo l'autore, «i londinesi hanno dovuto sacrificare la parte migliore della loro umanità» (ivi, 63). Inizia così una guerra del tutti contro tutti per la sopravvivenza, in cui i più deboli verranno sfruttati e i più forti lo diventeranno sempre più.

«Già il traffico delle strade ha qualcosa di repellente, qualcosa contro cui la natura umana si ribella. Le centinaia di migliaia di individui di tutte le classi e di tutti i ceti che si urtano tra loro non sono tutti quanti uomini con le stesse qualità e capacità, e con lo stesso desiderio di essere felici? E non devono forse tutti quanti, alla fine, ricercare la felicità per le stesse vie e con gli stessi mezzi? Eppure si passano davanti in tutta fretta come se non avessero nulla in comune, nulla a che fare l'uno con l'altro, e tra loro vi è soli il tacito accordo per cui ciascuno si tiene sulla parte del marciapiede alla sua destra, affinché le due correnti della calca, che si precipitano in direzioni opposte, non si ostacolino a vicenda il cammino; eppure nessuno pensa di degnare gli altri di uno sguardo. La brutale indifferenza, l'insensibile isolamento di ciascuno nel suo interesse personale emerge in modo tanto più ripugnante ed offensivo, quanto maggiore è il numero di questi singoli individui che sono ammassati in uno spazio ristretto; e anche se sappiamo che questo isolamento del singolo, questo angusto egoismo è dappertutto il principio della nostra odierna società, pure in nessun luogo esso si rivela in modo così sfrontato e aperto, così consapevole come qui, nella calca della grande città» (ivi, 63-64).

Le condizioni precarie hanno portato a disgregazioni familiari, a uso di stupefacenti, sempre più scarsa igiene che porta malattie, trascuratezza verso i figli, case inagibili. Engels dedica gran parte del suo lavoro alle sofferenze di questa umanità, alle malattie croniche, a deformità fisiche, alla stanchezza: «Gli influssi dannosi del lavoro nelle fabbriche sugli operai son i seguenti: 1) l'imprescindibile necessità di costringere i loro sforzi fisici e spirituali a procedere di pari passo con i movimenti di un macchinario mosso da forze regolari e continue; 2) il prolungarsi di una posizione eretta per periodi di tempo innaturalmente lunghi e che si susseguono troppo rapidamente; 3) l'insonnia (a causa del lungo orario di lavoro, di dolori alle gambe e di un generale malessere fisico). A ciò si aggiungono spesso anche locali di lavoro bassi, affollati, polverosi o umidi, aria impura, atmosfera surriscaldata, sudore incessante» (ivi, 190). «Naturalmente un tale tenore di vita non può che produrre malattie in massa, e quando queste compaiono, quando soprattutto l'uomo del cui lavoro principalmente la famiglia vive e la cui faticosa attività esige il massimo di nutrimento, e che è quindi il primo a soggiacere, quando questi si ammala del tutto, allora la miseria diventa ancora più grande, allora emerge con ancora maggiore acutezza la brutalità con la quale la società abbandona i suoi membri proprio quando avrebbero maggiormente bisogno del suo appoggio» (ivi, 111). Engels parla di un assassinio sociale: «la miseria lascia all'operaio soltanto la scelta se morire lentamente d'inedia, suicidarsi subito o prendersi ciò di cui ha bisogno là dove lo trova, in una parola, rubare» (ivi, 152). La sofferenza sociale, frutto delle condizioni delle tragiche condizioni di vita, diventa sofferenza esistenziale: il proletariato si trova impossibilitato a decidere per sé, perché la struttura influenza il singolo e di conseguenza la società.

Gli studi sull'economia politica di Marx hanno portato a formulare teorie simili anche nel campo della salute, riferendosi allo studio delle condizioni che influenzano la salute della popolazione e lo sviluppo dei servizi sanitari nel più ampio contesto macroeconomico e politico. L'economia politica della salute ritiene le persone non autonome e attivamente formate all'interno di specifici luoghi e relazioni sociali; l'individuo va considerato isolatamente e in maniera riduzionistica al punto da non studiare i fattori sociali della malattia. Sembra una forma di controllo che spinge il singolo ad addossarsi ogni responsabilità, compresa quella per la sua salute, per cui l'istituzione medica tenderà ad interessarsi ai soli che potranno permettersi le cure, alla classe dominante, portando l'istituzione medica

stessa ad essere una sorta di complesso industriale: la salute diviene merce. Waitzkin (1983) sostiene che questo approccio sia una «seconda malattia» e che possa essere per lo più applicato a sistemi sanitari privati, sottolineando la contraddizione che vi è tra il bisogno effettivo di essere in salute e la logica del profitto. Il corpo umano diviene così biocapitale a cui viene sottratto il suo biovalore; la domanda sarà solo da parte delle persone ricche, che possono garantirsi terapie all'avanguardia, mentre l'offerta sarà costituita da coloro che, per guadagnare qualche soldo, saranno disponibili a vendere i propri organi. Il biocapitalismo non fa altro che creare altre forme di disuguaglianza e disparità.

Le scelte degli individui sono limitate da strutture sociali già esistenti, soprattutto dal sistema economico in cui lavorano e da quello di classe in cui vivono, creando situazioni di sofferenza. Marx sostiene che la sofferenza porti all'alienazione: «Noi partiamo da un fatto dell'economia politica, da un fatto *attuale*. Il lavoratore diventa tanto più povero quanto più produce ricchezza, quanto più la sua produzione cresce in potenza ed estensione. Il lavoratore diventa una merce tanto più a buon mercato quanto più crea delle merci. Con la *valorizzazione* del mondo delle cose cresce in rapporto diretto la *svalorizzazione* del mondo degli uomini. Il lavoro non produce soltanto merci; produce se stesso e il lavoratore come una *merce*, esattamente nella proporzione in cui in genere produce merci. Questo fatto non esprime altro che questo: l'oggetto che il lavoro produce, il prodotto del lavoro, si leva di fronte a esso come un *essere estraneo*, come una *potenza indipendente* dal produttore. Il prodotto del lavoro e il lavoro che si è fissato in un oggetto, che è diventato cosa: è l'*oggettivazione* del lavoro. La realizzazione del lavoro e la sua oggettivazione. Questa realizzazione del lavoro appare, nella condizione illustrata dall'economia politica, come *manca di realizzazione* del lavoratore, l'oggettivazione come *perdita dell'oggetto* e *asservimento a esso*, l'appropriazione come *estraniazione*, come *alienazione*» (1932/2018, 130-132, corsivo dell'autore).

Il concetto di alienazione parte dall'idea di lavoro alienato, trasformato in merce, che si estranea e che è per Marx la crescente sofferenza e miseria dell'operaio in proporzione alla ricchezza che produce. L'alienazione porta all'oggettivazione dell'individuo, alla rottura tra il soggetto e il mondo esterno: «La realizzazione del lavoro si rivela a tal punto una sottrazione di realtà che il lavoratore viene annullato fino a morir di fame. L'oggettivazione appare a tal punto come una perdita dell'oggetto che il lavoratore è spogliato degli oggetti più necessari, non solo per la

vita ma anche per il lavoro. Anzi il lavoro stesso diventa un oggetto di cui egli riesce a impadronirsi soltanto con lo sforzo più grande e le interruzioni più irregolari. L'appropriazione dell'oggetto si rivela a tal punto una estraniamento che, quanti più oggetti il lavoratore produce, tanto meno può possederne e tanto più soggiace al dominio del suo prodotto, del capitale. Tutte queste conseguenze sono contenute nella determinazione che il lavoratore rispetto al *prodotto del suo lavoro* si trova come di fronte a un oggetto *estraneo* [...] L'*alienazione* del lavoratore nel suo prodotto non significa soltanto che il suo lavoro diviene un oggetto, un'esistenza *esterna*, ma che esso esiste *fuori di lui*, indipendentemente, estraneo a lui e che diviene una potenza autonoma di fronte a lui; che la vita, da lui conferita all'oggetto, gli si leva di fronte ostile ed estranea» (ivi, 131-132, corsivo dell'autore). Marx riprende l'idea di Hegel, storicizzandola e sostenendo che la proprietà privata e quindi il capitalismo ne fossero la causa. «L'alienazione accresce oggettivamente l'ostilità tra gli uomini, poiché ciascuno percepisce l'altro come un concorrente, un avversario, un essere inevitabilmente nemico; impoverisce il pensiero e la vita, irrigidendo entrambe in posture ideologiche, ossia precludendo il continuo sviluppo dialettico del primo impedendo la continua «presenza» del soggetto nella seconda; favorisce l'instaurarsi di forme inadeguate o inautentiche di coscienza di classe» (Gallino, 1978, 16).

La produzione è un qualcosa di passivo, che svilisce le potenzialità del soggetto: ciò che rimane all'individuo per sentirsi libero è il suo istinto animale con le sue funzioni, come mangiare, bere o riprodursi (ivi, 137). Ciò che distingue l'essere umano dall'animale però è la capacità dello stesso di rialzarsi, facendo sì che dall'Io si passi al Noi, con la presa coscienza di sé. L'alienazione fa regredire l'uomo al rango animale, in cui perde le capacità che lo rendono libero e consapevole.

Seguendo Mészáros (1970, 15-16), l'alienazione proposta da Marx può essere intesa come una vera e propria fenomenologia dell'alienazione che si distingue in quattro aspetti:

- a) «Man is alienated from nature;
- b) He is alienated from himself (from his own activity);
- c) From his species-being (from his being as a member of the human species);
- d) Man is alienated from man (from other men).

The first of these four characteristics of “alienated labour” expresses the relation of the worker to the product of his labour, which is at the same time, according to Marx, his relation to the sensuous external world, to the objects of nature.

The second, on the other hand, is the expression of labour’s reaction to the act of production within the labour process, that is to say the worker’s relation to his own activity as alien activity which does not offer satisfaction to him in and by itself, but only by the act of selling it to someone else. (this means that it is not activity itself which brings satisfaction to him, but an abstract property of it: its saleability under certain conditions). Marx also calls the first characteristic “estrangement of the *thing*” whereas the second: “self-estrangement”.

The third aspect – man’s alienation from his species-being – is related to the conception according to which the object of labour is the objectification of man’s species life, for man “duplicates himself not only, as in consciousness, intellectually, but also actively, in reality, and therefore he contemplates himself in a world that he has created”. Alienated labour, however, turns “Man’s species being, both nature and his spiritual species property, into a being alien to him, into a means to his individual existence. It estranges man’s own body from him, as it does external nature and his spiritual existence, his human being”.

The third characteristic is implied in the first two, being an expression of them in terms of human relations, and so is the fourth characteristic mentioned above. But whereas in formulating the third characteristic Marx has taken into account the effects of alienation of labour – both as “estrangement of the thing” and “self-estrangement” – with respect to the relation of man to mankind in general (i.e. the alienation of “humanness” in the course of this debasement through capitalistic processes), in the fourth he is considering them as regards man’s relationship to other men. As Marx puts the latter: “An immediate consequence of the fact that man is estranged from the product of his labour, from his life-activity from his species being is the estrangement of man from man. If a man is confronted by himself, he is confronted by the other man. What applies to man’s relation to his work, to the product of his labour and to himself, also holds of man’s relation to other man, and to the other man’s labour and object of labour. In fact, the proposition that man’s species nature is estranged from him means that one man is estranged from the other, as each of them is from man’s essential nature”».

Lo stesso Marx afferma l’esistenza di due tipi di alienazione: in riferimento alla mercificazione del lavoro dell’individuo, parla di *reificazione*, spersonalizzazione del soggetto stesso, di ciò che produce e della sua attività; in riferimento alla

condizione psico-sociale e del distacco che vi è tra gli uomini, Marx parla invece di *estraneazione*, scissione, sradicamento del soggetto dalla società e umanità. Tornando a Hegel, l'oggettivazione, che coincide con l'alienazione, porta all'autocoscienza; sopprimere l'alienazione significherebbe la soppressione dell'oggetto. Per Marx, nell'oggettivazione l'uomo trova la possibilità di exteriorizzare la propria natura; l'oggettivazione permette la manifestazione della natura dell'uomo nel mondo, l'alienazione invece è una realtà transitoria e superabile.

La sofferenza viene allora riconosciuta in nuove forme, sofferenza che crea isolamento, mancanza di norme, estraneazione da sé, mancanza di potere e di qualcosa che dia significato e importanza alle proprie vite (Seeman, 1980, 238-249). Inoltre, l'approccio dell'economia politica nella sociologia medica potrebbe spiegare come le differenze nelle relazioni di classe nei mercati economici causino disuguaglianze di salute (Cockerham, 2020, 103), soprattutto quando l'assistenza sanitaria è trattata come una merce da vendere a coloro che hanno i mezzi per poterla pagare. La mercificazione della salute non è solo centrale per comprendere le disuguaglianze sanitarie, ma anche per studiare le disuguaglianze di reddito, che possono portare alle lotte di classe.

4.4. Weber

I contributi di Weber in relazione alla sociologia medica rientrano in tre aree: la concettualizzazione di status socioeconomico, di stile di vita e di razionalità formale e burocrazia (Cockerham, 2020, 73). Lo status socioeconomico dipende dalle entrate, dal livello di istruzione e dal tipo di occupazione. Weber ritiene che gli studi di Marx siano riduttivi, introducendo il concetto di ceto, di una comunità di persone con lo stesso stile di vita e un forte senso di appartenenza che si differenzia in base al prestigio, ai valori, allo stile di vita e ai consumi. Queste dimensioni iniziano ad essere definite parte dei determinanti sociali della salute:

- «income reflects spending power, housing, diet, and quality of medical care;
- occupation signifies job status, responsibility at work, physical activity, and health risks associated with one's work; and
- education is indicative of a person's skills for acquiring positive social, psychological, and economic resources such as good jobs, nice homes,

health insurance, access to quality health care, and knowledge about healthy lifestyles» (ivi,75).

Benché Weber non abbia espressamente studiato il concetto di salute⁵⁰, evidenzia l'importanza di dimensioni quali lo stile di vita, la sua condotta e le opportunità per avere una vita degna. La sociologia è una scienza necessaria per interpretare l'agire sociale, cercando di spiegarlo causalmente durante il suo corso (Weber, 1922). L'agire sociale è un agire dotato di senso, per cui occorre conoscere l'orizzonte di senso sociale in cui si muove l'attore e, in base a quello, comprendere il senso soggettivo della sua azione. Weber studia l'azione sociale in termini di regolarità e uniformità ripetute da molteplici attori nel tempo. I suoi studi sono stati una base per la sociologia medica perché la sua attenzione è sul modo in cui le persone agiscono nell'insieme e non individualmente (Cockerham, 2005, 52). Inoltre, Weber parla di processo di razionalizzazione, che «non significa semplicemente 'ragione', ma va inteso in una accezione doppiamente specifica. In primo luogo, esso non si riferisce alla razionalità scientifica o teorica, ma alla razionalità dell'agire. A sua volta l'agire razionale è definito non tanto da quelle caratteristiche più generali alle quali di solito si pensa quando si qualifica un'azione come 'razionale' - sensatezza, comprensibilità, logicità, etc. - bensì da elementi quali la regolarità, la ripetibilità, la controllabilità, la dominabilità dei corsi dell'azione, e soprattutto la conformità allo scopo sulla base di criteri soggettivi, in cui emerge in primo piano l'aspetto dell'efficienza calcolabile» (Schnädelbach, 1997)⁵¹. Secondo Weber (1922/1995, 23), «Agisce in maniera razionale rispetto allo scopo colui che orienta il suo agire in base allo scopo, ai mezzi e alle conseguenze concomitanti, misurando razionalmente i mezzi in rapporto agli scopi, gli scopi in rapporto alle conseguenze, e infine anche i diversi scopi possibili in rapporto reciproco» ed «Agisce in maniera puramente razionale rispetto al valore colui che - senza riguardo per le conseguenze prevedibili - opera al servizio della propria convinzione relativa a ciò che ritiene essergli comandato dal dovere, dalla dignità,

⁵⁰ «There are only two sentences about health in the *Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism*. One in which Weber notes that Calvinists regarded idleness as a sin and even 'taking more sleep than is necessary for health (six to at most eight hours), is considered worthy of total moral condemnation', and the other where he observes that '[t]o wish to be poor was, it was often argued, the same as wishing to be unhealthy'. The focus of the first comment was in relation to wasting time and the second pertained to the pursuit of wealth as a 'calling'; health itself was secondary» (Cockerham, 2015, 126).

⁵¹ Online su: https://www.treccani.it/enciclopedia/razionalizzazione_%28Enciclopedia-delle-scienze-sociali%29/. Accesso effettuato il 19 marzo 2021.

dalla bellezza, dal precetto religioso, dalla pietà e dall'importanza di una 'causa' di qualsiasi specie» (ivi, 21).

Weber parla inoltre della razionalità formale negli ospedali moderni, in particolare «We defined formal rationality as the purposeful calculation of the most efficient means and procedures to realise goals. Formal rationality is the type of thinking and logical deduction that people use to determine what is most important in particular situations and the most effectual method they should use for reaching desired goals. Tradition, sentimentality, outmoded customs, piety and various other types of potentially less effective ways of doing things are discarded in favour of the most efficient action that can be calculated to achieve the ultimate outcome: what some call the 'bottom line'» (Cockerham, 2015, 124).

Per quanto riguarda la gestione delle attività umane, la forma di organizzazione più razionale ed efficiente è la burocrazia, in cui gli individui svolgono compiti specializzati, con canali di comunicazione fissi e organizzati, che però portano a fenomeni di deresponsabilizzazione e disumanizzazione. Pertanto gli ospedali, comprendendo un sistema non solo amministrativo ma anche clinico, non attuano appieno quanto proposto da Weber (ivi, 124-125). La teoria di Weber sulla burocrazia può essere applicata all'organizzazione del lavoro ospedaliero, perché evidenzia come l'autorità e il controllo siano esercitati gerarchicamente. L'efficienza dell'ospedale come istituzione dipende dal coordinamento del lavoro finalizzato alla cura del paziente e svolto dai vari dipartimenti e dipendenti. Il lavoro ospedaliero ha una divisione complessa, interconnessa e altamente, per cui per è importante che la gerarchia sia ben definita:

«The basis of the division between bureaucracy and the professional (here, the physician), consists of the professional's insistence on exercising an autonomous judgement on patient care, while the bureaucrat (here, the hospital administrator) seeks to follow a rationally based management approach that favours the efficient coordination of the hospital's activities through formal rules and impersonal regulations applicable to all persons in all situations, including physicians. Since the physician's professional norms can set specific limits on the hospital administrator's authority and vice versa, the result has been the system of dual authority. The occupational groups in the hospital most affected by its system of dual authority are the nurses and auxiliary nursing workers who perform healthcare tasks on a physician's orders. Nurses are responsible to the physicians for carrying out their

orders, but they also are responsible to the hospital's administration for following its standardised procedures. Even though the communication and allegiance of ward personnel tend to be channelled along occupational lines within and towards the 'administrative channel of command', medical authority can and does cut across these lines» (ivi, 132).

Weber distingue poi due componenti del processo di razionalizzazione:

- culturale, che si riferisce alle immagini del mondo e
- sociale, inerente alle condotte di vita.

Pertanto, «A questo punto conviene ricordare in primo luogo ancora una volta che il termine «razionalismo» può avere significati assai differenti. Con esso si può intendere o quel tipo di razionalizzazione che viene intrapreso, per esempio, da pensatore sistematico per quanto riguarda l'immagine del mondo – ossia il progressivo dominio teorico della realtà mediante concetti astratti sempre più precisi – oppure la razionalizzazione nel senso di raggiungere metodicamente un determinato scopo pratico mediante il calcolo sempre più preciso di mezzi adeguati. Le due cose sono assai diverse, nonostante la loro inscindibilità di fondo» (Weber, 1920-1921/2002, 32).

La sociologia è una scienza comprendente ed esplicativa, necessaria per capire i limiti e le necessità delle persone anche in ambito medico e salutare. Gli stili di vita salutari sono spesso rappresentati come insiemi di comportamenti costruiti individualmente, basati sui valori soggettivi e sulle modalità con cui le persone decidono di agire. «Le idee di Weber hanno portato allo sviluppo del concetto di status socioeconomico costituito da reddito, istruzione e prestigio professionale come un importante indicatore principale della posizione di classe sociale, fornendo una base per la ricerca sugli stili di vita in generale e sugli stili di vita salutari in particolare» (Cockerham, 2020, 84, mia traduzione).

4.5. Goffman

Goffman riprende quanto detto da Mead su *l'altro generalizzato* e sulla teoria dell'interazionismo simbolico. L'individuo è un essere creativo, pensante, capace di scegliere il suo comportamento senza reagire meccanicamente alle forze sociali. Il comportamento è ricco di significati simbolici condivisi, comunicati e manipolati da esseri umani che interagiscono in situazioni sociali; la società è un prodotto

umano e le persone sono un prodotto sociale, perché entrambi si formano in un continuo processo dialettico in cui gli esseri umani e il loro ambiente sociale agiscono e reagiscono l'uno verso l'altro (Cockerham, 2020, 122). Il punto di partenza dell'interazionismo simbolico è la consapevolezza di sé attraverso l'esperienza sociale. Il *sé* ha origine nel momento in cui si vede come oggetto sociale grazie all'interazione dovuta dal linguaggio (Mead, 1934). Il *sé* è l'individuo quando diventa oggetto a se stesso. L'uomo deve essere in grado di effettuare un'analisi autoriflessiva, che tematizzi il suo essere e che divida l'*io* (il soggetto in quanto fonte dell'azione) dal *me* (il soggetto che diventa oggetto a se stesso). Per imparare a riflettere su di sé è necessario guardarsi dall'esterno; l'individuo sarà sociale solo quando avrà un sé. Da qui poi il concetto di *altro generalizzato*: «The generalized other is not a person; rather, it is a person's conscious awareness of the society, community, or social group that he or she is part of. Mead's example of a generalized other is a sports team on which a child may play. Even though there are individuals on the team, the team itself has a name and an identity, and it represents an organized effort to achieve collective goals. The team is a generalized other for each player because it enters into the experience of all the individual members and acts to influence their behavior. One plays well so that "the team" can win; but "the team" is an abstract social concept consisting of the collective attitudes and roles of all the players brought together in a single identity for a particular goal» (Cockerham, 2020, 126).

L'interazionismo simbolico si basa sull'azione sociale tra due o più individui e sul suo carattere simbolico, in quanto gli stessi individui interpretano la situazione e le parole che si usano danno forma alla realtà e influenzano la percezione che ognuno ha di sé. Da questa teoria prende infatti spunto quella dell'etichettamento. La teoria dell'etichettamento o *labeling theory* è stata spesso utilizzata negli studi della devianza, secondo cui la devianza è il prodotto dell'interazione tra chi crea e chi fa applicare le norme e chi le infrange. «I gruppi sociali creano la devianza istituendo norme la cui infrazione costituisce la devianza stessa, applicando queste norme a persone determinate e attribuendo loro l'etichetta di *outsiders*. Da questo punto di vista, la devianza *non* è una qualità dell'atto commesso da una persona, ma piuttosto la conseguenza dell'applicazione di norme e sanzioni su chi è ritenuto "colpevole". Il deviante è uno a cui questa etichetta è stata applicata con successo;

un comportamento deviante è un comportamento che la gente etichetta così» (Becker, 1963/1987, 22).

Goffman, riprendendo l'interazionismo simbolico, non solo parla dell'attore sociale come colui che compie un'azione, che agisce, ma anche come colui che recita. Il teatro diventa metafora della vita quotidiana, con una ribalta in cui l'attore recita la sua parte per impressionare il pubblico ed un retroscena in cui abbandona il suo personaggio per impressionare altre persone come i registi o i vari collaboratori e colleghi. Gli individui, in ogni loro interazione, cercano di impressionare gli altri, creando delle cornici, situazioni che cercano di capire. La normalità è una finzione, una rappresentazione ed «è l'immagine del sé che viene offerta in una situazione interazionale e definita poi dai partecipanti. Tale immagine scaturisce da quegli attributi degli eventi locali che la rende comprensibile ai testimoni. Una scena ben consegnata e rappresentata induce il pubblico ad attribuire un *self* a un personaggio rappresentato, ma ciò che viene attribuito – il *self* – è il prodotto di una scena che viene rappresentata e non una sua causa. Il *self*, quindi, come personaggio rappresentato non è qualcosa di organico che abbia una collocazione specifica, il cui destino sia quello di nascere, maturare e morire; è piuttosto un effetto drammaturgico che emerge da una scena che viene presentata. Il problema fondamentale, il punto cruciale è se verrà creduto o meno» (Goffman, 1959/1969, 288-289). Goffman (ivi, 177) parla poi di non-persone, ovvero persone che «pur presenti, vengono considerate come se non ci fossero; gli esempi comuni sono i giovanissimi, i vecchi e i malati». Pertanto, all'interno di una interazione sociale, queste persone possono essere catalogate negativamente; da qui il concetto di stigma. L'autore ha studiato le situazioni dei malati mentali, i comportamenti della società e delle istituzioni nei loro confronti. In *Stigma* (Goffman, 1963/2018) studia le condizioni di queste persone e di tutte coloro che sono definite socialmente indesiderabili. Gli individui fanno spesso affidamento alle supposizioni che ipotizzano sugli altri, creando un'*identità sociale virtuale* (ivi, 28) e «La categoria e gli attributi che si potrebbero dimostrare essere effettivamente in suo possesso saranno definiti come sua identità sociale effettiva» (ibidem).

Goffman distingue tre tipi di stigma (ivi, 30): «Innanzitutto ci sono gli abomini del corpo, le varie deformazioni fisiche. Poi ci sono i difetti del carattere dell'individuo, percepiti come debolezza di volontà, passioni sfrenate o innaturali, credenze pericolose e inflessibili, disonestà, che vengono dedotti dalla conoscenza

di un'attestazione o documentazione relativa, per esempio, a patologie mentali, condanne penali, uso abituale di stupefacenti, alcolismo, omosessualità, disoccupazione, tentativi di suicidio e di radicalismo e della religione, che possono essere trasmessi attraverso la discendenza e che contaminano allo stesso modo tutti i membri di una famiglia». Sottolinea che «un individuo, che facilmente avrebbe potuto essere accettato in una normale interazione sociale, possiede un tratto che si può imporre all'attenzione e far allontanare chi di noi lo incontra rovinando il credito che gli altri suoi attributi ci spingerebbero a riconoscergli» (ivi, 30-31). Goffman definisce coloro che non possiedono uno stigma *normali* e, a loro volta, sostengono «che una persona con uno stigma non sia del tutto umana. [...] gli riduciamo le possibilità di vita. Elaboriamo una teoria dello stigma, una ideologia per spiegare la sua inferiorità e dare conto del pericolo che essa rappresenta, talvolta razionalizzando un risentimento fondato su altre differenze, come quelle di classe sociale» (ibidem). Ma le persone *normali* non hanno limiti? «Sia le menti sane che i corpi sani possono essere menomati. Il fatto che le persone “normali” possano andare in giro, vedere, sentire, non significa che stiano vedendo o ascoltando. Possono essere molto cieche di fronte alle cose che rovinano la loro felicità, sorde alle richieste di gentilezza da parte degli altri. Quando penso ai “normali”, non mi sento più storpio o disabile di loro. Forse, in qualche modo, posso essere uno strumento per aprire loro gli occhi sulle bellezze che ci circondano: una calda stretta di mano, una voce che vuole incoraggiare, una brezza primaverile, una musica da ascoltare, un cenno amichevole. Queste persone sono importanti per me, e mi piace sapere che posso aiutarle» (ivi, 37).

Stigmatizzato può diventare colui che si isola, che è sospettoso, ansioso, depresso, innescando a livello sociale delle psicosi. Si veda per esempio il periodo di Covid19 che si sta vivendo, già iniziato nel 2003 con la Sars, in cui si è dato il via allo stereotipo del cinese come potenziale untore, anche quando si parla di persone nate e cresciute in Italia o Paesi diversi dalla Cina.

«Ho considerato un insieme di persone dalle quali lo stigmatizzato si può aspettare qualche sostegno: coloro che condividono il suo stesso stigma e in virtù del quale sono definite e si definiscono come la sua stessa specie. Il secondo insieme è composto dai “saggi” – per riprendere un termine un tempo usato dagli omosessuali – cioè da quelle persone che sono normali e la cui condizione particolare li ha resi

comprensivi e intimamente consapevoli della vita segreta dell'individuo stigmatizzato, persone che in qualche modo sono accettate dal gruppo e ne diventano membri onorari. I saggi sono i marginali, di fronte ai quali lo stigmatizzato non sente vergogna né esercita autocontrollo, sapendo che, malgrado quella sua manchevolezza, sarà considerato come una qualsiasi persona normale» (ivi, 53).

Goffman sostiene l'esistenza di diversi tipi di saggio: «Un tipo di *saggio* è colui la cui “saggezza” deriva dal lavorare in una struttura che si occupa dei bisogni di chi ha uno stigma particolare, o dei provvedimenti che la società prende in loro favore. Per esempio, infermieri e fisioterapisti [...], i commessi non ebrei delle gastronomie ebraiche, i baristi eterosessuali nei bar frequentati da omosessuali. [...] Un secondo tipo di *saggio* è colui che è in contatto con lo stigmatizzato attraverso la struttura sociale, un tipo di relazione che induce la società a trattare entrambi gli individui come un'unica persona. Così, la solerte moglie del paziente psichiatrico, la figlia dell'ex detenuto, il genitore dello storpio, l'amico del cieco, i familiari del boia, sono tutti costretti a condividere parte del discredito dello stigmatizzato con il quale hanno un legame» (ivi, 54-55).

I problemi di uno stigmatizzato vertono su molti aspetti, tra cui quello sociale. Ecco perché Goffman parla di diversi tipi di stigma, come quello dell'orfano nell'orfanotrofio, il cui stigma è dalla nascita, o coloro che vivono in un ambiente protetto per cui avranno dei problemi ad interagire con altri, o chi si ritrova stigmatizzato in età adulta o ne prende coscienza tardi (ivi, 57-65). Lo stigma è un prodotto sociale, che nasce e si sviluppa in maniera graduale nelle relazioni sociali, creando stereotipi e definendo lo stigmatizzato una sorta di deviante.

«In conclusione, è opportuno ripetere che lo stigma non riguarda tanto un insieme di individui concreti che possono essere separati in due gruppi, gli stigmatizzati e i normali, quanto piuttosto un pervasivo processo sociale a due ruoli in cui ogni individuo partecipa ad entrambi i ruoli, almeno in alcune relazioni e in alcune fasi della vita. I normali e gli stigmatizzati non sono persone, ma piuttosto punti di vista che vengono generati in situazioni sociali durante i contatti misti in virtù di norme di cui non si è colpevoli, ma che possono esercitare un'influenza su tale incontro. Gli attributi che permangono per tutta la vita possono costringere il soggetto a svolgere sempre lo stesso ruolo; questi può trovarsi a dover svolgere il ruolo di stigmatizzato in quasi tutte le situazioni sociali in cui è coinvolto, rendendo naturale

che si parli di lui, come ho fatto io, in quanto individuo stigmatizzato la cui situazione di vita lo colloca in opposizione ai normali. Tuttavia, i suoi particolari attributi stigmatizzanti non determinano la natura dei due ruoli, normale e stigmatizzato, ma soltanto la frequenza con cui si assume uno dei due. E poiché stiamo parlando di ruoli di interazione, non di individui concreti, non dovrebbe sorprendere che in molti casi chi è stigmatizzato per certi aspetti» (ivi, 159).

In *Asylums* (1961/1968), Goffman studia le istituzioni totali, tra cui le prigioni o gli ospedali psichiatrici. La caratteristica tipica delle istituzioni totali è di far sì che gruppi di persone condividano il tempo in quei luoghi, andando ad abolire le situazioni tipiche del quotidiano: divertirsi, lavorare o semplicemente dormire. «Primo, tutti gli aspetti della vita si svolgono nello stesso luogo e sotto la stessa, unica, autorità. Secondo, ogni fase delle attività giornaliere si svolge a stretto contatto di un enorme gruppo di persone, trattate tutte allo stesso modo e tutte obbligate a fare le medesime cose. Terzo, le diverse fasi delle attività giornaliere sono rigorosamente schedate secondo un ritmo prestabilito. [...] Per ultimo, le varie attività forzate sono organizzate secondo un unico piano razionale, appositamente designato al fine di adempiere allo scopo ufficiale dell'istituzione» (Goffman, 1961/1968, 36). Ciò porta all'annullamento del proprio sé, alla perdita della propria identità sociale: «il nuovo arrivato si lascia plasmare e codificare in un oggetto che può essere dato in pasto al meccanismo amministrativo dell'istituzione, per essere lavorato e smussato dalle azioni di routine» (ivi, 46). «Il ricoverato è escluso, in particolare, dalla possibilità di conoscere le decisioni prese nei riguardi del suo destino. Che ciò accada nel campo militare (viene allora nascosta agli arruolati la destinazione del loro viaggio) o medico (si nasconde la diagnosi, il trattamento e la lunghezza della degenza prevista per i pazienti tubercolotici), questa esclusione pone lo staff ad un particolare punto di distanza dagli internati, conservando una possibilità di controllo su di loro» (ivi, 39).

Concludendo, «Il senso di estraneità e deprivazione esperito dai malati diviene il fulcro attraverso cui sostenere la caducità dell'identità dell'individuo; le restrittive norme dell'ospedale psichiatrico divengono il sostegno per illustrare i rituali normativi presenti nelle relazioni di tutti i giorni; le considerazioni sulla distanza dal ruolo che il personale sanitario mette in scena permettono a Goffman

di spiegare la funzione che i giochi di faccia assumono per il mantenimento dell'ordine cognitivo e morale dell'interazione» (Maturò, 2010, 64).

5. Le dimensioni della malattia

La nozione di salute è un ideale sociale e la sua concettualizzazione varia da cultura a cultura e da un periodo storico all'altro. Come già anticipato, vi sono diversi modelli che spiegano il concetto di salute⁵² da cui derivano le varie dimensioni. Freund e McGuire (1999) parlano del *modello medico*, che assume una chiara dicotomia tra la mente e il corpo, affermando «physical diseases are presumed to be located within the body» (Thomas, 2002, 17). Il modello medico presuppone che la malattia possa essere ricondotta a funzioni corporee, biochimiche o neurofisiologiche, disordinate e che escludono a priori la dimensione sociale, psicologica e comportamentale. La salute non è altro che assenza di patologie e il corpo è una macchina in cui la malattia è il malfunzionamento di alcuni meccanismi, per cui il medico è colui che può riparare tale malfunzionamento.

Riprendendo Parsons (1972), il *modello funzionale* sostiene che «health and illness reflect the level of *social* normality rather than physical normality characterizing an individual» (Thomas, 2002, 18). Questo approccio va contro il modello medico, in quanto a favore di un modello basato sull'importanza dell'agire e del ruolo sociale. «An individual with clinically identifiable symptoms, but who is adequately performing his or her social functions, should be considered “well.” Conversely, if an individual has no clinically identifiable symptoms but is unable to function, it may be appropriate to classify this individual as “sick”» (ibidem). La diagnosi viene fatta dal gruppo sociale e l'individuo è definito guarito solo quando può riprendere il suo funzionamento sociale (e non quando i segni clinici sono scomparsi).

Antonovsky (1979) introduce il *modello dello stress* (*stress model*), che si basa sull'autovalutazione dell'individuo nel definire il suo stato di salute o di malattia. Tale approccio sostiene l'influenza dello stress nella determinazione delle malattie, evidenziando la forte relazione tra mente e corpo. Il *modello legale*, invece, «is applied in situations where the legal “health” or competence of the individual is in

⁵² Si veda nello specifico R. K. Thomas, 2002, cap. 2.

question» (Thomas, 2002, 19). Si tratta di situazioni delicate come il ricovero involontario o quando il diretto interessato non ha le capacità di decidere per sé.

Infine, il *modello biopsicosociale* (Engel, 1977), già studiato in precedenza, sottolinea che i soli fattori biologici non sono sufficienti a spiegare gli stati di salute e di malattia, poiché è necessario comprendere anche i fattori psicologici e sociali. L'elemento sociale è fortemente implicato nella definizione, anche medica, della malattia; le condizioni socio-economiche sono «determinanti (non solo condizionanti!) nel produrre disuguaglianze di salute e, quindi, povertà, vulnerabilità ed esclusione sociale sono inestricabilmente legate al malessere bio-psico-sociale» (Maturò, 2010, 8). Ogni cultura possiede regole diverse per tradurre questi segni.

Secondo il modello medico, la malattia è presenza di una patologia biologica unicamente identificabile clinicamente. Secondo il modello funzionale, le persone che non rispettano o non possono rispettare le norme sociali sono considerate malate e la malattia è quindi una sorta di anormalità sociale. Il modello psicologico o “modello dello stress” considera l'individuo con condizioni di salute precarie solo se lui stesso si definisce in tal modo. La definizione legale di salute si applica spesso alla salute mentale, ad esempio nel caso di un obbligo a trascorrere del tempo in un istituto psichiatrico, per cui giuridicamente sarà lo psichiatra che dovrà definire in che misura l'individuo può essere una minaccia verso se stesso o verso gli altri. Dato il periodo di emergenza sanitaria causato dal Covid19, altro esempio molto attuale può riguardare l'obbligo, da parte di un giudice o di chi ha tale competenza, a rispettare un periodo di quarantena.

Fig. 3 – Definizione di salute (health) e malattia (sickness)

	<i>Modello Medico</i>	<i>Modello Funzionale</i>	<i>Modello Psicologico</i>	<i>Modello Legale</i>	<i>Modello di Reazione Sociale</i>
Health	Assenza di patologia	Capacità di svolgere le proprie funzioni	Autovalutazione del benessere	Stato di competenza (mentale); assenza di una <i>disease</i> comunicabile (fisica)	Assenza di sintomi socialmente riconosciuti
Sickness	Presenza di patologia	Incapacità di svolgere le proprie funzioni	Mancanza di autovalutazione del benessere	Stato di incompetenza (mentale); presenza di una <i>disease</i> comunicabile	Presenza di sintomi socialmente riconosciuti
Fonte della definizione	Scienziati medici	Gruppo sociale	Individuo interessato	Sistema giudiziario; agenzie della salute pubblica	Gruppi sociali potenti
Agente “certificatore”	Medici	<i>Significant other</i>	Individuo interessato	Sistema giudiziario; sistemi della salute pubblica	Agenzie controllate dai gruppi sociali potenti
Obiettivo terapeutico	Rimuovere la patologia	Ristabilire le funzionalità	Ristabilire il benessere	Proteggere l’individuo e la società	Controllare la devianza

Fonte: Thomas, 2002, 32, mia traduzione.

Seguendo Twaddle (1944), il concetto di malattia può essere suddiviso in tre dimensioni: *disease*, *illness* e *sickness* (Twaddle, 1994). Con *disease* si fa riferimento ad una situazione oggettivamente misurabile, usando il termine *illness* si parla della percezione che l’individuo ha della malattia stessa e con *sickness* si fa riferimento al modo in cui la malattia viene socializzata in base a narrazioni, etichette o relazioni di potere. Più specificamente, secondo Twaddle (1994, 8), «Disease is a health problem that consists of a physiological malfunction that results in an actual or potential reduction in physical capacities and/or a reduced life expectancy». Inoltre, «Ontologically, *disease* is an organic phenomenon (physiological events) independent of subjective experience and social conventions. Epistemically, it is measurable by objective means» (Hoffman, 2002, 652). La malattia, in questo caso, è percepita come una lesione organica, un evento

oggettivabile e misurabile; è indipendente dalla soggettività degli individui, dalla loro esperienza (come il dolore), dai contesti sociali.

«*Illness* is a subjectively interpreted undesirable state of health. It consists of subjective feeling states (e.g., pain, weakness), perceptions of the adequacy of their bodily functioning, and/or feelings of competence» (Twaddle, 1994, 10) In questo caso, si prende in considerazione lo stato soggettivo, emotivo degli individui, il modo con cui la malattia viene vissuta (Kleinman, 1988), che sarà reso accessibile solo in base alle relazioni sociali (Hoffman, 2002, 653). Le persone sono molto più che entità fisiologiche.

Infine, la dimensione di *sickness* indica il modo in cui la società rappresenta la malattia. «*Sickness* is a social identity. It is the poor health or the health problem(s) of an individual defined by others with reference to the social activity of that individual [...], an event located in society [...] defined by participation in the social system [...] measuring levels of performance with reference to expected social activities when these levels fail to meet social standards» (Twaddle, 1994, 11). «La *sickness* contribuisce a plasmare la dimensione di *illness* attraverso l'influenza che esercita nella percezione individuale della malattia» (Cardano *et al.*, 2020, 108), perché si riferisce alla componente pubblica o sociale della malattia stessa. *Sickness* è il processo necessario per la socializzazione della patologia (*disease*) e dell'esperienza che l'individuo fa della medesima (*illness*). Quando la condizione diventa pubblica, sia che l'annuncio venga dall'interessato sia che si presenti una diagnosi professionale, *illness* si trasforma in *sickness*. Se l'individuo non rivelasse i suoi sintomi e continuasse a svolgere attività sociali e i suoi ruoli adeguatamente o i sintomi passassero inosservati, lui o lei, anche se *ill*, non potrebbe essere considerato o considerata *sick* e se non fosse in grado di svolgere i ruoli sociali, anche se i sintomi non fossero riconosciuti clinicamente, sarebbe ugualmente *sick*. La *sickness* riflette le percezioni della società in quel momento.

Il concetto di *disease* è uno dei più dibattuti; d'altronde la medicina non è una scienza esatta. Hoffman (2001, 4-5) parla di due dimensioni del concetto di *disease*:

- *naturalista*: «defines disease in terms of natural (biological) processes. Disease is a value-free concept, existing independently of its social and cultural context. Disease can be discovered, studied and described by science; it is descriptive, and not normative»;

- *normativista*: «states that there is no such thing as a value-free concept of disease. The concept of disease is invented and not discovered. It is contextual and given by convention».

Per quanto riguarda la teoria naturalista, Boorse (1977, 542) sostiene che «diseases are internal states that depress a functional ability below species-typical levels. Health as freedom from disease is then statistical normality of function, i.e., the ability to perform all typical physiological functions with at least typical efficiency. This conception of health is as value-free as statements of biological function. The view that health is essentially value-laden, held by most writers on the topic, seems to have one of two sources: an assumption that health judgments must be practical judgments about the treatment of patients, or a commitment to “positive” health beyond the absence of disease. I suggest that the assumption is mistaken, the commitment possibly misdescribed». Boorse parla inoltre di normalità intesa come statistica e funzioni biologiche (ibidem). La malattia è un tipo di stato interno dell'organismo che

- a) interferisce con lo svolgimento di una o più funzioni naturali – come sopravvivenza e riproduzione – caratteristiche dell'età dell'organismo e
- b) non è semplicemente nella natura della specie ma è principalmente dovuto a cause ambientali.

La visione naturalista è determinata dalla *normalità statistica*.

La teoria normativista si basa sui valori e sulle norme. King (1954, 197) afferma che «Disease is the aggregate of those conditions which, judged by the prevailing culture, are deemed painful, or disabling, and which, at the same time, deviate from either the statistical norm or from some idealized status. Health, the opposite, is the state of well-being conforming to the ideals of the prevailing culture, or to the statistical norm. The ideal itself is derived in part from the statistical norm, and in part from the ab-normal which seems particularly desirable. Environmental states (both external and internal) which are intimately connected with the ideals and norms, are part of health, even-though the general public is unaware of them, while environmental states intimately connected with disease are similar parts of disease». La *disease* dipende dal contesto culturale e i limiti della normalità sono definiti dalle convenzioni sociali.

Entrambe le teorie hanno dei limiti, in particolare il fatto che il concetto di malattia non sia considerato multidimensionale:

«Firstly, it is a subjective phenomenon. A person may have a subjective feeling of pain, weakness or incompetence. Secondly, it is a bodily or mental matter. Health-care professionals study clinical and paraclinical signs and symptoms. Third, society at large becomes engaged in those cases where a person does not perform his normal activities. There might be other relevant dimensions as well. These three are, however, commonplace in medical sociology, medical anthropology and philosophy of medicine, and they are also of relevance to dentistry. According to this concept, the professional, personal and social dimensions of human ailment are normally referred to as *disease*, *illness* and *sickness* respectively» (Hoffman, Eriksen, 2001, 5).

Di seguito alcuni esempi:

Fig. 4 – Alcune dimensioni del disturbo (*ailment*) umano

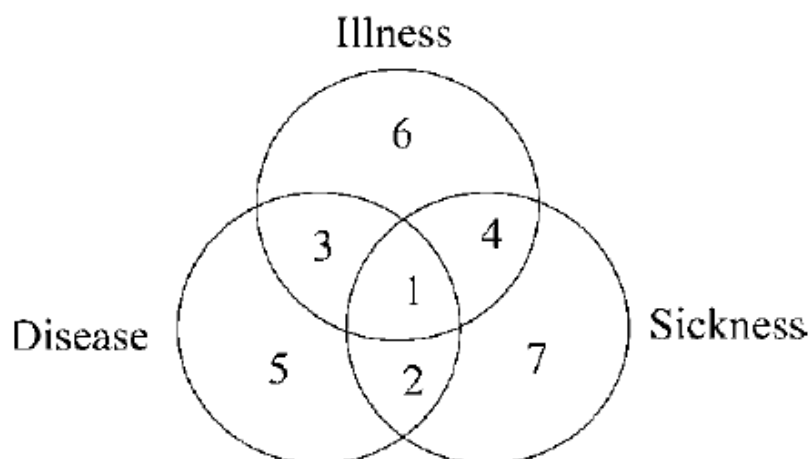
	<i>Disease</i>	<i>Illness</i>	<i>Sickness</i>
<i>Caratteristiche</i>	Sfera professionale	Sfera personale	Sfera sociale
<i>Obiettivo dell'attività</i>	Localizzare, spiegare e classificare il fenomeno nel perseguimento della cura	Spiegare a se stesso l'esperienza negativa	Diritti legali ed economici e liberazione dai doveri
<i>Validità</i>	Oggettivo	Soggettivo	Intersoggettivo
<i>Fenomeno studiato e alterato</i>	Fisiologico, biochimico, biomolecolare ed eventi mentali	Sofferenza (dolore, debolezza, sensazione di incompetenza)	Attività sociale (mancanza di)
<i>Intervento</i>	Cura (<i>cure</i>)	Assistenza (<i>care</i>)	Ricorsi

Fonte: Hoffman, Eriksen, 2001, 5, mia traduzione.

La presenza di queste dimensioni porta alla riduzione delle capacità delle persone: «In the case of *disease*, the capacity of the organism is reduced. With *illness*, the capacity of the person is a subjective matter, whereas the social capacity of the agent is evaluated by society in the case of *sickness*» (ivi, 5-6).

In definitiva, le persone sviluppano nozioni di salute e malattia che sono coerenti con la visione dei rispettivi ambienti culturali. Le persone si affidano al loro gruppo sociale per avere una comprensione della malattia e delle sue cause: il solo aspetto medico non risponde a tutte le domande.

Fig. 5 – Presenza di Disease, Illness e Sickness



Fonte: Hoffman, 2002, 653.

Twaddle sostiene che vi sia una sequenza temporale tra le tre dimensioni, ma Hoffman (2002, 653) afferma che «The conclusion of Nordenfelt's critical analysis of Twaddle's triad is that it is inadequate to define and describe the condition of "un-health". Only in the framework of a general theory of health based on a concept of disability can the triad be fruitful». La triade di Twaddle, prendendo in considerazione l'aspetto biologico (*disease*), psicologico (*illness*) e sociale (*sickness*), fa riferimento alla definizione di salute dell'OMS, secondo cui la salute è uno stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale.

Nordenfelt (1987, 36) sostiene che il benessere sia legato all'«ability to realise vital goals». Insieme al benessere, la salute è necessaria per raggiungere la felicità minima: «happiness is the most important variant of welfare» (ivi, 184). Per Twaddle e Nordenfelt i concetti di *disease*, *illness* e *sickness* sono sia collegati alla salute⁵³ sia all'assistenza sanitaria: «Disease is a health problem [...] illness is a subjectively interpreted undesirable state of health [...] and sickness is poor health or health problem(s) as defined by others» (Twaddle, 1994, pp. 8-11).

La sofferenza e la malattia possono essere determinate da situazioni diverse, in base allo stato psichico, all'ambiente sociale, economico e culturale; ogni caso è a sé, per cui è necessario cercare di definire più indicatori possibili per poter rendere operativizzabile il concetto.

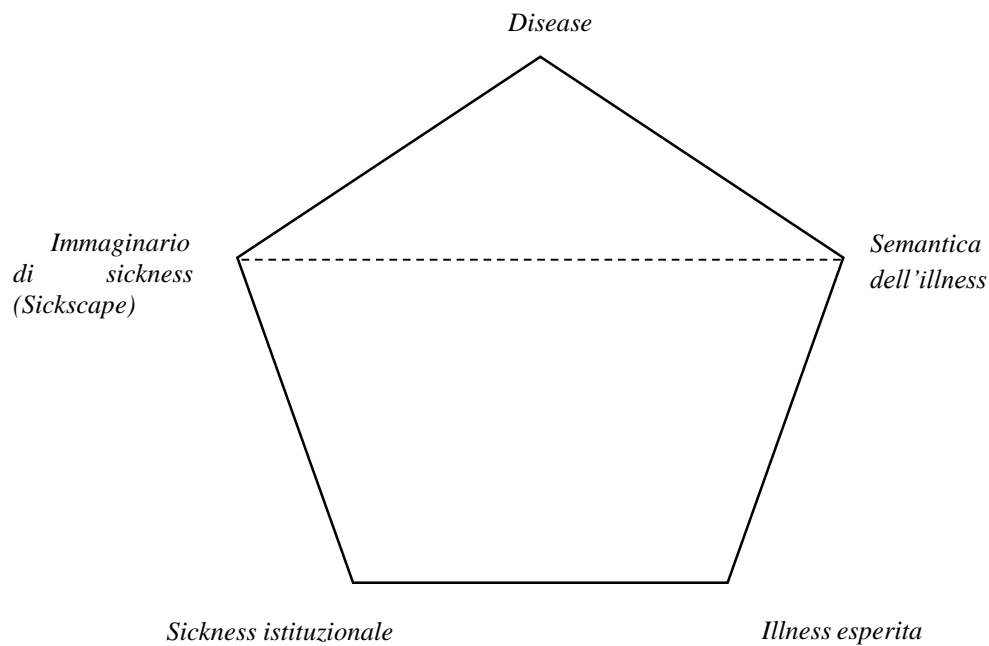
⁵³ Definita da Twaddle (1974, 31) come «individual's capacities for task or role performance».

In quanto sociologo, Twaddle tende a dare importanza alla dimensione di *sickness* per cercare cause di eventi biologici nell'organizzazione sociale⁵⁴. Hoffman afferma però che le situazioni peggiori e di difficile interpretazione sono quelle in cui viene a mancare la dimensione di *illness*: «there appears to be an epistemic and normative primacy of the concept of illness. This accords well with a substantial critique of modern medicine directed at its ignorance of the subjective experience of the individual patient, i.e., illness. It also agrees with modern medicine's challenge of the epistemic-normative foundation of medicine evident from antiquity until today: the primacy of the individual person who is ill» (Hoffman, 2002, 663).

Fino ad ora, quanto affiora è che le tre dimensioni non sono particolarmente chiare. La dimensione di *illness* racchiude in sé la percezione della malattia da parte del singolo, la sua esperienza di dolore e il vissuto della malattia; la dimensione di *sickness*, invece, racchiude non solo l'immaginario collettivo di malattia, le convenzioni sociali e le sue rappresentazioni, ma anche il riconoscimento istituzionale del concetto di malattia (si veda infatti il *sick role* di Parsons). Tali dimensioni sono complesse da operativizzare, ecco perché Maturò ne ha introdotte altre due:

⁵⁴ Inizialmente si cercavano spiegazioni biologiche anche per quanto riguardava l'organizzazione sociale. Nonostante ciò sia stato utile per un primo periodo, di seguito si ritenne importante porre in relazione la salute ad altri aspetti dell'ordine sociale: da qui il concetto di *sickness* (Twaddle, Hessler, 1978, 127).

Fig. 6 – Il Modello-P della malattia



Fonte: Maturo, 2010, 123.

La triade di Twaddle viene integrata da altre due dimensioni, formulando il *Modello-P* (la cui lettera 'p' sta per penta, che dal greco significa cinque):

«Per *illness esperita* intendo ogni percezione di dolore, sofferenza o ansia da parte del soggetto indipendentemente dalla presenza o meno di alterazioni organiche rilevabili attraverso strumentazioni bio-mediche.

Per *semantica dell'illness* intendo il senso che una persona dà alla propria condizione di malattia. Tale interpretazione [...] può essere legata a una condizione *oggettiva* (disease), può essere legata all'*illness esperita*, può essere rivolta ad entrambe. Non necessariamente deve assumere il connotato della problematicità (anche la morte può essere attesa serenamente, ad esempio).

Per *sickness istituzionale* intendo l'ingresso nel sick role parsonsiano con le conseguenti modifiche al ruolo sociale del soggetto (assenza dal lavoro, limitazione delle attività quotidiane, legittimità nel passare molto tempo in ambiente domestico...).

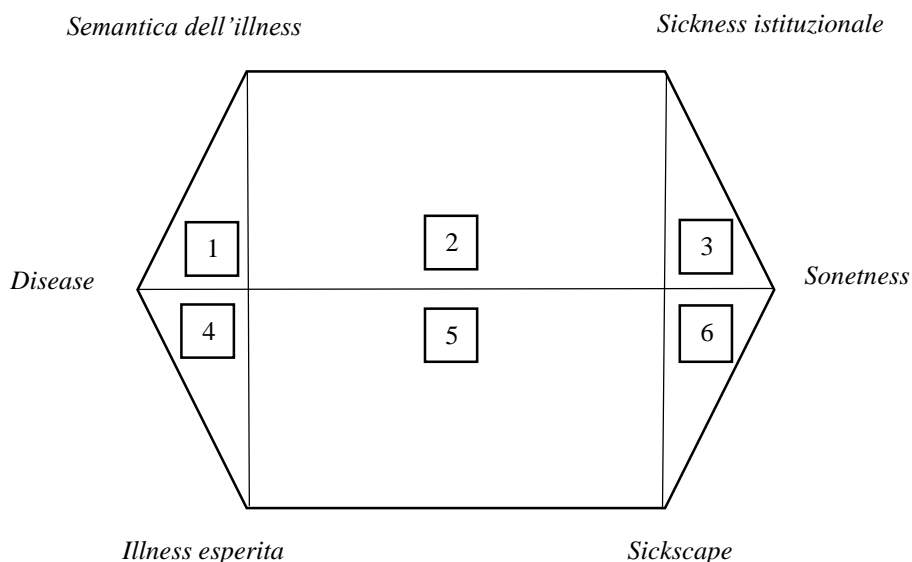
Per *immaginario di sickness* intendo le rappresentazioni sociali della malattia, ovvero le concezioni di malattia (o evento giudicato patologico) della popolazione o di uno specifico gruppo sociale (subculture) e la rappresentazione che i media, qui genericamente intesi, danno di una specifica malattia o evento costruito come

patologico. Come sinonimo di tale denominazione utilizzerò il termine *sickscape*, traducibile (anche se non rende) come “scenario di malattia”.

La linea tratteggiata, nella figura, sta ad indicare il continuum tra rappresentazioni individuali e rappresentazioni sociali di malattia» (Maturò, 2010, 122).

Il modello-P, benché abbia cercato di rendere più chiare e meno ambigue le dimensioni di Twaddle, risulta ancora incompleto. Pertanto Cleto Corposanto ha teorizzato il *Modello ESA* (da esagono, comprendete quindi sei dimensioni). Nonostante le teorie nativiste o normativiste, la dimensione di *disease* non è stata particolarmente considerata, per cui Corposanto (2011) ha deciso di sdoppiarla, mantenendo da un lato il termine *disease* e dall'altro aggiungendo la dimensione di *sonetness*: «Lo sdoppiamento del termine Disease consente quindi da un lato di mantenere lo stesso termine per connotare la valenza prettamente medica della malattia, dall'altro di identificare una dimensione sociale, di sofferenza legata alla perdita di reti di relazioni sociali, che possiamo definire Sonetness (una sorta di sofferenza dovuta a sofferenze di Social Networks)» (Corposanto, 2011, 55). Graficamente è rappresentato dalla figura seguente:

Fig. 7 – Il Modello ESA



Fonte: Corposanto, 2011, 55.

Seguendo Corposanto (2011, 55-56), nella parte sinistra della figura si trovano le dimensioni riguardanti la valenza medica della malattia e la sua singolarità, ossia la malattia vera e propria (cioè *disease*), l'interpretazione e il senso che ognuno dà personalmente alla malattia (*semantica dell'illness*) e la percezione della sofferenza (*illness esperita*). A destra vi sono invece le dimensioni che riguardano la sfera sociale, il *sick role* di Parsons (*sickness istituzionale*) e quindi il ruolo del malato all'interno della società, «la rappresentazione sociale della malattia (*sickscape*) e le ripercussioni sulle reti sociali e relazionali connesse alla malattia (*sonetness*)» (ivi).

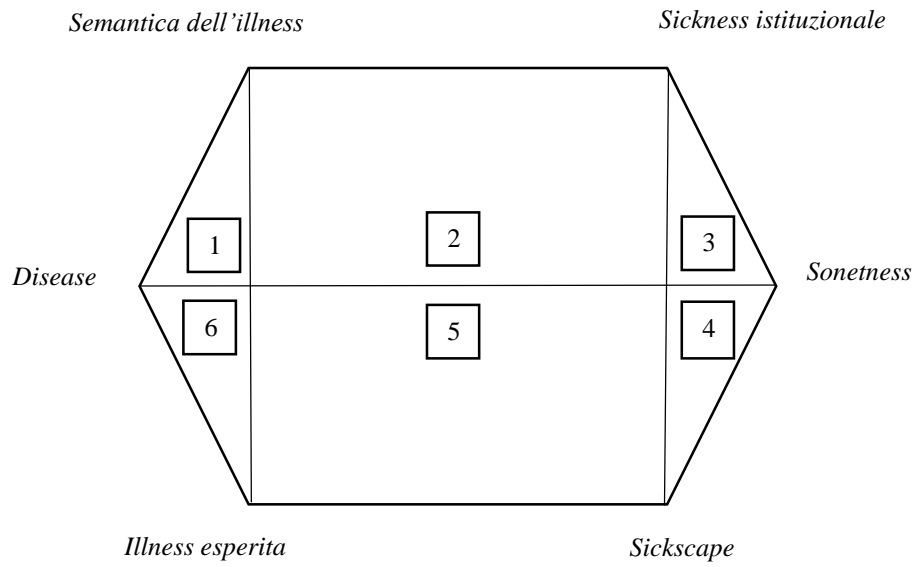
In base alla figura precedente, Corposanto definisce gli ambiti di interpretazione delle possibili combinazioni delle dimensioni, presentando un'anomalia, poiché se si segue lo schema della Figura 8, i numeri 4 e 6 della Figura 7 dovrebbero essere invertiti come nella Figura 9:

Fig. 8 – Gli ambiti interpretativi del Modello ESA

<i>Numero Connessione</i>	<i>Elementi contigui</i>	<i>Ambiti di interpretazione</i>
1	Disease-Semantica dell'Illness (base di lavoro per la EBM)	Legittimazione medica della sofferenza
2	Semantica dell'Illness-Sickness istituzionale	Presa in carico istituzionale della sofferenza
3	Sickness istituzionale-Sonetness	Capacità di costruire capitale relazionale a partire dalla consapevolezza della certificazione
4	Sonetness-Sickscape	Capacità di costruire capitale relazionale a partire dall'immaginario sociale della malattia
5	Sickscape-Illness esperita	Costruzione sociale dell'immaginario sociale di malattia a partire dalla sofferenza individuale
6	Illness esperita- Disease (base di lavoro per la NBM)	Costruzione della diagnosi condivisa

Fonte: Corposanto, 2011, 56.

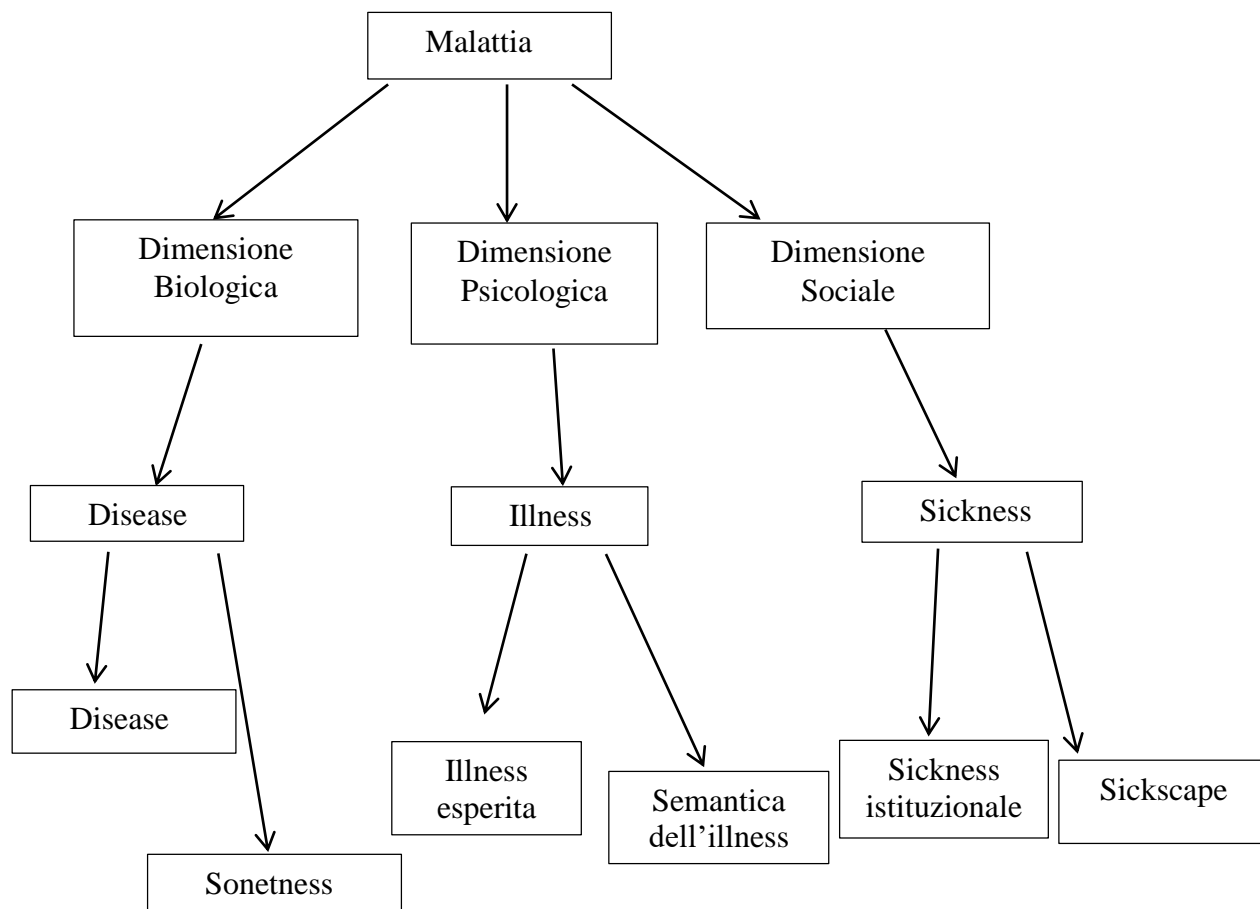
Fig. 9 – Modello ESA modificato



Fonte: elaborazione personale.

Partendo quindi dal concetto di malattia, si può affermare secondo la figura seguente:

Fig. 10 – Le dimensioni del concetto di malattia



Fonte: mia elaborazione.

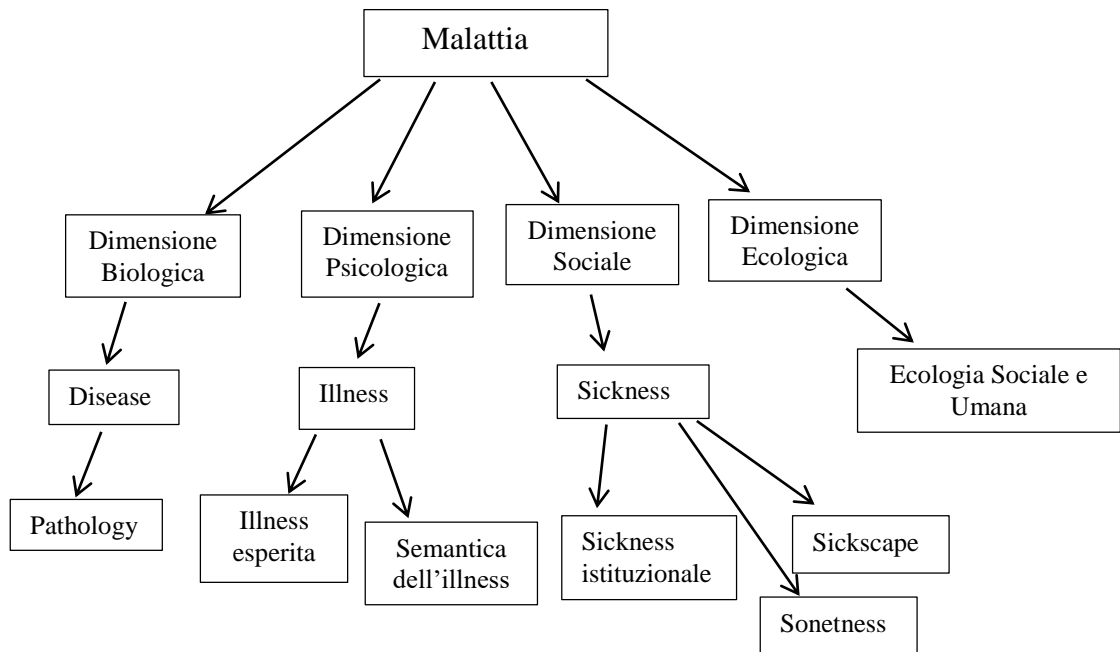
Seguendo l'iter proposto prima da Twaddle, poi da Maturo e infine da Corposanto, ogni dimensione è stata suddivisa in due subdimensioni. Ciò che potrebbe essere modificata è la subdimensione *Disease*, per cui sarebbe più opportuno definirla in maniera più precisa ed evitare la ripetizione del termine, magari con *Pathology*.

La relazione sociale è «la realtà immateriale (che sta nello spazio-tempo) dell'interumano, ossia ciò che sta fra i soggetti agenti, e che – come tale – costituisce il loro orientarsi e agire reciproco per distinzione da ciò che sta nei singoli attori – individuali o collettivi – considerati come poli o termini della realtà» (Donati, 2013, 41). È vero che la dimensione di *sonetness* si riferisce a come la diagnosi medica della malattia possa modificare le relazioni sociali, però, forse, piuttosto di essere considerata una subdimensione di *disease* converrebbe definirla subdimensione di *sickness*. D'altronde altro non è che l'insieme delle parole *Social Network Sickness*.

La dimensione di *disease* può creare *pain* (dolore fisico) e *ailments* (disturbi), mentre *illness* crea *sorrow* (dolore psicofisico). Per quanto riguarda *sickness* non è ancora stato definito un termine che rimandi al dolore che causa. Quanto si può affermare è che derivi da uno stigma, provocando un *dolore sociale* (Pérez *et al.*, 2020, 269). Il dolore sociale è «la reazione emotiva conseguente alla percezione dell'individuo di esclusione o rifiuto da parte di persone o gruppi con cui desidera relazionarsi, che produce gli stessi sentimenti di sofferenza del dolore fisico, generando un'esperienza emotiva di dolore. Include esperienze di isolamento, solitudine, ostracismo, perdita, dolore, rifiuto, feedback sociale negativo e conflitto interpersonale» (ibidem, mia traduzione). Il dolore sociale è stato definito dal *paradigma del cyberball* (Williams *et al.*, 2002), che è un gioco al computer in cui i partecipanti giocano a palla. Dopo un tempo in cui il gioco è equilibrato, i giocatori smettono di lanciare la palla al partecipante provocando effetti psicologici e neuronali importanti, tra cui il senso di esclusione. La *sickness* può creare *social pain* e *social sorrow*.

Poiché l'uomo è parte della natura, al modello bio-psico-sociale della salute si dovrebbe aggiungere la *dimensione ecologica* (Boleyn, Honari, 1999); l'uomo è parte integrante del contesto in cui si trova, della natura e dell'ambiente in cui vive e da esso la sua salute può essere influenzata positivamente o negativamente:

Fig. 11 – La dimensione ecologica



Fonte: mia elaborazione.

«Health control is a matter of deeper consciousness. *Disease* is what it says, namely, *absence of ease* and an imbalance of the self. Maintaining health also requires balance, the base of which is discipline. There is a price to pay for excess in behaviour and activities which destroy balance and cause malaise. There is a need in sustainable development for discipline to build a machinery of skills and institutions which are required to maintain health and the health of all. Health is a global affair - who would think of a state of health separated from the holistic sense that *everything connects with everything?*» (Boleyn, Honari, 1999, xvi).

«Health and environment are transdisciplinary, multi-dimensional and holistic in nature. [...] Human ecology has the potential to place health at the centre of human and environmental interactions» (Honari, 1999, 1-2). Honari (ivi, 3) parla inoltre di tre sottodimensioni: ambientale, relazionale e la dimensione olistica. Oltre a quanto afferma l'autore, la dimensione ecologica può essere suddivisa ancora nella sottodimensione biologica, si vedano per esempio le reazioni allergiche, la dimensione psicologica, come lo stress posttraumatico, e la dimensione sociale. «*Health is a sustainable state of well-being, within sustainable ecosystems, within a sustainable biosphere*» (ivi, 20, corsivo dell'autore). Per un individuo essere sano significa essere: «*physically sound, mentally intact, spiritually happy, socially*

active, politically aware, economically productive and culturally responsible» (ibidem).

Anche in questo caso, i problemi della *health ecology* sono molti e da ciò derivano gli indicatori necessari per lo studio della nuova dimensione:

- *«the multi-dimensional nature of the environment.*
- *The integrative relations that humans develop in inter-action with their environment.*
- *Sustainability*, which is the recognition of fundamental limits in utilisation of resources. It is necessary to re-examine paradigms, principles and practices of sustainability in relation to human health.
- *Life expectancy* seen not only in terms of longevity, but also as concerned with expectancy of development at different stages and in different settings, establishing the elements of quality in life.
- *Health as the core element of the public domain* concerned with community participation, advocacy and empowerment.
- *The provision of a theoretical model which offers a logical framework of interactions at various levels*, of individuals, institutions and open communities.
- *The assessment and management of resources and risks in and for the creation of healthy ecosystems»* (ivi, 22-23, corsivo dell'autore).

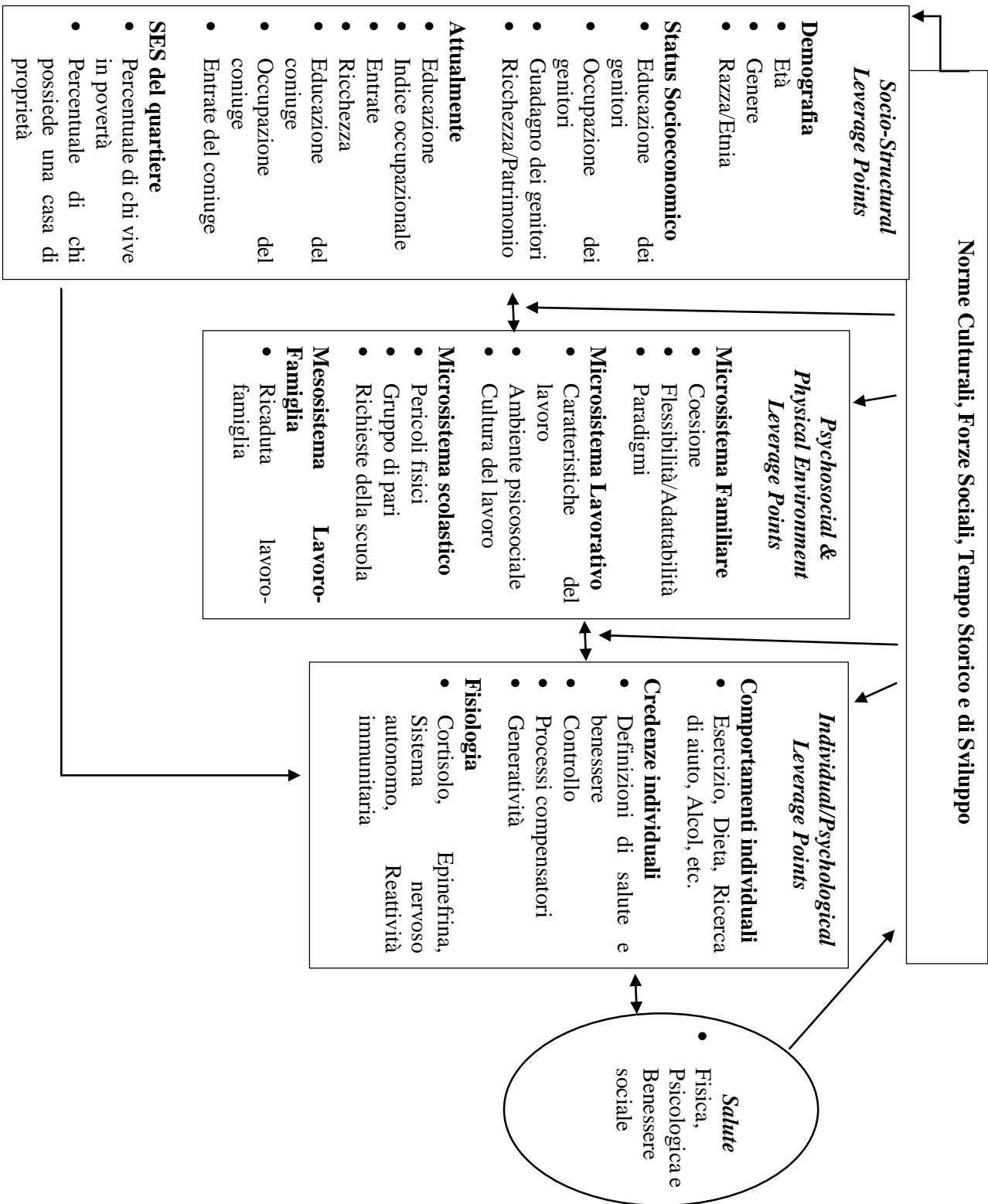
Non vi è un'adeguata ecologia se non è accompagnata da studi antropologici e sociologici (Strassoldo, 1993)⁵⁵. Lo studio del concetto di malattia richiede indicatori che riguardano la sfera individuale, psicologica, sociale, ambientale, familiare, economica, etc., per cui di seguito si studieranno nello specifico i vari determinanti.

«Some individual characteristics elicit different responses from the social environment that are relevant, and in some cases, vital to good health. [...] The *mesosystem* (ie, the interrelation among two or more settings or context) a higher level in the social environment that has the possibility of directly influencing health and therefore necessitates health professionals' attention. [...] ecological approaches are fundamentally concerned with specifying the individual and environmental conditions necessary for individual action» (Grzywacz, Fuqua,

⁵⁵ Online su https://www.treccani.it/enciclopedia/ecologia_%28Enciclopedia-delle-scienze-sociali%29/.

2000, 102-103, corsivo dell'autore). Secondo gli autori, i modelli ecologici sono molto complessi, per cui hanno identificato le dimensioni che per loro si presentano più spesso:

Fig. 12 – Il modello ecologico della salute



Fonte: Grzywacz, Fuqua, 2000, 104.

«A social ecological perspective can offer specific implications for professionals attempting to improve the health of individuals, communities, or populations» (ivi, 108). La dimensione ecologica serve quindi per sottolineare l'influenza del contesto in cui vivono le persone sulla loro salute: «The social ecological model provides many advantages over other models of health. In contrast to more discipline specific models in which health is viewed as an outcome of explicitly biological, social, or psychological phenomena, ecological models integrate and incorporate key features across disciplines. A social ecological model of health facilitates practice and research that is non reductionistic by acknowledging and incorporating the reality that health is a biopsychosocial phenomenon. Consequently, social ecological models can lead to a more comprehensive understanding of health and can provide a foundation for more effective health interventions for real people living in complex environments» (ivi, 109).

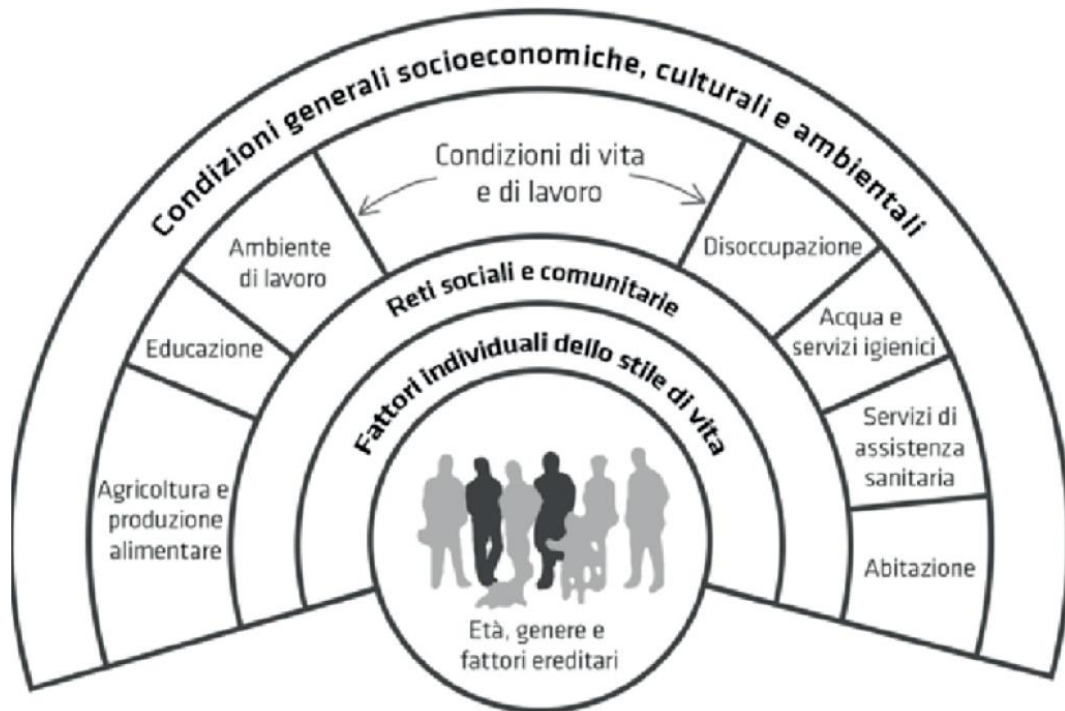
6. I determinanti sociali della malattia e della salute

Poiché le dimensioni della salute e della malattia sono molteplici, anche gli indicatori necessari per il loro studio saranno altrettanti. I determinanti dei due concetti evidenziano l'influenza che i contesti in cui le persone vivono condizionano negativamente o positivamente lo stato della loro salute. I determinanti sociali sono «le cause delle cause, le condizioni in cui gli individui nascono, crescono, vivono, lavorano, invecchiano e muoiono. Queste condizioni comprendono, nella loro relazione interdipendente, le *circostanze socioeconomiche, culturali e ambientali* del più ampio contesto sociale, l'*ambiente e i contesti di vita delle persone* (alimentazione, istruzione, ambiente di lavoro, reddito, acqua e impianti igienici, servizi sanitari, abitazione), le *reti sociali e di comunità e gli stili di vita individuali*» (Aillon *et al.*, 2019, 27, corsivo dell'autore).

La Commissione sui determinanti sociali dell'organizzazione mondiale della sanità (Csdh, 2008) afferma che vi sono contesti che possono essere più o meno nocivi per la salute delle persone, sottolineando la forte incidenza della posizione sociale e dello status socioeconomico. Nonostante ciò, la salute dipende anche da altri elementi, non solo di tipo economico, ma anche dall'insieme delle capacità delle stesse persone (Nussbaum, 2011).

Di seguito, la figura 13 cerca di spiegare quanto detto (Dahlgren e Whitehead, 1991):

Fig. 13 – I determinanti sociali



Fonte: Dahlgren, Whitehead, 1991, 11.

I determinanti sociali della salute e della malattia possono essere raggruppati in quattro dimensioni:

- le componenti fisse: età, genere, fattori ereditari;
- le componenti modificabili: fattori individuali dello stile di vita;
- ambiente: agricoltura e produzione alimentare, educazione, ambiente di lavoro, condizioni di vita e di lavoro, disoccupazione, acqua e servizi igienici, servizi di assistenza sanitaria, abitazione;
- il contesto: reti sociali e comunitarie.

I determinanti sociali possono essere suddivisi in varie categorie, comprendendo le condizioni socioeconomiche, culturali e ambientali, come già affermato nello studio delle dimensioni del concetto di malattia. I comportamenti personali, gli stili di vita, i fattori sociali ed economici, le condizioni di vita e di lavoro, l'accesso ai servizi sanitari, i fattori genetici possono rivelarsi un vantaggio o uno svantaggio

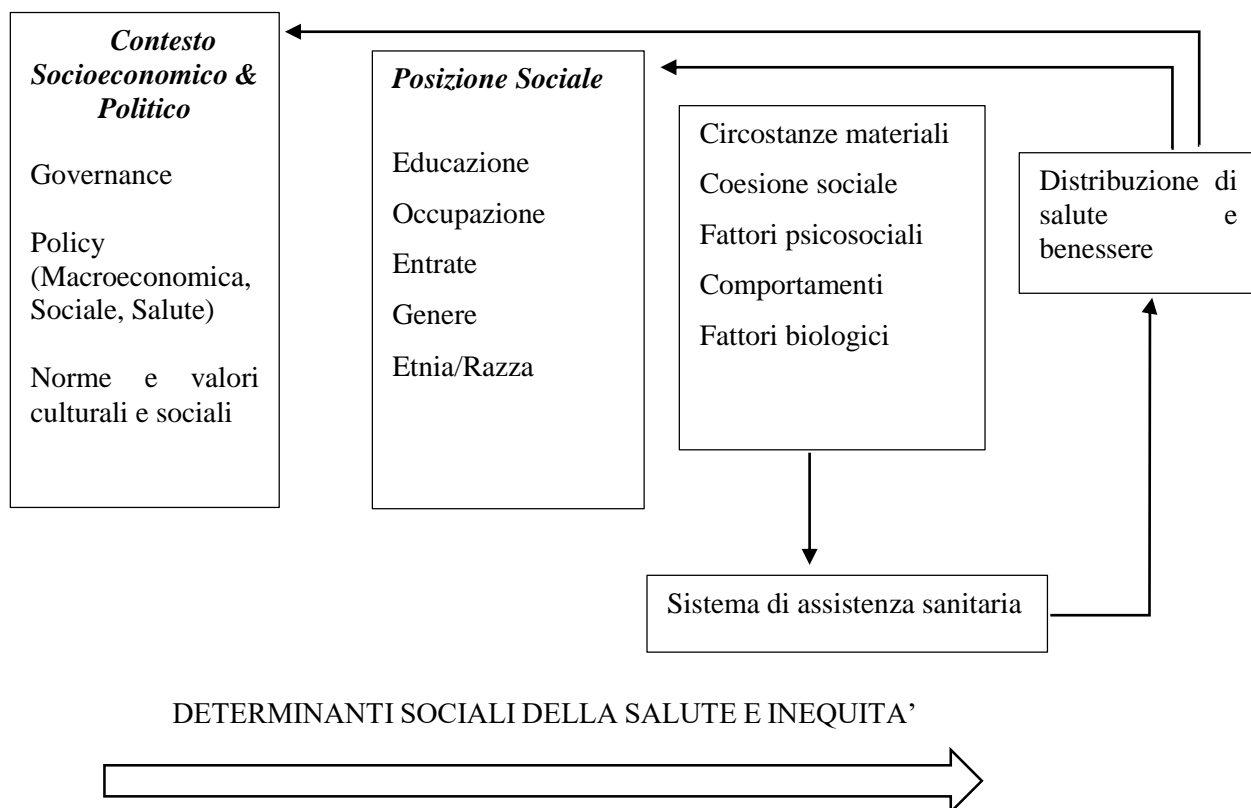
per la comparsa di malattie. Inoltre, Berkman e Syme (1979) evidenziano anche l'importanza delle relazioni sociali (come negli anni a seguire fece anche Corposanto con la dimensione *sonetness*, cfr. sopra par. 5). In base a un loro studio, chi ha un basso indice di *social networking* ha una doppia possibilità di mortalità rispetto a chi ha molte relazioni e contatti sociali, per cui il capitale sociale è da considerarsi un determinante della malattia. Putnam (1995) definisce capitale sociale tutte le caratteristiche della vita sociale, come le relazioni, la fiducia, le norme. Aldrige e altri (2002, 11-12) specificano invece tra:

- *bonding social capital*, ossia il capitale sociale vincolante, come i vincoli di parentela, amicizia (per questo sono definiti legami forti);
- *bridging social capital*, ovvero il capitale sociale “collegante”, che evidenzia i legami deboli, come per esempio quelli tra amici di amici;
- *linking social capital*, che unisce, collega, mette in relazione i membri di diversi livelli sociali, si vedano i politici con i cittadini.

Seguendo Maturo (2010, 18, corsivo dell'autore), «si sostiene che il capitale “dei vincoli” (*bonding capital*) sia connesso alla (buona) salute mentre, come visto, il capitale “collegante” (*bridging capital*) sia connesso al trovare lavoro. Chi è inserito in una famiglia numerosa e unita e chi ha buoni rapporti con vicinato e amici ha elevate possibilità di essere supportato e di ricevere un'assistenza tangibile quando ne ha bisogno. Ovvero, nella maggior parte dei casi, nella vecchiaia. Si può però dimostrare che anche il *bridging capital* ha effetti positivi sulla salute».

I determinanti sociali della salute, e quindi della malattia, si riferiscono anche all'influenza che i contesti (ecco perché l'importanza della dimensione ecologica) hanno nel condizionare lo stato di salute delle persone e delle popolazioni (Aillon *et al.*, 2019). Salute e malattia sono l'esito delle interazioni fra le persone e il mondo circostante.

Fig. 14 – Quadro concettuale proposto dalla Commissione sui determinanti sociali della salute



Fonte: European Parliament, 2006, 12.

La Commissione sui determinanti sociali della salute ha cercato di definire un modello dei determinanti sociali con un quadro concettuale per studiare la salute globale, eliminare le disuguaglianze di salute e migliorare le condizioni di vita. Nello specifico, nel corso degli anni sono stati effettuati diversi studi, tra cui quelli di Cornwell (1984) e Pound *et al.* (1998) sugli anziani che hanno subito infarti appartenenti alla classe operaia dell'East End London. Sebbene l'attacco di cuore venga visto come un evento traumatico, in questi casi, invece, sembra essere normalizzato⁵⁶, perché attribuito alla scala sociale bassa, ai lavori duri tipici degli operai del tempo, al punto da giustificare l'uso e abuso di alcol e fumo per fronteggiare lo stress e la fatica. Uno dei determinanti della salute è quindi la classe sociale di appartenenza: «a parità di esposizione ai fattori di rischio, chi, appartenendo a una classe sociale più bassa, occupa posizioni più svantaggiate, è più vulnerabile a queste esposizioni e, rispetto a chi si trova in posizioni di

⁵⁶ Si veda la teoria del benessere soggettivamente considerato (Parra Saiani, 2009, cap. 9).

vantaggio, a parità di esposizioni, vedrà peggiorare maggiormente la propria posizione sociale in seguito alla malattia, aumentando la probabilità di innescare un pericoloso circolo vizioso di malattia e declino sociale» (Aillon *et al.*, 2019, 29). Ma non si tratta unicamente di povertà: la deprivazione è «not only in the analysis of social conditions but also, in an applied form, as an instrument of policy in allocating resources to particular regions, areas and services» (Townsend, 1987, 125); «a state of observable and demonstrable disadvantage relative to the local community or the wider society or nation to which an individual, family or group belongs» (ibidem). Pertanto, può fare riferimento a condizioni fisiche, ambientali, sociali ed economiche che determinano uno stato di svantaggio, in relazione al territorio in cui vive l'individuo ed è quindi da distinguere dal concetto di povertà.

Il concetto di deprivazione si riferisce a caratteristiche di un determinato campione di popolazione, non limitandosi solamente a indicatori materiali, ma anche culturali e sociali: «deprivation covers' all the various misfortunes people can suffer in society'» (Townsend, 1987, 126). Townsend (1987, 127) parla di deprivazione materiale e sociale: «the concept of 'social deprivation' provides a useful means of generalising the condition of those who do not or cannot enter into ordinary forms of family and other social relationships» (ivi, 128). Gli indici di deprivazione fanno riferimento ad una unità geografica ben definita, all'interno della quale misurano la proporzione di nuclei familiari che presentano una combinazione di caratteristiche che indicano un basso tenore di vita, un alto fabbisogno di servizi oppure una compresenza di entrambi i fattori. Vi è uno stretto legame tra il concetto di deprivazione e quello di territorio, in quanto la deprivazione è uno stato di svantaggio, sotto la forma di deprivazione materiale laddove si ha mancanza di servizi, beni e risorse e di deprivazione sociale come forma di non partecipazione nelle relazioni o ruoli di cui l'individuo non prende parte nella società o nel gruppo di riferimento. «Empirically the pattern of deprivation will include many paradoxes. People with prosperous home conditions will be deprived at work, and vice-versa. Some people who are materially deprived will be less socially deprived than their conditions would lead observers to expect» (Townsend, 1987, 128).

Già prima del Covid19, il concetto di deprivazione è stato spesso riferito a quello di salute: la presenza di un'elevata concentrazione di malattia nelle aree disagiate è un tema dibattuto da tempo. Se prima si pensava fosse solo l'effetto della povertà,

ora si è cominciato ad ipotizzare che anche il contesto possa esercitare una notevole influenza sulla salute. Accanto ad un forte effetto delle condizioni socio-economiche individuali, le cattive condizioni sociali ed ambientali del territorio in cui si vive esercitano un'influenza non trascurabile sulla salute.

Come Thomas e Thomas sostengono in *The Child in America. Behavior problems and programs*, «if men define situations as real, they are real in their consequences. The total situation will always contain more and less subjective factors, and the behavior reaction can be studied only in connection with the whole context, i.e., the situation as it exists in verifiable, objective terms, and as it has seemed to exist in terms of the interested persons» (Thomas, Thomas, 1928, 572). «La situazione è l'insieme di valori e di atteggiamenti con cui l'individuo o il gruppo ha rapporti in un processo di attività, e rispetto ai quali è progettata e vengono valutati i suoi risultati. Ogni attività concreta è la soluzione di una situazione. La situazione comprende tre tipi di dati: 1) le condizioni oggettive entro le quali devono agire l'individuo o la società, cioè la totalità di valori – economici, sociali, religiosi, intellettuali etc. – che al momento dato influenzano direttamente o indirettamente lo stato cosciente dell'individuo o del gruppo; 2) gli atteggiamenti preesistenti dell'individuo o del gruppo che al momento dato esercitano un'influenza reale sul suo comportamento; 3) la definizione della situazione, cioè la concezione più o meno chiara delle condizioni e la consapevolezza degli atteggiamenti» (Thomas, Znaniecki, 1918/1968, 61).

Amartya Sen afferma che «le reazioni mentali, spesso, riflettono forme frustranti di compromesso con una realtà particolarmente dura, dettate dalla mancanza di speranza. Il mezzadro insicuro, il bracciante agricolo sfruttato, il lavoratore domestico soverchiato di lavoro, la casalinga sottomessa, tutti questi soggetti possono venire a patti con le loro rispettive condizioni, in modo tale che torti subiti e malcontento siano come sommersi da una resistenza gioiosa indotta dalla necessità di sopravvivenza. La persona socialmente sottomessa e priva di ogni speranza perde il coraggio di desiderare un patto sociale migliore e impara a trarre piacere da un'esistenza fatta di piccole misericordie» (Sen, 1984/1992, 344).

Seguendo Carrieri e Bilger (2010, 3), esistono quattro meccanismi che potrebbero aumentare lo stato di deprivazione degli individui: le carenze materiali «legate a problemi ambientali quali inquinamento e rumore e da un ambiente sociale caratterizzato da problemi di criminalità e vandalismo», i «fattori

psicosociali, ovvero una più bassa dotazione di capitale sociale, più bassi livelli di fiducia, minore coesione sociale e maggiore deprivazione relativa», «i fattori comportamentali, legati al contagio degli stili di vita, attraverso effetti di induzione (i cosiddetti *peer-effects*) o attraverso l'adozione di norme sociali comunitarie» (si veda anche il concetto di 'privazione relativa' di Stouffer) e i «fattori legati all'accessibilità ai servizi, sia sanitari, che extra-sanitari ma rilevanti per la salute come aree verdi, in cui praticare attività fisica o negozi che vendano cibi di qualità».

Lo stato socioeconomico è spesso definito in termini di reddito, istruzione o status professionale. Poiché il reddito è la misura della classe sociale più facilmente quantificabile è stata la variabile socio-economica più frequentemente connessa allo stato di salute.

«Are my symptoms normal or abnormal? Symptoms and their perceived danger are subjected to some form of evaluation. Because frequent background symptoms are a normal event for most people, it tends to be the symptom which is unusual or atypical in form or context which is seen as most threatening.

1. Certain symptoms are classified as normal probably because of their wide prevalence in society. Headaches for example are so common that only about 1 in 200 is presented to the doctor; those that turn up are presumably unusual in some way, perhaps in terms of 'normal' frequency or context.
2. Normality may not only be defined by reference to the total society but also to smaller groupings within the community. Every member of a society belongs to a number of such sub-groups and will therefore tend to accept the expectations of these groups with regard to symptoms and illness. For example, one of the expectations of old age is that more general aches and pains will be experienced than in younger people. The experience of such symptoms may be seen as normal by many old people and many may be tolerated without bothering the doctor. Even when the patient presents to the doctor, this 'normalization' may block the emergence of important diagnostic information. While taking a medical history from a patient who smokes it is not uncommon to find that he denies having a cough. On prompting he (and, increasingly, she) often remonstrates, 'Oh, its only a smoker's cough'. The patient has interpreted 'Do you have a cough?' as 'Do you have an abnormal cough?' to which, for a patient who coughs every morning and perhaps lives in a household of similar people, the answer is no.

3. Earlier events may also be called upon to normalize the presence of a symptom. For example, a rodent ulcer might be seen as a bruise which has not healed from an earlier bump on the forehead or the lump of a breast cancer might be explained away by some half-forgotten injury; as it grows very slowly in size its characteristics are not seen as abnormal as it increasingly 'has always been like that'. It is sometimes only when the cancer breaks down and fungates that the patient comes to the doctor complaining of the abnormal and socially unacceptable smell» (Armstrong, 1980, 5).

Il capitale sociale è un altro elemento da tenere in considerazione, ossia l'insieme di risorse materiali e immateriali ottenuto grazie alla rete di relazioni interpersonali basata su principi di reciprocità e mutuo riconoscimento (Bourdieu, 1990, 2). Non è importante solo la quantità assoluta di risorse possedute, ma anche la differenza, in positivo o in negativo, nel confronto con altri: si parla di «deprivazione relativa a parità di reddito assoluto, materiale e oggettivo, per esempio, l'aspettativa di vita di due persone può variare notevolmente sia in funzione della posizione sociale occupata in relazione agli altri, sia delle caratteristiche di maggiore o minore equità della società stessa» (Aillon *et al.*, 2019, 30). I determinanti socio-economici possono essere definiti facendo riferimento alla povertà, all'occupazione, all'esclusione sociale e alle relazioni sociali.

Vi sono anche determinanti «non modificabili» (Maturò, 2009, 130), come la propensione genetica, l'età e il sesso; vari studi sottolineano infatti l'inclinazione delle donne a raccontare il proprio malessere con maggiori dettagli rispetto agli uomini, come se avessero percezioni peggiori e ricche di rimandi psicologici (García-Calvente *et al.*, 2012; Jaworska, Ryan, 2015). Le donne spesso riconoscono da subito la loro condizione di malattia sentendosi più pronte psicologicamente a gestirne le conseguenze; diversamente accade all'uomo (probabilmente a causa degli stereotipi che caratterizzano il genere maschile).

Anche l'età è un indicatore da prendere in considerazione. La malattia crea una vera e propria rottura biografica, che porta ad una sensazione di inadeguatezza. Favretto e Zaltron (2013) sottolineano che la percezione della malattia non cambia molto dal bambino all'adulto. Nonostante i modi di raccontare la malattia stessa, sia nel bambino sia nell'adulto, i criteri di gravità della malattia, gli stereotipi e i processi sono simili.

Maturo (2010, 130) afferma quanto segue nella tabella seguente:

Tab. 1 – I determinanti della salute e della malattia

<i>Non modificabili</i>	<i>Socio-economici</i>	<i>Ambientali</i>	<i>Stili di vita</i>	<i>Accesso ai servizi</i>
Genetica	Povertà	Aria	Alimentazione	Istruzione
Sesso	Occupazione	Acqua e alimenti	Attività fisica	Tipo di sistema sanitario
Età	Esclusione sociale	Abitato	Fumo	Servizi sociali
		Ambiente sociale e culturale	Alcol	Trasporti
			Attività sessuale	Attività ricreative
			Farmaci	

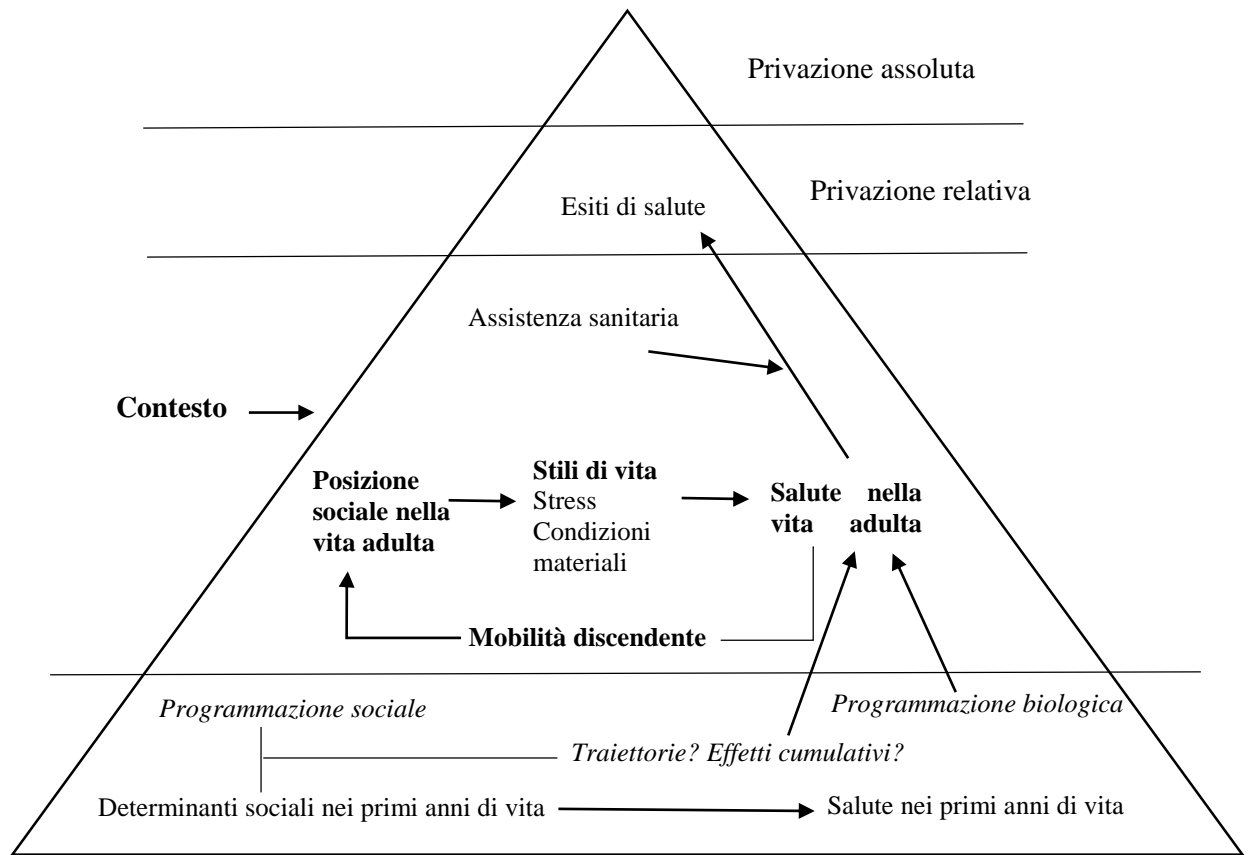
Fonte: Maturo, 2010, 130.

Tra i primi elementi da considerare però, che Maturo non cita, è l'ambiente familiare, se si è sposati, divorziati, vedovi, conviventi, soli, con o senza figli (Glaser, Strauss, 1968); per gli autori vi è una traiettoria di malattia, di un lavoro che la famiglia può fare per prevenire e, nel caso, aiutare il malato, tra cui il lavoro sulla malattia per mantenere una buona salute e cercare di prevenire i problemi, il lavoro sulla vita quotidiana e sulla propria biografia per cercare di ricostruire l'identità della persona malata.

Per quanto riguarda l'ambiente, è da prendere in considerazione anche la presenza o meno di spazi verdi, di smog. Le caratteristiche socioculturali si riferiscono a quei tratti che caratterizzano gli individui in relazione alla loro posizione o al loro status nella società. Mentre i tratti biosociali sono attribuiti essenzialmente alla nascita, i tratti socioculturali sono tipicamente acquisiti attraverso le azioni dell'individuo. I tratti socioculturali sono importanti per la loro correlazione con lo stato di salute (Thomas, 2002, 194). Esempi di dimensioni riguardanti questo aspetto sono lo stato civile, lo stato socioeconomico, la religione, lo stile di vita, l'abuso di alcol, di fumo, l'attività fisica, l'alimentazione, la sedentarietà, etc.

Costa *et al.* (2004) raffigurano in una piramide quanto la salute possa essere influenzata da diversi elementi nel corso della vita, fin dalla prima infanzia, in base a dove si è nati, dal tipo di famiglia, dalla condizione socio-economica, a tal punto da definire una situazione di privazione relativa o assoluta:

Fig. 15 – Privazione relativa e assoluta



Fonte: Costa *et al.*, 2004, 69.

Gli indicatori necessari per questo studio si possono dividere in:

- diretti: le cui variabili sono presenti nei singoli individui e nella popolazione;
- indiretti: esprimono l'esposizione al rischio, sia di tipo ambientale, socio-economico, culturale, comportamentale, etc.;
- positivi: gli indicatori che portano a condizioni di benessere;
- negativi: portano a condizioni di disagio, malessere e/o malattia.

Tra i vari indicatori bisogna pertanto considerare il tasso di natalità, il tasso di mortalità per cause, la speranza di vita alla nascita, il tasso di mortalità perinatale (tasso di mortalità fetale precoce e tardiva e tasso di mortalità neonatale precoce)⁵⁷,

⁵⁷ La mortalità infantile è spesso dovuta a cause esogene (inadeguata alimentazione, scarse o assenti condizioni igieniche), per cui potrebbe essere considerata un indice abbastanza fedele delle condizioni socio-economiche e igienico-sanitarie di una popolazione. La mortalità perinatale, invece, dipende per lo più da fattori casuali durante o la gestazione o il parto, perciò potrebbe

l'indice di senilità, la mortalità infantile, il tasso di mortalità in base al sesso, il tasso di morbilità⁵⁸, il tasso di ospedalizzazione.

Fig. 16 – Gli indicatori per lo studio della salute dell'Istat

N.	Nome indicatore
1	Speranza di vita alla nascita
2	Speranza di vita in buona salute alla nascita
3	Indice di stato fisico (Pcs)
4	Indice di stato psicologico (Mcs)
5	Tasso di mortalità infantile
6	Tasso standardizzato di mortalità per incidenti di trasporto
7	Tasso standardizzato di mortalità per tumore
8	Tasso standardizzato di mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso
9	Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni
10	Eccesso di peso
11	Fumo
12	Alcol
13	Sedentarietà
14	Alimentazione

Fonte: Istat, *Salute*, su <https://www4.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/misure-del-benessere/le-12-dimensioni-del-benessere/salute>, consultato il 16 giugno 2021.

Si sottolinea pertanto la multidimensionalità del concetto e la conseguente necessità di utilizzare molteplici indicatori. La salute delle persone deriva infatti da diversi elementi, che comprendono ambiti distinti. Lo studio di questo concetto potrebbe essere utile anche come forma di prevenzione, per migliorare le condizioni sociali, psicologiche, ecologiche delle persone.

In conclusione, gli indicatori principali riguardano la sfera genetica-biologica, l'assistenza sanitaria, i comportamenti individuali, le condizioni sociali e il contesto ambientale. Seguendo Cardano *et al.* (2020, 327), i determinanti sociali della salute possono essere distinti in individuali e contestuali:

rappresentare il ruolo di indicatore di adeguatezza o meno dei servizi di assistenza e della qualità delle cure mediche sia prima il parto sia durante.

⁵⁸ $\frac{\text{N}^\circ \text{ di giornate di lavoro perse per malattia}}{\text{N}^\circ \text{ complessivo di giornate lavorative}}$.

Fig. 17 – I determinanti di salute individuali

Determinanti	Quali sono	Come agiscono
Genetici/biologici	Meccanismi ereditari di trasmissione delle caratteristiche biologiche (caratteri) da una generazione a quella successiva	La ricerca genomica mette a disposizione nuove informazioni in grado di trasformare il sistema di cure attraverso diagnosi precoci, più efficaci programmi di prevenzione e una maggiore precisione nel trattamento delle malattie
Comportamentali	Stili di vita salubri o insalubri	Fumo, consumo di alcol, esercizio fisico, dieta impattano direttamente sulla salute
Condizioni psicologiche	Stress psicosociali (come eventi di vita negativi e stress lavorativo), condizioni di vita stressanti (come avere grandi debiti)	<i>Locus of control.</i> Le persone possono percepire gli eventi legati alla propria vita come controllabili (controllo interno) o controllabili da altri (controllo esterno). Un senso generale di controllo migliora la salute, al contrario la sua assenza è fonte di impotenza. Sulla relazione tra stress e controllo limitato sulla vita si veda anche quello che Freund definisce <i>stress drammaturgico</i> . <i>Effort-reward imbalance.</i> La reciprocità sociale è al centro del contratto di lavoro, che definisce distinti obblighi in cambio di ricompense (denaro, apprezzamento, opportunità di carriera). La fallita reciprocità, in termini di alto sforzo e bassa ricompensa, genera forti emozioni negative, associate a reazioni di stress con conseguenze di lungo periodo per la salute. <i>Stress cronico.</i> Quando gli individui affrontano situazioni ambientali che minacciano per lungo tempo il benessere e le risposte adattive sia di fuga che di lotta non sono perseguibili, le conseguenze negative sulla salute sono considerevoli
Posizione sociale	Reddito, istruzione, occupazione, classe sociale	Determina l'accesso a risorse che possono essere usate per evitare i rischi o per minimizzare le conseguenze della malattia una volta che si manifesta. Si definiscono le risorse in senso ampio per includere denaro, conoscenza, potere prestigio, e i

Individuali

tipi di risorse interpersonali incorporate nei concetti di sostegno sociale e rete sociale

Fonte: Cardano *et al.*, 2020, 328.

Fig. 18 – I determinanti di salute contestuali

	Determinanti	Quali sono	Come agiscono
	Condizioni socioeconomiche, politiche e culturali generali	Politiche macroeconomiche, sociali, pubbliche, cultura e valori della società	I contesti sociali creano la stratificazione sociale e assegnano individui a diverse posizioni sociali. Il «contesto» è ampiamente definito per includere tutti i meccanismi sociali che generano, configurano e mantengono le gerarchie sociali
	Ambientali	Cambiamento climatico, qualità dell'aria, qualità dell'acqua, rumore, sostanze chimiche pericolose	L'ambiente può influire indirettamente o direttamente sulla salute. Può infatti favorire la circolazione di agenti patogeni e altri fattori biologici che colpiscono, quando presenti, la popolazione suscettibile. Può però anche agire per mezzo di fattori non biologici, come la presenza di contaminanti chimici e fisici. Infine, l'ambiente può essere origine di incidenti e invalidità quando, sul lavoro come sulla strada, non vengano osservate adeguate misure di sicurezza e protezione delle persone
Contestuali	Condizioni materiali di vita	Abitazione, deprivazione materiale, ambiente di lavoro	I fattori materiali sono collegati a condizioni di difficoltà economica. Nonché a condizioni dannose per la salute nell'ambiente fisico, ad es. alloggio, condizioni fisiche di lavoro (differenze sociali nelle sollecitazioni fisiche, mentali, chimiche ed ergonomiche)
	<i>Neighbourhood effect</i>	Geografie (quartiere)	Le strutture di opportunità nell'ambiente fisico e sociale in cui le persone risiedono, sia in riferimento ai servizi disponibili nel luogo per quanto riguarda le caratteristiche socio-culturali e storiche delle comunità. In particolare, si sottolinea l'importanza della coesione sociale come misura dell'interdipendenza tra gli individui appartenenti a una

			comunità, e si riferisce al livello di connessione e solidarietà che esiste tra le persone (condivisione di norme, tradizioni, valori, legami sociali, reti e interessi)
Capitale sociale (individuale)		Contatti e appartenenze a gruppi che, attraverso l'accumulo di scambi, obblighi e identità condivise, forniscono sostegno effettivo o potenziale e accesso a risorse importanti	I vantaggi si accumulano e fluiscono attraverso le reti, così che la propria rete diventa un'altra risorsa che fornisce, tra l'altro, informazioni, efficacia percepita e norme di comportamento, che possono avere un impatto diretto e indiretto sulla salute
	Sistema sanitario	Il sistema sanitario include l'insieme delle istituzioni, delle persone, delle risorse (e delle relazioni), il cui scopo primario è concorrere alla promozione, recupero e mantenimento della salute	Il sistema sanitario può aiutare a ridurre le disuguaglianze assicurando che le condizioni di salute e i rischi associati alla malattia dei gruppi che occupano le posizioni più basse della gerarchia sociale siano il più possibile simili a quelli dei gruppi con più elevato status socioeconomico

Fonte: Cardano *et al.*, 2020, 329.

Quanto proposto dai diversi autori mette in luce gli indicatori utilizzabili per lo studio dei concetti di malattia e di salute, facendo riferimento alle dimensioni studiate nel capitolo precedente. Pertanto, lo studio sui determinanti della salute può essere una base per la realizzazione di politiche pubbliche e sociali destinate al miglioramento delle condizioni di salute delle persone. «Si osservano disuguaglianze sociali nella salute a sfavore dei più svantaggiati che riguardano tutte le dimensioni di salute – l'incidenza (ammalarsi), la prevalenza (rimanere nello stato di malattia), la letalità (morire a causa della malattia) – e tutte le dimensioni della posizione sociale, sia quelle di carattere relazionale centrate sulla capacità di controllo delle risorse disponibili (classe sociale e credenziali educative), sia quelle di carattere distributivo delle risorse stesse, come reddito e beni posseduti» (Costa, 2014, 18). Le disuguaglianze esistenti prima dello scoppio della pandemia si sono aggravate con il propagarsi della stessa e ciò rischia di aumentare situazioni già difficili da tempo.

6.1. Disuguaglianze di salute

Alla base degli studi sulle disuguaglianze di salute vi è il *Black Report* (DHSS, 1980), uno studio commissionato dal governo britannico nel 1980 con tre obiettivi:

- raccogliere i dati sulle differenze di salute nello Stato tra le varie classi sociali;
- cercare relazioni causa-effetto;
- proporre soluzioni e nuove ricerche.

Inoltre, il report sostiene la presenza di marcate disuguaglianze di salute distribuite in maniera non equa tra la popolazione. Tali differenze, che sembrava potessero essere combattute con strategie di politica sociale, erano connesse alle singole condizioni sociali degli individui, comprendendo il reddito, l'occupazione, l'abitazione, l'istruzione e l'alimentazione.

Il report è composto da tre elementi: «a *description* of differences between occupational classes in mortality, morbidity and use of health services, trends in these over time, and comparisons with other industrial countries; an *analysis* of likely explanations for these inequalities; and *recommendations* for further research and for a broadly based strategy to reduce health inequalities or to reduce their consequences» (Macintyre, 1997, 726). Inoltre, suddivide le ragioni di disuguaglianza in quattro categorie:

- artefatto;
- selezione naturale e sociale;
- strutturalista;
- comportamentale.

Tutte le categorie, secondo Macintyre (1997, 727), si dividono in *hard version* e *soft version*:

Fig. 19 – Versione Hard e Versione Soft delle categorie

	<i>Versione Hard</i>	<i>Versione Soft</i>
<i>Artefatto</i>	Nessuna relazione tra classe e mortalità; puramente un artefatto di misurazione della salute	L'entità del gradiente di classe osservato dipende dalla misura sia della classe sia della salute
<i>Selezione naturale e sociale</i>	La salute determina la posizione sociale. Il gradiente è moralmente neutrale	La salute può contribuire a raggiungere le posizioni sociali maggiori e a spiegare il gradiente sociale
<i>Materialista/Strutturalista</i>	Le condizioni materiali e fisiche della vita, associate con la struttura di classe, sono la spiegazione completa per il gradiente sociale in salute	Le caratteristiche fisiche e psicosociali, associate con la struttura di classe, influenzano la salute e contribuiscono a osservare il gradiente sociale
<i>Culturale/Comportamentale</i>	Comportamenti liberamente scelti dai soggetti, nei diversi ceti sociali, possono comportare danni alla salute, ciò trova spiegazione per il gradiente sociale	I comportamenti dannosi per la salute sono diversamente distribuiti tra le classi sociali e contribuiscono a osservare il gradiente sociale

Fonte: Macintyre, 1997, 727.

Per la prima volta, questo report evidenzia tre elementi centrali in tema di disuguaglianze di salute, per capirne la natura, valutarne le dimensioni ed analizzarne le cause: le prospettive di salute o meno sono legate alla posizione sociale ed economica.

Nell'ambito della salute, la disuguaglianza indica differenze e disparità nel raggiungimento di una buona salute sia da parte dei singoli individui sia dei gruppi. Gli studi fanno quindi riferimento all'influenza dei comportamenti individuali, del benessere soggettivamente considerato e degli effetti strutturali del tipo di organizzazione sociale, economica, politica e culturale.

Anche Cardano (2008) parla di diversi approcci allo studio della disuguaglianza in salute:

- la versione naturalistica, secondo cui «lo stato di salute viene indicato come la causa e non già come la conseguenza della posizione sociale ricoperta

dagli individui» (ivi, 122). Questo approccio «si propone di individuare le basi biologiche del comportamento umano, ricondotto, in ultima istanza, alla dotazione genetica degli individui, o meglio, ai geni, veri e unici protagonisti dell'umana commedia» (ibidem). La teoria naturalista ha ovvie lacune, in quanto il patrimonio genetico non può essere considerato significativo, o almeno l'unico elemento, per lo studio delle disuguaglianze di salute (Wilkinson, 1996; Kelleher *et al.*, 1990; Shilling, 2003).

- Con il *Black Report* si è invece iniziata a evidenziare l'influenza della struttura nella definizione di disequilibri e differenze di salute tra i singoli individui e all'interno di una popolazione.
- Anche gli stili di vita e le cattive abitudini incidono sulla determinazione delle disuguaglianze; i comportamenti individuali, gli stili di vita insalubri (fumo, alcol, vita sedentaria, etc.). La salute diventa una responsabilità personale. «La salute (così come il suo complemento: la malattia) molto spesso è un esito non intenzionale di esperienze – fatte di capacità di agire (*agency*), ma anche di passività (*passivity*) – condotte con finalità che non includono la salute fra i propri obiettivi o la malattia fra i propri costi» (Cardano, 2008, 126)⁵⁹. Le scelte di vita, influenzate dalle condizioni socioeconomiche, dall'istruzione, dall'educazione, etc., indubbiamente incidono su quelle che sono e saranno le condizioni di salute o malattia⁶⁰.
- I contesti sociali: luogo in cui si vive, famiglia, relazioni, che possono diventare tossici. Questo approccio è definito psicosociale: oltre alle disuguaglianze economiche, anche le relazioni sociali possono incidere

⁵⁹ Si veda anche Turner, 2004, 8.

⁶⁰ Però «Se è vero che le differenze nello stato di salute discendono dalla diversa propensione degli individui ad adottare stili di vita insalubri, che cosa dà conto della fatale attrazione fra le cattive abitudini e i pioli più bassi della scala sociale? Perché al crescere del prestigio e del potere degli individui si contrae la propensione ad adottare stili di vita insalubri? Scartata la via naturalistica che porterebbe a inscrivere nel patrimonio genetico degli individui *anche* queste cattive abitudini, quel che sembrava essere una spiegazione risulta poco più di una tautologia: le disuguaglianze di salute sono determinate dai comportamenti che le generano. Il problema, tuttavia, non è solo epistemico: le spiegazioni basate sulla nozione di stili di vita, di fatto, finiscono per attribuire la colpa delle disuguaglianze di salute a coloro che, più di altri, ne fanno le spese. E, si badi, non è solo una questione rilevante sul piano del dibattito etico: questa peculiare colpevolizzazione della vittima ha rilevanti implicazioni sociali ed epidemiologiche che cercherò di illustrare in relazione a due casi emblematici, l'Aids e l'obesità, casi che insistono su due ambiti caldi della nostra esistenza: il sesso e il cibo» (Cardano, 2008, 128, corsivo dell'autore).

sulle disuguaglianze di salute. I processi interpersonali prevencono la formazione di malattie (Berkman, Syme, 1979)⁶¹.

Come per lo studio del concetto di salute e di malattia e dei loro determinanti sociali, anche gli elementi che danno luogo alle disuguaglianze sono molteplici e di diversa natura, incidendo in maniera differente da un individuo all'altro. Lo stato di salute del singolo e di un'intera popolazione varia con il variare delle condizioni economiche, dello status sociale, del lavoro, dell'alimentazione, dell'abitazione, dell'educazione, istruzione, tipici all'interno dei vari gruppi sociali. Già nel 1998 il Report Acheson sottolinea l'importanza di intervenire in 11 aree, tra cui:

- povertà, reddito, tassazione;
- educazione;
- occupazione;
- abitazione ed ambiente;
- mobilità, trasporti, inquinamento; nutrizione e politiche agricole;
- madri, bambini, famiglie;
- giovani ed adulti in età da lavoro;
- anziani;
- differenze etniche;
- differenze di genere.

Salute, malattia e disuguaglianze in salute hanno origine nella struttura della società, nel sistema sanitario, per cui è necessario coinvolgere la politica pubblica ad ogni livello. Per diminuire le disuguaglianze in salute bisogna studiare la diseguale distribuzione dei determinanti di salute e di malattia e fare in modo che siano più accessibili.

⁶¹ Gli autori (1979, 186) sottolineano che le persone sposate hanno tassi di mortalità più bassi di quelli che sono single, vedove o divorziate (come già affermato da Durkheim ne *Il suicidio*): «social and community ties are associated with risk of mortality. Four sources of social relationships were examined: 1) marriage; 2) contacts with close friends and relatives; 3) church membership and 4) informal and formal group associations. In each instance, people with social ties and relationships had lower mortality rates than people without such ties. Each of the four sources was found to predict mortality independently of the other three; the more intimate ties of marriage and contact with friends and relatives were stronger predictors than were the ties of church and group membership» (ivi, 200).

Capitolo secondo

La malattia mentale

La malattia mentale, come preso in esame nel capitolo precedente, può essere causata da molteplici fattori, a partire da quello biologico e genetico, per poi passare a quello socioculturale, economico, etc. Pertanto, come per altri tipi di malattie è necessario studiarne i determinanti.

1. Breve cenno sull'origine degli studi dei disordini mentali

Molti autori, nel corso del tempo, hanno definito la malattia mentale in maniere distinte, poiché lo stesso concetto è in continua evoluzione.

Spitzer e Wilson (1975, 829) affermano che i disordini mentali sono

«a condition that is primarily psychological and alters behavior, including changes in psychological functioning if such changes can be explained by psychological concepts, such as personality, motivation, or conflict; it's a condition that in its "full-blown" state is regularly and intrinsically associated with subjective stress, generalized impairment in social functioning, or behavior that one would like to stop voluntarily because it is associated with threats to physical health; and it is a condition that is distinct from other conditions and that responds to treatment».

Il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-V) (2013, 20) sostiene che

«A mental disorder is a syndrome characterized by a clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotion regulation, or behaviour that reflects a dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes underlying mental functioning. Mental disorders are usually associated with significant distress and or disability in social, occupational, or other important activities. An expectable or culturally approved response to a normal stressor or loss, such as death of loved one, is not a mental disorder. Socially deviant behavior (e.g. political, religious, or sexual) and conflicts that are primarily between the individual and society are not mental disorders unless the deviance or conflict results from a dysfunction in the individual, as described above».

Esattamente come per gli studi sulla malattia, anche per quella mentale vi sono molti rimandi a ricerche effettuate ai tempi dei greci e romani. Ippocrate, per esempio, inizia a sostenere che la malattia mentale non è il risultato di influenze divine, bensì di cause naturali. Anche i romani parlano di disturbi mentali, sostenendo addirittura che un individuo soggetto agli stessi possa essere manlevato da atti criminali, in quanto giustificato (Cockerham, 2021, 10). Con il tempo, i cristiani furono responsabili di definire i disturbi mentali come fonte dell'azione del demonio, a tal punto da accusare di stregoneria molte donne. La follia era di

carattere mistico-religioso e i folli spesso erano considerati una minaccia per la società, dei devianti.

La psichiatria inizia a svilupparsi ufficialmente nel XX secolo, nonostante la nascita vera e propria possa essere attribuita ai secoli precedenti (spesso si trattava di religiosi con capacità mediche). Nel XVII secolo furono istituiti molti manicomi, primo fra tutti l'*Hôpital général* a Parigi nel 1656, dove le persone, definite folli, vivevano i loro ultimi giorni di vita spogliati di ogni dignità. Le case di internamento si diffusero così in tutta Europa, diventando uno strumento di enorme potere sulla vita delle persone, poiché non vi era alcun criterio logico nella decisione dell'internamento. In Italia, gli ospedali psichiatrici furono regolati per la prima volta nel 1904 e chiamati manicomi. Spesso venivano internate persone con disturbi mentali, ma anche con l'unica colpa di essere definite un problema per la società (alcolisti, tossicodipendenti, paralitici, dementi, omosessuali, senza tetto, oppositori politici, etc.). In questi casi, la malattia era vista come un qualcosa di biologico, venendo a mancare i fattori psicologici e sociali di cui parlato nel capitolo precedente. Una volta diagnosticata la *disease*, il malato perdeva ogni tipo di diritto. Fino ad allora i malati di mente erano assistiti dalle famiglie, da religiosi o maghi. Solo con il tempo la psichiatria inizia ad acquisire una valenza scientifica (Murphy, 2003).

I primi psichiatri tentarono di dare risposte oggettive e uniformi per ogni tipo di disturbo, a tal punto che i pazienti dei manicomi furono catalogati e classificati secondo precise linee guida. Nei manicomi si iniziarono a fare sperimentazioni sulle persone, anche con l'utilizzo di metodi e mezzi quasi disumani. Philippe Pinel (1745-1826), psichiatra francese sostenitore della Rivoluzione, è definito un innovatore di tale disciplina perché separa la figura del malato mentale da quella dell'emarginato sociale. Pinel (1801) aveva una visione scettica sulle teorie eziologiche, in quanto non sosteneva il fatto che le malattie mentali fossero necessariamente determinate da patologie cerebrali. Parla infatti di *traitement moral*, ossia di un trattamento che dovesse aiutare i pazienti in maniera dolce, che andasse a incidere sulle emozioni e sulle capacità intellettive (Murphy, 2003).

Le teorie di Pinel iniziarono a diffondersi anche in Gran Bretagna, dopo che nel 1808 furono creati i primi manicomi finanziati da benestanti⁶² e portati avanti dagli

⁶² Si veda per esempio il birraio Samuel Whitbread, che finanziò il Bedford Asylum, aperto nel 1812.

alienisti. Negli Stati Uniti avvenne un qualcosa di analogo. Nel 1817 fu aperto il *Friends' Asylum* e con esso tanti altri che divennero altrettanto famosi.

Nel 1844, Samuel Woodward e Pliny Earle fondarono l'*American Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane*, diffondendo l'idea della terapia morale nell'*American Journal of Insanity* di Amariah Brigham, il cui obiettivo era quello di far conoscere ai lettori la natura e le varietà della malattia mentale e i metodi di prevenzione e cura dei pazienti. Nel 1921 divenne l'*American Journal of Psychiatry* dell'*American Psychiatric Association*. Già nel 1852 diciassette Stati americani avevano istituito molteplici manicomi, che attuavano pratiche terribili, spesso denunciate. Con il tempo, infatti, iniziò a diffondersi il sospetto che venissero internate non solo persone con problemi mentali, ma anche sane per essere sottoposte ad atroci esperimenti⁶³.

In Italia, negli anni '50 iniziarono ribellioni contro la presenza dei manicomi. Nel 1968 vi fu l'occupazione dell'Ospedale di Colomo in opposizione alla reclusione manicomiale, che portò all'approvazione di nuove norme comprendenti il ricovero volontario, il mantenimento dei propri diritti, l'istituzione di centri di igiene mentale a livello provinciale. Nonostante ciò, i manicomi rimanevano luoghi in cui avvenivano atrocità. Solo nel 1977 si cominciò a considerare la tutela della salute un diritto fondamentale sia del singolo sia della collettività, sottolineando la necessità di creare un Servizio Sanitario, in grado di affrontare la malattia mentale in un'ottica completamente differente.

La malattia mentale era trattata al pari della follia: «la follia è assoluta rottura dell'opera; essa rappresenta il momento costitutivo di un'abolizione che fonda nel tempo la verità dell'opera; essa ne delinea il confine esterno, il punto di sprofondamento, il profilo contro il vuoto» (Foucault, 1961/2020, 736). Ciò può portare a due modi di agire, da un lato con il riscatto, che «rende capace di ridiventare protagonista attivo della propria esistenza» (ivi, 6) e dall'altro con la distruzione del sé (ibidem). Il malato mentale è colui che ha perso la ragione, è un folle. «La follia diventa una forma relativa alla ragione, o piuttosto follia e ragione entrano in una reazione eternamente reversibile che fa sì che ogni follia ha la sua ragione che la giudica e la domina, e ogni ragione la sua follia nella quale essa trova

⁶³ «Adesso l'opinione pubblica è decisamente contraria ai manicomi; ma ben presto la marea defluirà, e poi qualche episodio di violenza volgerà di nuovo i pregiudizi del mutevole pubblico contro la libertà dei dementi. Pochi esempi che la colpiscono in un senso o nell'altro sono sufficienti per far cambiare direzione all'opinione pubblica» (Bucknill, 1861, 310)

la sua verità derisoria. [...] La follia diviene una delle forme stesse della ragione. Essa si integra all'altra, costituendo tanto una delle sue forze segrete, quanto un momento della sua manifestazione, quanto ancora una forma paradossale nella quale essa può prendere coscienza di se stessa. In ogni modo, la follia non acquista significato né valore se non nel campo stesso della ragione» (ivi, 94-99).

L'internamento è una creazione sociale del XVII secolo, un'eliminazione spontanea degli asociali. L'internamento è una «omologazione degli alienati a tutti gli altri correzionari» (Foucault, 1961/2020, 205). Non a caso i primi a essere definiti folli furono i lebbrosi, per poi passare a coloro che soffrivano di malattie veneree, ai poveri, ai vagabondi, tutti i quali erano visti come colpevoli delle loro condizioni (Booth, 1889; Rowntree, 1901). L'internamento «nella storia della sragione designa un evento decisivo: il momento in cui la follia è percepita nell'orizzonte sociale della povertà, dell'incapacità al lavoro, dell'impossibilità di integrarsi al gruppo; il momento in cui essa comincia a far parte dei problemi dell'ordinamento civile» (Foucault, 1961/2020, 157).

In Italia, la sociologia della medicina coincide con momenti particolari come i movimenti per la salute e anti-istituzionali, che hanno caratterizzato gli anni '60 e '70, che hanno portato a nuove proposte legislative. Si veda, per esempio, *Medicina Democratica*, un movimento nato nel 1972 grazie a Giulio Alfredo Maccacaro e formalizzatosi nel 1976 a Bologna, che si proponeva di denunciare i taciti consensi di azioni non puramente innocenti tra il potere dello Stato e la medicina. Si parla di una vera e propria lotta per la salute. Al Congresso di Bologna del 1976, il movimento *Medicina Democratica* esplicita le linee che vuole intraprendere, tra cui tutelare il diritto alla salute di tutti i cittadini, quindi dei lavoratori, disoccupati, pensionati, dei più deboli ed intervenire attivamente sul piano politico e giuridico.

Nel 1973, Franco Basaglia, promotore della Legge 180/78 contro i manicomi, fonda il movimento *Psichiatria Democratica*. Basaglia cerca di salvaguardare la soggettività del malato mentale, in opposizione alle rigide idee della psichiatria del tempo che rendeva le situazioni dei malati oggettive:

«Tutto ciò ci portò anche a una riflessione politica: gli internati appartenevano alle classi oppresse e l'ospedale era un mezzo di controllo sociale. [...] Nel manicomio la condizione di potere del medico e di dipendenza del malato non dà alcuna possibilità di mettere in atto una terapia. [...] La terapia ha senso solo quando c'è reciprocità fra malato e medico» (Basaglia, 2000, 9).

Basaglia faceva riferimento agli studi di Thomas Szasz, i quali si focalizzarono prevalentemente su:

- la malattia mentale (Szasz, 1974), che definisce mito, in quanto metafora medica per descrivere un disordine spesso comportamentale. I suoi studi affermano che se le persone hanno un comportamento apparentemente disturbante, non significa che siano affetti da una malattia, poiché potrebbero solo avere difficoltà emotive o psicologiche. Per esempio, l'autore sostiene che la schizofrenia non esista in quanto non esiste il batterio della schizofrenia ed ecco perché parla delle malattie mentali come malattie false, dei miti. La malattia, per essere tale, deve essere misurabile. Infatti, per lui la psichiatria non è una scienza e gli psichiatri non sono veri medici, bensì coloro che aiutano l'anima e cercano di risolvere i problemi della vita. Szasz sostiene che la psichiatria sia una forma di controllo sociale.
- Necessità di separare la psichiatria dal potere dello Stato. Secondo Szasz, lo Stato non ha il diritto di obbligare a trattamenti psichiatrici, facendo l'esempio dell'Unione Sovietica e della Germania nazista che arrivarono al genocidio.
- Controllo della morte: in analogia al controllo delle nascite, Szasz parla anche del controllo delle nascite e della morte, nel senso che ogni individuo dovrebbe essere libero di scegliere per sé, senza l'intervento di psichiatri o dello Stato.
- Abolizione dell'ospedalizzazione mentale involontaria perché immorale e sostegno dell'uso di droghe o sostanze psicotrope in quanto da considerare questioni private.

Fin dal principio furono evidenti i limiti della diagnosi psichiatrica, soprattutto derivati dal fatto che quest'ultima fosse utilizzata per fare esperimenti destinati allo studio del cervello. Alcuni limiti furono infatti studiati anche a livello pratico, si veda per esempio l'*Esperimento Rosenhan*, ideato e messo in pratica dallo stesso David L. Rosenhan nel 1972, in cui, insieme ad alcuni colleghi, ingannarono psichiatri assumendo il ruolo di "pseudopazienti": fingendo di sentire voci vennero diagnosticati schizofrenici pur essendo sani di mente. Il suo studio, *On Being Sane in Insane Places* (Rosenhan, 1973), fu pubblicato sul giornale *Science* ed è tutt'oggi considerato come una delle più importanti critiche alle diagnosi psichiatriche.

Szasz non considera la psichiatria una scienza, bensì una forma di controllo sociale e la stessa malattia mentale non esiste in quanto tale, poiché la mente, non essendo qualcosa di fisico, non si può ammalare. Le definizioni, lo stigma, sono spesso determinati dal fatto che vi siano comportamenti che la società non tollera e a cui dà il nome di *malattia*. Ciò che fa e che è approvato dalla maggioranza è quindi etichettato come *normale*. Pertanto il pensiero di Szasz afferma che la psichiatria non diagnostica: stigmatizza.

La psicoterapia proposta dallo psichiatra ungherese è un processo educativo nel quale psichiatra e paziente stabiliscono gli obiettivi da raggiungere. La prima parte del libro è quindi destinata alle critiche verso la psichiatria come branca della medicina; la seconda, invece, fornisce una spiegazione del comportamento umano ispirata alla teoria dei giochi. La malattia mentale, per Szasz, è un *etichettamento patologizzante*, che controlla e tenta di espellere lo stigmatizzato. Ogni persona mette in atto dei comportamenti, che iscrivendosi all'interno di una matrice intersoggettiva e sociale particolare, si organizzano e si articolano in forme e stili peculiari, ossia i *giochi comunicativi*. La differenza tra una persona sana e una malata consiste nel fatto che, essendo all'interno di una relazione psicosociale di potere, il malato spesso non può o non riesce a esprimere in maniera autonoma, responsabile e libera gli scopi che desidera perseguire. Il malato si trova così in una posizione subalterna, che lo obbliga all'isolamento e all'essere etichettato e controllato.

Gli studi di Szasz sono stati fortemente criticati, poiché la salute mentale è un aspetto del benessere delle persone da non sottovalutare. Anche l'OMS ne sostiene l'importanza, in quanto la salute mentale è uno stato di benessere necessario per far sì che ogni individuo possa realizzare il suo potenziale, affrontare situazioni di disagio, stress, lavorare in maniera produttiva e fruttuosa e cercare di apportare un contributo alla comunità; tutto ciò grazie al contributo del *Capability Approach* di Amartya Sen. Infatti le capacità permettono alle persone di *fare* o di *essere* quanto ritengono importante per vivere una vita il più dignitosa per sé, avvalorata poi dalla teoria di Martha Nussbaum e dei dieci domini delle capacità.

La salute mentale è parte integrante del concetto di benessere: ritenere di avere un alto livello di benessere è strettamente collegato alla capacità di poter fare e essere e, viceversa, essere e fare ciò che si ritiene importante contribuisce ad una buona salute mentale. Inoltre, dal momento in cui le capacità di fare e di essere sono

condizionate dalle condizioni sociali, personali, psicologiche, economiche e ambientali è necessario cercare di definire le dimensioni che comprendono il concetto di salute mentale e ricavarne gli indicatori necessari per lo studio dello stesso.

2. I passaggi per definire la presenza di malattia mentale secondo William Cockerham

Non si conosce molto su come le persone concettualizzano i loro sentimenti, emozioni, comportamenti che possono causare disturbi, per cui è difficile studiarne e definirne uno schema preciso.

Secondo Cockerham (2021, 56), l'esperienza generale della comparsa della malattia mentale può essere organizzata in sette fasi distinte:

- 1) alienazione dal luogo;
- 2) riconoscimento dei sintomi;
- 3) pazzia come metodo per affrontare il problema;
- 4) lo scoppio definitivo;
- 5) resa dei conti;
- 6) il paradosso della normalità;
- 7) rimozione dal luogo.

Per quanto concerne l'alienazione dal luogo si può far riferimento agli studi di Goffman. Il concetto di luogo, infatti, riporta al ruolo di una persona all'interno di relazioni e organizzazioni. I luoghi permettono le interazioni sociali e ciò che è definito insano perché va contro le norme abituali. Norman Denzin (1977, 148-149)⁶⁴ sostiene che il "luogo" sia costituito da sei elementi:

- 1) individui autoriflessivi;
- 2) ambiente fisico;
- 3) obiettivi sociali che esistono nel *setting* e che sono perseguiti dalle persone;
- 4) un insieme razionalmente specifico di regole che esplicitamente o tacitamente guidano e modellano l'interazione;
- 5) un insieme di relazioni che rendono legittima la presenza delle persone nel *setting*;

⁶⁴ Si veda anche W. Cockerham, *Sociology of Mental Disorder*, 2021, cap.3.

- 6) un insieme di definizioni che indicano la visione, rilevante per l'interazione, che ogni persona ha di sé e degli altri.

L'alienazione dal luogo in cui ci si trova sembra essere il primo passaggio verso la rottura della propria salute mentale. L'alienazione rappresenta una rottura tra ciò che è reale e ciò che non lo è, è una barriera psicologica tra il sé e il contesto circostante, che può portare alla schizofrenia, alla depressione, allo stress o all'ansia. L'alienazione può essere di vario tipo: emozionale, psicologico, lavorativo, sociale, individuale, che comporta un senso di estraneità e di incapacità di sentirsi 'normali' all'interno del contesto sociale. Inoltre fa sì che ci si senta disconnessi dalla vita sociale, dalle emozioni, creando una sorta di conflitto interiore e/o sociale.

Il secondo passaggio, in seguito all'alienazione, per definire la comparsa di disordini mentali è riconoscere i sintomi, avendo una maggiore consapevolezza dei problemi psicologici interni ed arrivando ad auto-etichettare i comuni sintomi come psichiatrici. Vi sono sintomi comuni come stati d'animo *anormali*, che riguardano il pensiero, il comportamento, la memoria, le percezioni, l'intelligenza, etc. Spesso accade che i soggetti interessati non comprendano il loro stato, ecco perché è importante la presenza di terzi, perché non sempre le persone tendono a riconoscersi con problemi mentali a causa dello stigma associato a tale situazione. Ciò che è importante è cercare di evitare l'etichettamento e la stigmatizzazione.

Il terzo passaggio di cui parla Cockerham (2021, 66) è la *Madness as a method of coping*, nel senso che, avendo riconosciuto qualcosa di insolito, la persona mentalmente disturbata avrà ad un certo punto la necessità di affrontare la situazione. Tale affermazione può ovviamente essere discutibile, poiché è probabile che la follia possa dirigere e avere il controllo sui pensieri e sui sentimenti della persona (Foucault, 1961). Questa fase presume l'esistenza di un metodo per approcciarsi alla "follia" (sarebbe meglio utilizzare il termine 'salute mentale'). Ciò che viene definito 'follia' è una realtà mentale, che, in opposizione a quanto è 'normale', può essere inteso come 'diverso'. Questo però non rende la persona e la sua espressione nel totale meno tale⁶⁵ (Galtung, 1978). Quanto viene comunemente

⁶⁵ «necessary for what? For the person to be a *human* person, and this is, of course, where the difficulties start» (Galtung, 1978, 5, enfasi dell'autore); «*development is development of human beings, because 'human beings are the measure of all things'*» (ivi, 2, enfasi dell'autore). Pertanto, «*development, then would be seen as a process progressively satisfying basic human needs*» (ivi, 4, enfasi dell'autore). «Peace, development and the future are all increasingly seen in terms of human

considerato come disordine è piuttosto un ordine di tipo diverso e molto differente dalle abitudini di pensiero delle persone normali. L'idea che vi siano situazioni *normali* e altre no è dettata dalla realtà circostante, dal pensiero umano, dai bisogni individuali e sociali (Doyal, Gough, 1991), da ciò che viene o meno stigmatizzato per usare i sintomi per far fronte alle circostanze della vita e interagire con gli altri per avere una diversa percezione della realtà.

Lo sfogo definitivo equivale all'esibizione pubblica e al riconoscimento dei sintomi, spesso accompagnati dall'interruzione dell'interazione sociale e/o del conflitto. La persona mentalmente disturbata esce allo scoperto ed esprime apertamente la sua situazione⁶⁶. The *definitive outburst* consiste nel momento in cui si assegna ad un individuo l'etichetta di insano, pazzo, folle, mentalmente instabile. Tale momento si presenta quando chi osserva il malato e i suoi comportamenti non ne comprende il punto di vista.

La resa dei conti tenta di giustificare e spiegare i sintomi della persona con disturbi, ma ciò diventa sempre più difficile da attuare quanto più a lungo si manifestano i sintomi. La persona mentalmente disturbata di solito offre una spiegazione del suo comportamento, tipicizzata da scuse e giustificazioni per la cattiva condotta. i resoconti possono essere correttivi o negativi. Tali resoconti sono fatti con l'intento di giustificare e correggere il proprio comportamento, cercando di sostenere la posizione (anche dal punto di vista del *sick role* parsoniano) e la credibilità della persona. Di solito, infatti, le spiegazioni negative su di sé non si presentano o, qualora accadesse, si presenterebbero solo molto dopo nel tempo. Infatti, questi resoconti sfidano l'integrità degli altri, con l'intento di spostare la colpa da sé agli altri.

Il paradosso della normalità, invece, è quando le persone rifiutano le spiegazioni, gli etichettamenti su di sé in relazione ai propri disturbi mentali. Il resto della società e delle comunità di appartenenza comincia a vederli e trattarli solo sulla base di

self-realization, development of *human beings* everywhere and also in the future» (Galtung, 1977, 6, enfasi dell'autore).

⁶⁶ «La situazione è l'insieme di valori e di atteggiamenti con cui l'individuo o il gruppo ha rapporti in un processo di attività, e rispetto ai quali è progettata e vengono valutati i suoi risultati. Ogni attività concreta è la soluzione di una situazione. La situazione comprende tre tipi di dati: 1) le condizioni oggettive entro le quali devono agire l'individuo o la società, cioè la totalità di valori – economici, sociali, religiosi, intellettuali etc. – che al momento dato influenzano direttamente o indirettamente lo stato cosciente dell'individuo o del gruppo; 2) gli atteggiamenti preesistenti dell'individuo o del gruppo che al momento dato esercitano un'influenza reale sul suo comportamento; 3) la definizione della situazione, cioè la concezione più o meno chiara delle condizioni e la consapevolezza degli atteggiamenti» (Thomas, Znaniecki, 1918/1968, 61).

questa etichetta, soprattutto quando l'etichetta stessa è stata applicata dal sistema di trattamento psichiatrico, attuando l'idea di stigma di Goffman (motivo per cui si parla di *paradosso della normalità*). Le persone affette da disturbi saranno unicamente viste come mentalmente instabili, pazze. Da tale argomento si può infatti far riferimento a Lemert (1951) e la sua teoria della devianza. Lemert si distacca dalle teorie positivistiche e deterministiche sulla devianza. Gli stessi autori della Scuola di Chicago rifiutano i precedenti modi con stampo correttivo di studiare la devianza, perché spinti dallo studio di dover definire le cause dei comportamenti devianti. L'innovazione viene portata proprio da Lemert, che parla per la prima volta di "devianza primaria" e "devianza secondaria". La devianza primaria consiste nell'insieme di violazioni marginali (per chi le compie), inoltre il concetto di sé che ogni individuo ha è rafforzato o diminuito dalle reazioni degli altri. La devianza secondaria, invece, evidenzia l'atto in relazione alla condanna che suscita, all'atto con conseguenze, determinate anche dallo stigma che comporta. Lo studio dei sistemi sociali e degli agenti che si occupano del controllo sociale stesso sono centrali in questo senso soprattutto per la comprensione del concetto di devianza in relazione ad altri concetti, quali quello di etichettamento, stigma, reazione sociale, alienazione, etc. Il controllo sociale e le istituzioni presenti nelle varie società evidenziano il formarsi di una devianza di tipo secondaria, che consegue alla reazione sociale degli altri individui verso il soggetto interessato, all'etichetta che una persona riceve come deviante anche da parte degli agenti del controllo sociale. I devianti primari sono invece coloro che compiono un atto che li allontana da certi valori, norme o costumi preponderanti all'interno della società. Lo studio di concetti così complessi, formati da molteplici dimensioni e soprattutto compiuti sulla base di statistiche sono di dubbia validità, perché la distribuzione delle varie forme devianti, quali crimini, disturbi mentali, forme di degrado possono non corrispondere alla mole reale di devianza primaria. Per studiare argomenti così delicati è importante prendere in esame non solo la reazione sociale, ma anche il modo in cui le istituzioni e gli agenti che incidono sul controllo sociale creano forme di devianza attraverso situazioni di stigmatizzazione, esclusione e/o isolamento. Tali fattori innescano processi che influenzano e aggravano la situazione del deviante.

Il paradosso della normalità è quindi simile alla devianza secondaria di Lemert, perché la persona ha riorganizzato il proprio io intorno al suo ruolo di deviante; gli

atti devianti diventano parte del ruolo sociale e dell'identità di una persona, per cui il paradosso sorge quando lo stato anormale (follia/disturbo) è definito come normale per qualcuno.

La rimozione dal luogo si verifica quando la persona *folle* viene riconosciuta da coloro che sono coinvolti, o che comunque la circondano, che è effettivamente disturbata mentalmente e gravemente disordinata. La persona etichettata può pertanto auto-isolarsi o essere isolata dagli altri, magari essendo messa in una struttura. La persona può quindi essere definita malata mentale sia per consenso o su indicazione degli altri o delle istituzioni.

Ovviamente non tutte le persone con disturbi mentali passano attraverso tutte le fasi, è possibile che alcune vengano saltate o non si presentino. Quanto è importante è il fatto che i disturbi mentali sono situazioni complesse, perché determinate da molteplici elementi che incidono non solo sulla vita del singolo ma anche della comunità.

La sociologia tenta così di studiare le malattie mentali in relazione alla stratificazione sociale, alle disuguaglianze sociali, alle dinamiche del sistema economico e sociale, alle divisioni del lavoro, alle culture, alle organizzazioni sociali e alle istituzioni che incidono su tale concetto, agli atteggiamenti della collettività verso i soggetti interessati ritenuti malati e/o folli, alla devianza e alla malattia mentale come prodotto culturale, psichiatrico e scientifico, o alle forme di dominazione di classe (Gallino, 1978, 410-411).

3. Devianza e malattia mentale

La devianza è un «atto o comportamento o espressione, anche verbale, del membro riconosciuto di una collettività che la maggioranza dei membri della collettività stessa giudicano come uno scostamento o una violazione più o meno grave, sul piano pratico o su quello ideologico, di determinate norme o aspettative o credenze che essi giudicano legittime, o a cui di fatto aderiscono, ed al quale tendono a reagire con intensità proporzionale al loro senso di offesa. [...] non esistono «devianze» in sé, ma solamente definizioni sociali di ciò che è atto conforme o atto deviante» (Gallino, 1978, 217). Non a caso il termine devianza (o deviazione) viene utilizzato anche in statistica per indicare un discostamento rispetto alla tendenza centrale di una data distribuzione, indicando come quanto studiato devia

rispetto la norma statistica (Durkheim, 1897/2016; Merton, 1949/2000; Hirschi, 1969; Park *et al.*, 1925, Becker, 1953; Lemert, 1951; Bagnasco *et al.*, 2012; Scarscelli, Guidoni, 2008; Criscenti *et al.*, 2012; Prina, 2019; Melossi, 2002; Barabagli *et al.*, 2003).

Per quanto riguarda altri autori, «T. Parsons (1951) ha sviluppato il concetto durkheimiano di devianza utilizzando il concetto freudiano di ambivalenza affettiva, ciò che viene ad accentuare le connotazioni morali della devianza a livello del sistema e le sue implicazioni patologiche a livello della personalità» (Gallino, 1978, 217).

La devianza è quindi determinata da molteplici fattori, compresi quelli riguardanti la salute mentale. I disturbi mentali, infatti, portano le persone a etichettare i soggetti interessati, perché “diversi” e con comportamenti “anormali”. «Tra gli effetti che si manifestano sotto forma di comportamenti individuali, si ritiene solitamente si debbano annoverare i comportamenti devianti gravi, come i crimini, l'alcolismo e il consumo di droghe, la prostituzione, il suicidio, le malattie mentali. La disorganizzazione sociale favorisce ovviamente solo l'aumento del tasso di tali comportamenti su N persone in un dato periodo, essendo scontato che in nessuna società esso è mai uguale a zero. Tra i comportamenti collettivi si annoverano come effetti della disorganizzazione sociale il declino della pratica religiosa, la corruzione amministrativa e politica, il teppismo di massa, il vandalismo» (ivi, 240).

La sociologia si occupa delle malattie mentali, intendendo le stesse «come realtà date e osservabili, almeno entro certi limiti, essa mira a individuare i rapporti che intercorrono tra la loro frequenza per gravità, natura e localizzazione dei casi, e varie componenti e stati della società, come la stratificazione sociale, le disuguaglianze sociali, la dinamica del sistema economico, la divisione del lavoro, i modelli di cultura prevalenti, i tipi di personalità storicamente generati» (ivi, 410). Si studiano quindi gli agenti del controllo sociale, le istituzioni, «gli atteggiamenti collettivi verso le manifestazioni reali o presunte delle malattie mentali, verso il folle, il nevrotico e lo psicotico come tipi sociali, l'idea e la realtà delle malattie mentali come fattore di angoscia» (ibidem).

4. Malattia e disturbo mentale, devianza e disagio

Accade spesso che i concetti di disturbo, devianza e disagio siano considerati come sinonimi, insieme a quelli di disadattamento, marginalità e stigma.

Regoliosi (2000) distingue diverse categorie:

«disagio, disadattamento e devianza non sono concetti fra loro omogenei. Infatti il disagio, esplorato soprattutto dalla pedagogia e dalla psicologia, è una condizione legata a percezioni soggettive di malessere (il disagio si ‘sente’, ma non necessariamente si ‘vede’), il disadattamento, studiato anche dalla sociologia, si esprime oggettivamente come relazione disturbata con uno specifico ambiente (si parla, infatti, di disadattamento scolastico, sociale etc.), mentre la devianza, analizzata soprattutto dalla criminologia, si manifesta come un comportamento che infrange visibilmente una norma (giuridica o culturale) e determina lo stigma sociale. Dunque non soltanto i riferimenti disciplinari sono diversi, ma mutano la natura delle tre condizioni (una percezione, una relazione e un comportamento) e soprattutto gli elementi di riscontro (uno stato di malessere soggettivo, le aspettative e le risposte di un determinato ambiente, le norme e gli stigmi di un certo sistema sociale)».

Pertanto il disagio è «una situazione relazionale tra il soggetto e un determinato ambiente caratterizzata dalla passività, dalla fuga/esclusione o dallo sterile ribellismo, in cui viene di fatto impedita la partecipazione attiva e creativa in tutte le sue espressioni di libera adesione o di positivo cambiamento» (Regoliosi, 1994, 23-24).

«Appare ormai evidente che il termine disagio comprende in sé una vasta gamma di condizioni, che crediamo, però, si possano raccogliere in tre categorie, poste su tre livelli:

a) un disagio evolutivo endogeno, legato alla crisi di transizione dell’età adolescenziale. Riguarda la totalità dei giovani e fa parte del naturale processo di crescita dell’individuo;

b) un disagio socioculturale esogeno, legato ai condizionamenti della società complessa. Riguarda i giovani che vivono in sistemi sociali come il nostro, è una condizione diffusa, condivisa con gli stessi adulti;

c) un disagio cronicizzante, legato all’interazione di fattori-rischio individuali e locali con le precedenti forme di disagio. Riguarda una minoranza di giovani e

specifiche aree ambientali, caratterizzate da povertà materialistiche e postmaterialistiche. È la forma di disagio più grave, che prepara il terreno, in un certo senso, al disadattamento vero e proprio» (Regoliosi, 2000, 20).

Fig. 20 – Il percorso del disagio



Fonte: Regoliosi, 1994, 30.

Formella (2010) parla invece della stretta relazione tra:

- disagio evolutivo/rischio - disadattamento - delinquenza/marginalità/devianza.

«A livello evolutivo il disagio è visto come una categoria trasversale, quasi come un fenomeno fisiologico, che accompagna il ragazzo nella sua crescita e che è legato con la categoria del rischio. Il disagio, poi, si trasforma in disadattamento quando il malessere diventa diffuso e si esprime come difficoltà momentanea a rispondere positivamente ai compiti evolutivi propri dell'età, soprattutto in termini di relazione con gli altri e di integrazione nella società. Se questo stato permane, si potrebbe trasformare in delinquenza o marginalità sociale. Oggi nella nostra società complessa il disagio evolutivo spesso rischia di trasformarsi in disagio sociale. Questo succede quando i fattori di malessere individuale sono molteplici e vengono assommati a fattori esterni conseguenti, per esempio, a marginalità sociale. Spesso questa inadeguatezza del giovane a inserirsi in un determinato contesto sociale viene attribuita prevalentemente a una generalizzata incapacità del mondo adulto a riconoscere le sue esigenze ed il suo bisogno di realizzazione» (Formella 2010, 87).

Inoltre,

«Il disagio è associabile ad una condizione determinata da una complessità di cose e da una molteplicità di variabili, nessuna delle quali da sola sembra essere sufficiente a produrlo, ma la cui simultanea e frequente presenza profila condizioni di difficoltà e di rischio in grado di ostacolare la realizzazione personale dell'individuo stesso.

Tra i fattori di rischio maggiormente responsabili troviamo:

- la vulnerabilità individuale;
- carenze o disfunzioni provenienti dall'ambiente familiare, [...] le dinamiche relazionali e affettive, la qualità del rapporto educativo, etc;
- difficoltà vissute a livello socio-culturale, che riguardano fattori relativi a: carenze nelle relazioni di supporto, tipologia di sub-cultura in cui è immersa una famiglia, disorientamento scolastico o professionale, influenze negative del gruppo dei pari, etc.;
- situazioni stressanti legate alla storia recente del soggetto [...].

Ognuno di questi fattori, se duraturo e di difficile gestione, espone l'individuo al rischio di un futuro disagio destinato a permanere nel tempo o a trasformarsi in un evento peggiore (di carattere patologico). La condizione di rischio, dunque, in quanto fonte di una probabile frustrazione dei bisogni fondamentali dell'individuo, comprometterebbe le possibilità di realizzazione del proprio progetto di vita» (ivi, 85).

Milanesi (1994) propone invece la tabella che segue

Tab. 2 – Modello del rapporto tra disagio, rischio, devianza e marginalità

1 -	Disagio	→	Rischio	→	Devianza	→	Marginalità
2 -	Marginalità	→	Rischio	→	Devianza	→	Disagio
3 -	Devianza	→	Disagio	→	Rischio	→	Marginalità
4 -	Marginalità	→	Disagio	→	Rischio	→	Devianza

Fonte: Milanesi, 1994, 59.

Nel modello citato, i primi richiami che indicano una situazione particolare nella persona possono essere sia il disagio, la marginalità o la devianza. Ognuna di queste situazioni, a sua volta, può portare al rischio, alla marginalità (spesso dettate dallo stigma) o alla devianza, che marginalizza il soggetto in questione. Il disagio può

quindi essere promotore o conseguenza della devianza e della marginalità. Dal rischio sociale si può passare a situazioni di disagio soggettivo, dovuti dall'emarginazione, alla povertà, visto anche con una concezione mertoniana per cui l'anomia sottolinea lo scarto che vi è tra la soddisfazione dei bisogni (fine) e i mezzi utilizzati per raggiungere la stessa. La marginalità e la povertà possono portare a situazioni di disagio "oggettive" in cui i bisogni non possono essere soddisfatti a causa di povertà materiali. Il disagio "soggettivo", invece, riguarda l'unicità della persona (motivo per cui può essere associato all'anomia) e che, spesso, può comunque portare a uno stigma da parte della società (si vedano infatti le definizioni di devianza primaria e secondaria date da Lemert). D'altro canto è pur sempre possibile che gli individui elaborino in maniera differente i fattori di rischio, andando ad accrescere le capacità degli stessi.

5. Normalità o patologia

Dal momento in cui il benessere è da considerarsi soggettivamente, i termini 'normale' e 'normalità' non sono opportuni.

«Il concetto di normalità può stabilirsi sulla base di una percentuale maggioritaria di comportamenti e di punti di vista o può diventare funzione di un ideale collettivo [...]. La 'normalità' è spesso considerata in funzione degli altri, dell'ideale o della regola. Per cercare di rimanere o diventare 'normale' il bambino si identifica con i 'grandi' e l'ansioso li imita» (Bergeret 2002, 9). La normalità è spesso in relazione alla capacità di adattarsi alle richieste dell'ambiente esterno, che sia sociale, ma anche familiare.

«Veramente 'sano' non è semplicemente colui che si dichiara tale, né tantomeno un malato che si ignora come tale, bensì un soggetto che conserva in sé le fissazioni conflittuali della maggior parte della gente, e che non ha ancora incontrato sulla sua strada difficoltà interne o esterne superiori al suo bagaglio affettivo ereditario o acquisito, alle sue facoltà personali difensive o adattive; che si permette un gioco abbastanza elastico dei suoi bisogni pulsionali, dei processi primario e secondario, sia sul piano personale sia su quello sociale, tenendo in giusta considerazione la realtà e riservandosi il diritto di comportarsi in modo apparentemente aberrante in circostanze eccezionalmente 'anormali'» (ivi, 11).

Il concetto di salute, come visto nel primo capitolo, è legato a molte dimensioni, alcune delle quali misurabili, il concetto di benessere, invece, è rappresentato da un vissuto soggettivo. La normalità è un concetto di valore che si esprime in base alla conformità o meno dell'individuo alla struttura culturale e sociale a cui appartiene, per cui alcuni comportamenti considerati normali in una determinata cultura o epoca storica possono essere considerati patologici in un'altra.

Il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM) è utile infatti per definire ciò che è disturbo mentale, andando però, d'altro canto, a rendere oggettiva⁶⁷ ogni situazione e delineando i paradigmi di una presunta normalità. La definizione di cosa è normale e cosa è patologico è legato a tre fattori (Telles-Correia, 2018, 799):

- «comprehensibility (whether or not the mental state/behaviour is comprehensible given the sociocultural context of the patient);
- adaptability (adaptive or nonadaptive in the context of the patient);
- connection to distress and disability (whether or not they cause distress or disability)».

L'autore propone diverse cause e spiegazioni inerenti ai disturbi mentali, per cui «There is no scientific method that proves that the mind can be reduced to the brain and that the laws that govern the mind are the same that govern the nervous system. Reductionism can be openly assumed, but it can also manifest indirectly through the way the research methodology is planned as well as through how the results are interpreted» (Telles-Correia, 2018, 798).

Esistono diversi fattori per cui possono presentarsi malattie mentali:

«i) The importance of environmental factors can manifest itself in different ways. There is strong enough evidence that traumatic events can have a causal influence on the onset of psychiatric illness. For example, a traumatic event in childhood (eg, death of a relative) may have a causal influence on the onset of depression in adulthood. [...]

On the other hand, sociocultural factors can also have a major influence on the emergence or resurgence of certain mental illnesses, for example, not only in eating disorder but also in anxiety and depression, among others.

⁶⁷ Consentendo di avere così risvolti di tipo legale, psicosociale, terapeutico, soprattutto relativi al ruolo del malato mentale in questione (Telles-Correia *et al.*, 2018).

ii) Biological factors do not act directly predisposing to mental illness but rather interact with environmental factors. For example, the impact of genetic risk factors on the onset of psychiatric diseases can be modified by the surrounding environment, by stressful life experiences, and by sociocultural factors. On the other hand, it is important to know not only the biological components (genetic, molecular, and neuronal) that may predispose to the emergence of psychiatric symptoms but also those that are associated with the influence that environmental factors have on the whole process that leads to these symptoms. Also, the association between genes and the clinical manifestation of a mental disorder may not be linear and direct. For example, certain genes may influence the onset of depression because they predispose to certain behaviours that favour instability in interpersonal relationships, which, in turn, can lead to depression» (ivi, 798-799).

Si nota quindi la forte relazione biologica e ambientale:

«Further, it is known that the influence of genes on the onset of mental illness does not follow a one-to-one pattern. But a gene may predispose to different mental illnesses, depending on environmental circumstances, so there are many different ways to get to the same syndrome.

iii) First-person mental phenomena also have causal effects over the brain, in the outside the world, and also on other mental states. This fact complicates the causal relations at this level because mental states themselves can alter the functioning of the brain, influence the environment (these, also causally related to mental states), and directly induce other mental states.

iv) In psychology and psychiatry, we have to talk about different types of causality that coexist. One is the causality related to the world of meanings and intentionality, which explains that certain experiences associated with a certain symbolism may be the basis of some mental states. This intentional or meaningful causality, with its own rules, can only exist through the brain but cannot be reduced to the brain (which contradicts the mind brain reductionism). The other unintentional causality is free of meaning and follows the universal physical laws» (ibidem).

Riprendendo il DSM-V (2013):

«A mental disorder is a syndrome characterized by clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotion regulation, or behavior that reflects a

dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes underlying mental functioning. Mental disorders are usually associated with significant distress or disability in social, occupational, or other important activities.

An expectable or culturally approved response to a common stressor or loss, such as the death of a loved one, is not a mental disorder. Socially deviant behaviour (e.g., political, religious, or sexual) and conflicts that are primarily between the individual and society are not mental disorders unless the deviance or conflict results from a dysfunction in the individual, as described above» (DSM-5, 2013, 20).

6. DSM-V e RDoC

Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM) è stato ideato dall'Associazione psichiatrica statunitense sui disturbi mentali e sono state create classificazioni dei vari disturbi per facilitare le diagnosi. Il DSM è una guida pratica, funzionale e flessibile in base al singolo soggetto. È uno strumento per i clinici, una risorsa educativa essenziale per studenti e professionisti e un riferimento per i ricercatori. L'obiettivo è cercare un linguaggio comune per poter comunicare le caratteristiche tipiche dei disturbi mentali presentati dai soggetti interessati e tali informazioni sono necessarie a tutti i professionisti che si occupano della cura della salute mentale (psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri, *counselors*...). Avere criteri precisi permette una base comune ma allo stesso tempo tende ad oggettivizzare un qualcosa che comprende molteplici dimensioni, tra cui il benessere (che è da intendersi soggettivamente).

La classificazione dei disturbi è stata inizialmente approvata con il nome *International Classification of Diseases (ICD)* dall'Organizzazione mondiale della sanità. Tutto è nato poiché il Dipartimento per gli affari dei veterani degli Stati Uniti (*Veterans Administration*), in seguito alla Seconda guerra mondiale, aveva la necessità di aiutare coloro che tornavano in patria e presentavano molti problemi di salute mentale, istituendo così termini che l'Organizzazione mondiale della sanità pubblicò nella *Classificazione internazionale delle malattie*, la cui sesta edizione incluse per la prima volta alcune delle malattie mentali. Però, l'incompletezza dell'ICD-6 portò l'*American Psychiatric Administration (APA)* a pubblicare, nel 1952, il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I)*, un manuale destinato ai medici e a coloro che si occupavano di pazienti con disturbi mentali per poter avere una base comune da cui poter iniziare la terapia. Il DSM-II

è stato invece pubblicato nel 1968, facendo aggiunte e modifiche all'edizione precedente. «Sia il DSM-I sia la sua prima revisione, il DSM-II (pubblicato nel 1968), identificavano tre grandi categorie di disturbi mentali: le psicosi, le nevrosi e i disturbi del carattere. La terminologia utilizzata e la descrizione dei disturbi in queste prime edizioni risentivano molto dell'approccio psicoanalitico, che negli anni '50 rappresentava il paradigma di riferimento. Una delle caratteristiche fondamentali delle prime due edizioni del manuale era rappresentata dall'identificazione delle categorie diagnostiche sulla base di reazioni emotive agli eventi esterni. Queste prime edizioni del DSM hanno subito molto l'influenza delle teorie di Adolf Meyer, secondo cui i disturbi mentali rappresentano delle reazioni disfunzionali della personalità di un soggetto a eventi di vita stressanti (Luciano *et al.*, 2016, 117)». Nel 1980 viene pubblicato il DSM-III che, a differenza dei due precedenti, presentava un cambiamento radicale nella sua struttura, cercando il più possibile di mantenere un approccio neutrale e senza influenze, ma con scarsi risultati. In tale edizione, infatti, l'omosessualità fu classificata tra i disturbi dell'orientamento sessuale, ma alla fine degli stessi anni '80 tale direzione cambiò. «Viene adottato un approccio ateoretico alle malattie mentali, di cui vengono definiti criteri specifici sulla base della loro presentazione clinica. Questa edizione del manuale adotta un approccio categoriale ai disturbi mentali, definiti sulla base di una revisione sistematica delle evidenze della letteratura scientifica, inclusi gli studi clinici ed epidemiologici» (ibidem). Ecco perché nel 1987 venne pubblicato il DSM-III-R.

Il DSM-IV del 1994 propone sia cambiamenti e ridefinizioni di alcuni disturbi mentali, sia aggiunte sia l'eliminazione di alcune diagnosi.

Il DSM-V, pubblicato nel 2013, comporta ulteriori modifiche ed è un buono strumento di base per approcciarsi alla salute mentale e ai disturbi che si possono presentare, prendendo in considerazione le molteplici dimensioni che comportano. Nonostante ciò, rimane una classificazione categorica di disturbi separati, in quanto i disturbi mentali non sempre rientrano completamente nei confini di un singolo disturbo. Alcuni sintomi possono rimandare a più disturbi, come nel caso della depressione e dell'ansia. È inoltre interessante notare quali sono i disturbi più frequentemente diagnosticati nelle varie fasi della vita: i disturbi del neurosviluppo durante l'infanzia, i fattori legati all'avanzamento dell'età (insonnia, disturbo da stress post-traumatico...), etc.

Come affermano Luciano *et al.* (2016), prima del DSM-V, i disturbi psichiatrici erano entità categoriali allo stesso modo delle patologie di organi o sistemi e ciò fu altamente criticato perché le malattie mentali non possono essere classificate solo basandosi su rigide categorie in quanto non riflettono la complessità dei quadri clinici. Ogni paziente è a sé, con sintomatologie complesse e situazioni personali differenti. Pertanto, il DSM-V propone una nuova forma di approccio, quello di tipo dimensionale.

«Alcuni tentativi di introdurre la valutazione dimensionale nel DSM-5 sono rappresentati da:

1. l'inclusione dello specificatore "con ansia", per completare la diagnosi dei disturbi depressivi unipolari e bipolari. Tale specificatore permette di includere nella diagnosi "principale" sintomi che non sono propri dei disturbi dell'umore, permettendo di dare una descrizione più dettagliata del disturbo primario e fornendo maggiori indicazioni per il trattamento;
2. l'introduzione del concetto di "spettro", e quindi l'assunto che questi disturbi intervengano lungo un *continuum* psicopatologico, come accade per i disturbi dello spettro schizofrenico e dello spettro autistico, sebbene soltanto in quest'ultimo caso, di fatto, i disturbi sono stati unificati lungo un *continuum* psicopatologico;
3. l'identificazione di un modello multidimensionale alternativo per la descrizione dei disturbi della personalità, sebbene le categorie diagnostiche del DSM-IV e i criteri per questi disturbi siano rimasti essenzialmente inalterati;
4. l'inclusione nel manuale di una serie di scale di valutazione dei diversi domini psicopatologici» (ivi, 118).

Nonostante fosse molto vicino al modello bio-psico-sociale, in questa nuova edizione è stato eliminato il sistema di diagnosi multiassiale proposto nel DSM-III, il cui posto è stato preso da diverse scale di valutazione, che prendono in considerazione molte dimensioni. Si vedano per esempio la *Cross-Cutting Symptom Measure*⁶⁸ (DSM-V, 2013, 734) e l'Intervista per l'inquadramento culturale (ICC).

⁶⁸ «La scala di valutazione dei sintomi trasversali (DSM-5 Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure) ha come obiettivo la valutazione dei cluster sintomatologici trasversalmente rilevanti per formulare la diagnosi. Il motivo per cui tale scala è stata sviluppata è quello di aiutare il clinico nella valutazione di dimensioni psicopatologiche che possono avere un ruolo significativo nella definizione di un trattamento adeguato. Questa scala include la valutazione di 13 domini psicopatologici (depressione, rabbia, mania, ansia, sintomi somatici, disturbi del sonno, sintomi psicotici, pensieri ossessivi, ideazione suicidaria, abuso di sostanze, sintomi dissociativi, assetto di personalità, problemi cognitivi e mnesici), la cui presenza influenza negativamente la prognosi di

In questa edizione sono anche aumentati i disturbi descritti e le conseguenti diagnosi, presentando 541 codici diagnostici rispetto i 383 presenti nel DSM-IV. Ciò può essere anche un limite, in quanto potrebbe portare i clinici a definire malata una persona che non necessita di alcun trattamento (Luciano *et al.*, 2016, 119).

«Il problema dei falsi positivi non è stato l'unico elemento che ha suscitato critiche da parte della comunità scientifica. Infatti, nonostante numerosi sforzi siano stati fatti, il rivoluzionario “paradigm shift” auspicato dagli stessi curatori del DSM-5 non è avvenuto. Infatti, l'impianto diagnostico della quinta edizione del manuale è ancora basato su un sistema categoriale, in cui la presenza/assenza di un criterio determina l'applicazione o meno di una specifica diagnosi. L'utilizzo di categorie diagnostiche fisse e di rigidi criteri di inclusione non permette di valutare l'eterogeneità della presentazione clinica della maggior parte dei disturbi psichiatrici con una conseguente riduzione della capacità del DSM-5 di identificare una condizione clinica. Molto si è discusso negli ultimi anni sulla possibilità che le grandi rivoluzioni sociali abbiano di fatto modificato la presentazione clinica dei disturbi mentali. L'avvento di internet ha determinato un profondo cambiamento nelle relazioni sociali delle persone, [...] la globalizzazione ha determinato un livellamento delle differenze culturali verso il basso, i cambiamenti nella struttura della società, tra cui la progressiva urbanizzazione, la trasformazione della famiglia e la riduzione del livello di sicurezza sociale, le grandi migrazioni di massa hanno trasformato il senso di appartenenza e la cultura di un popolo, mentre l'aumento degli attacchi terroristici e del senso di insicurezza nelle grandi metropoli hanno avuto un profondo impatto sugli stili di vita della popolazione. In questo contesto non stupisce che possano emergere nuove forme di disagio mentale, mentre alcune manifestazioni psicopatologiche rappresentano entità nosografiche presenti solo sui libri, come accade nel caso della catatonìa o dell'isteria. Il DSM-5, nonostante le sue innovazioni, non sembra essere in grado di cogliere questi cambiamenti, come dimostrato dal fatto che disturbi emergenti, come quelli legati all'utilizzo di internet,

numerosi disturbi mentali. [...] Un elemento di assoluta novità presente nel DSM-5 è la possibilità di effettuare una valutazione delle influenze culturali nella presentazione dei sintomi psichiatrici attraverso l'ICC, utile alla valutazione dei fattori culturali che hanno un impatto significativo sulle capacità del paziente nel riconoscere e gestire il proprio disturbo. Fattori contestuali al paziente, come povertà, disuguaglianze sociali, razzismo, equilibri geo-politici instabili, guerre e disastri naturali hanno un impatto – di matrice culturale – sull'esperienza di malattia del paziente, in termini di presentazione clinica, modalità di richiesta di aiuto, relazione medico-paziente e tipo di risorse personali per la promozione del processo di recovery» (Luciano *et al.*, 2016, 118).

siano relegati nel capitolo “Condizioni che necessitano di ulteriori studi”» (ivi, 119-120).

Per andare oltre le criticità presenti nel DSM-V, nel 2009 il *National Institute of Mental Health* ha promosso il progetto *Research Domain Criteria* (RDoC), che non si concentra solo sui sintomi, ma, soprattutto, sullo studio di elementi biologici, fisiologici e comportamentali.

«RDoC is a research framework for investigating mental disorders. It integrates many levels of information (from genomics and circuits to behavior and self-report) to explore basic dimensions of functioning that span the full range of human behavior from normal to abnormal. RDoC is not meant to serve as a diagnostic guide, nor is it intended to replace current diagnostic systems. The goal is to understand the nature of mental health and illness in terms of varying degrees of dysfunction in general psychological/biological systems. The RDoC framework is a research strategy that is implemented as a matrix of elements. The matrix is a dynamic structure that currently focuses on six major domains of human functioning (e.g., Negative Valence Systems, Cognitive Systems). Contained within each domain are several behavioral elements, or *constructs*, that comprise different aspects of its overall range of functions. Constructs are studied along a span of functioning from normal to abnormal with the understanding that each is situated in, and affected by, environmental and neurodevelopmental contexts. Measurements of constructs can be made using several different classes of variables, or *units of analysis*, which include genetic, physiological, behavioral, and self-report assessments. The RDoC matrix is designed to evolve based on new findings from the research community and thus will be modified to include new and/or revised constructs and domains. The goal of RDoC is to provide information about the basic biological and cognitive processes that lead to mental health and illness, broadly conceived. The information gained using RDoC may help inform the creation of mental health screening tools, diagnostic systems, and treatments» (NIMH, <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/about-rdoc>, consultato l'11 gennaio 2022).

L'RDoC può essere molto utile perché, tradizionalmente, come anche proposto negli anni dal DSM, le malattie mentali sono state concettualizzate come disturbi diagnosticati sulla base del numero e del tipo di sintomi. Ciò ha sicuramente portato a rendere più facile le diagnosi, compromettendo però la realtà:

- «Research based on diagnostic categories can suffer from problems with heterogeneity because of the varied ways people can qualify for a symptom-based disorder diagnosis. Two people, in some cases, can be diagnosed with the same disorder despite having few symptoms in common. This makes it difficult for researchers to pinpoint specific aspects of disorders because the neurobiological mechanisms may differ greatly among patients who share little to no symptomatology.
- Also, patients who meet criteria for one mental disorder often tend to meet criteria for other mental disorders – a phenomenon known as comorbidity. This has led researchers to question whether too much emphasis has been placed on studying specific disorders in isolation from other disorders. It has also led to concerns that common dimensions underlying mental disorders are not being properly reflected in mental health research.
- Researchers seeking to reduce heterogeneity in their samples often limit participants to those with “pure” diagnoses. In order to do this, they do not enroll individuals representing the larger spectrum of functioning or those with related disorders; however, this type of variation can be important for understanding the underlying contributors to mental health and illness.
- Clinical criteria for defining a disorder, while created through expert practitioner consensus, are somewhat arbitrary. Research indicates that there are important similarities between those whose symptoms meet the criteria for a disorder versus those who just miss the cutoff for diagnosis due to fewer and/or less severe symptoms. To understand the full spectrum of mental health and illness, it is important to adopt dimensional conceptualizations. Therefore, dividing research subjects into two groups based on symptom counts may obscure important information about the ways in which psychopathology gradually emerges across development, how risk factors operate, and how quantitative outcomes of prevention and treatment trials can be implemented» (ibidem).

L'obiettivo è il seguente:

- «Examine psychological constructs (or concepts) relevant to psychopathology, rather than focusing on mental disorder categories only.
- Study constructs by assessing and integrating a variety of both biological and behavioral measures.
- Analyze constructs dimensionally, along a spectrum of functioning, irrespective of current boundaries of mental disorders.
- Emphasize neurodevelopmental trajectories and environmental influences in studying aspects of functional behavior and pertinent biological systems» (NIMH, <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/developing-an-rdoc-study>, consultato l'11 gennaio 2022).

Vi sono obiettivi immediati e a lungo termine:

- gli obiettivi immediati riguardano la comprensione dei disturbi mentali concentrandosi non solo su ciò che li scatena, ma anche sui meccanismi, i componenti e i processi che costituiscono il comportamento umano e le varie reazioni;
- gli obiettivi a lungo termine riguardano il tentativo di migliorare le diagnosi, far luce su potenziali nuovi trattamenti e cercare le cause dei disturbi (ibidem).

È anche stata creata una matrice, in cui le righe rappresentano i *domini*, le sottorighe i *costrutti* e le colonne le *unità di analisi*.

Tab. 3 – Matrice RDoC

		<i>Ge ni</i>	<i>Molec ole</i>	<i>Cell ule</i>	<i>Circu iti neur ali</i>	<i>Fisiolo gia</i>	<i>Comporta menti</i>	<i>Autovaluta zioni</i>
<i>Sistema di valenza negativa</i>	Paura	Elementi (Correlate)						
	Ansia							
	Perdita							
	Non ricompensa frustrante							
<i>Sistema di valenza positiva</i>	Ricompensa l'apprendim ento							
	Valutazione della ricompensa							
	Abitudini							
<i>Sistemi cognitivi</i>	Attenzione							
	Percezione							
	Memoria dichiarativa							
	Memoria di lavoro							
	Controllo cognitivo							
<i>Sistemi per processi sociali</i>	Formazione dell'attacca mento							
	Comunicazi one sociale							
	Percezione di sé							
	Percezione degli altri							
<i>Sistemi di eccitazio ne / modulat ori</i>	Risveglio							
	Ritmo circadiano							
	Sonno e veglia							

<i>Sistemi sensomotori</i>	Azioni motorie	
	Agenzia e proprietà	
	Abitudine	
	Schemi motori innati	

Fonte: elaborazione da NIMH, <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/constructs/rdoc-matrix>.

Il DSM e il RDoC, nonostante le loro criticità, sono comunque strumenti utili per la comprensione e lo studio dei determinanti della salute mentale.

7. Le malattie mentali

In letteratura è ormai noto il peso che determinanti sociali e ambientali hanno nel determinare la salute delle persone, perché sempre più influenzata dall'industrializzazione, dal reddito, dall'ambiente socioculturale, ecc. Pertanto, si può parlare di *selezione sociale* quando ad un basso status sociale si presenta una vulnerabilità genetica che porta alla comparsa della malattia; per disturbi di tipo nevrotico, come la depressione o l'ansia, i fattori sociali sono molto spesso la causa della patologia per cui si parla di *causazione sociale*. I determinanti sociali, economici e culturali influenzano fattori di rischio che attivano lo stress e contribuiscono allo sviluppo della patologia mentale. È un processo con effetti positivi e negativi che dipendono anche dalle deprivazioni di tipo socio-economico durante l'intero corso della vita.

Fra i determinanti di salute mentale si segnalano infatti:

- basso reddito (Muntaner, 1998);
- diseguaglianze (Weich *et al.*, 2001);
- precarietà abitativa (Weich, 1998);
- istruzione limitata (Power, Monor, 1992);
- disoccupazione (Montgomery *et al.*, 1999);
- *high-demand or low-control work* (Stansfeld *et al.*, 2003);
- abuso, abbandono, trascuratezza infantile (Schilling *et al.*, 2008);
- deprivato contesto urbano di residenza (Halpern, 1995);
- basso supporto sociale (Stansfeld, 1999);
- discriminazione (Williams *et al.*, 2003; Brown *et al.*, 2000);
- insicurezza alimentare (Alaimo *et al.*, 2002)⁶⁹.

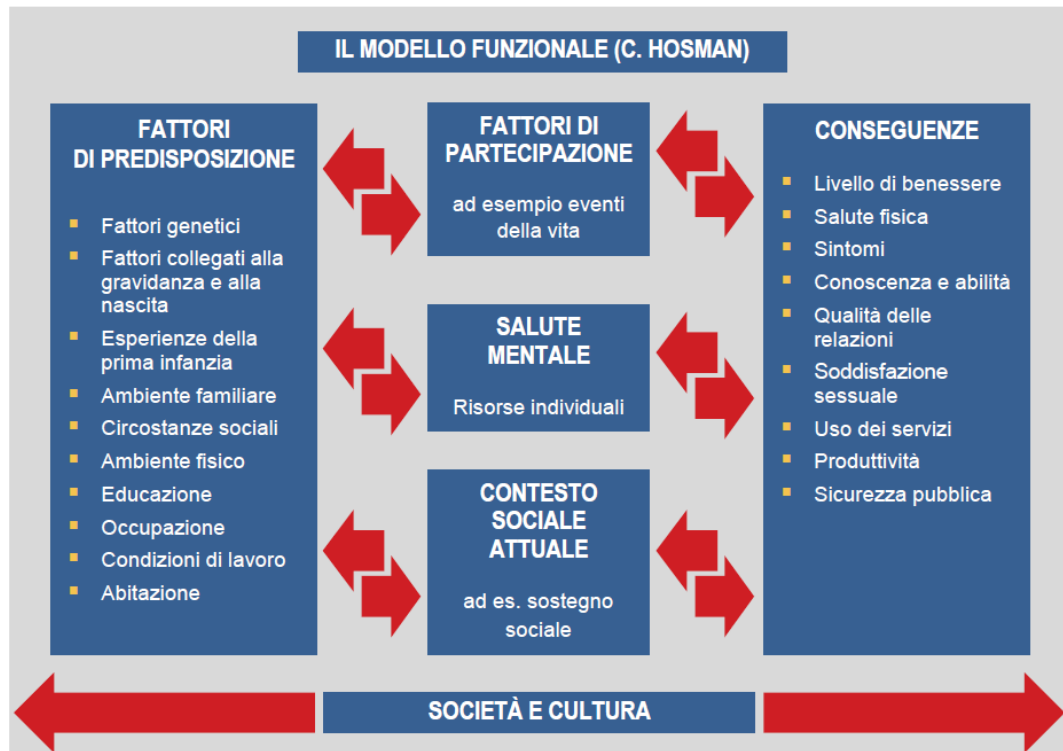
La salute mentale è frutto di molteplici fattori che influiscono sulla qualità della vita delle persone.

«Una buona salute mentale è parte integrante della salute e del benessere. La salute mentale di un individuo e la maggior parte dei disturbi mentali sono modellati dai vari contesti sociali, economici e fisici attraversati nelle differenti fasi della vita. I fattori di rischio comuni alla maggior parte dei disturbi mentali sono strettamente connessi alle disuguaglianze sociali, per cui ad una maggiore disuguaglianza

⁶⁹ Si veda la relazione del XXVII Congresso Nazionale SIPI, Brescia, 13-15 aprile 2018, *Contagi relazionali: emozioni, comportamenti, culture in Psicologia Individuale*.

corrisponde un aumento di disuguaglianza nell'esposizione al rischio. [...] L'Organizzazione Mondiale della Salute definisce la salute mentale come "uno stato di benessere in cui ogni individuo possa realizzare il suo potenziale, affrontare il normale stress della vita, lavorare in maniera produttiva e fruttuosa e apportare un contributo alla propria comunità". Quindi l'assenza di disturbo mentale non significa necessariamente presenza di una buona salute mentale. Da un altro punto di vista, persone con un disturbo mentale possono raggiungere buoni livelli di benessere – vivendo un'esistenza soddisfacente, piena di senso e produttiva nei limiti dei sintomi dolorosi, angoscianti o debilitanti. I disturbi mentali includono ansia, depressione, schizofrenia e dipendenza da alcol o da droga. I disturbi mentali comuni possono derivare da esperienze stressanti, ma possono anche presentarsi in assenza di tali esperienze; non sempre le esperienze stressanti portano alla comparsa di un disturbo mentale. Molte persone presentano disturbi mentali sottosoglia, che significa una scarsa salute mentale che non raggiunge la soglia per essere diagnosticata come disturbo mentale. I disturbi mentali e i disturbi mentali sottosoglia colpiscono una larga parte della popolazione. Il termine malattia mentale, meno comune, si riferisce sia alla depressione e all'ansia (classificate anche come "disturbi mentali comuni") sia alla schizofrenia o al disturbo bipolare (classificati anche come "disturbi mentali gravi")» (OMS, 2014/2017, 4-7). «Le disuguaglianze sociali ed economiche, che si tramandano di generazione in generazione, determinano, con il tempo, il radicamento delle disuguaglianze relative alla salute mentale» (ivi, 22).

Fig. 21 – Il modello funzionale di Hosman



Fonte: Istat, XXI Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicopatologia, Roma, 22 febbraio 2017.

Il miglioramento della salute e del benessere è da considerarsi parte delle scelte di sviluppo sia economico sia sociale di una data comunità. La salute è un bene comune che deve essere accessibile a tutti, comportando la crescita delle *capabilities* personali per riuscire a vivere una vita nel modo più dignitoso possibile: «Ogni persona ha il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla progettazione e alla realizzazione dell'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno [...]. L'accesso a un livello più alto di salute [...] presuppone la partecipazione di numerosi settori socioeconomici oltre che di quelli sanitari [...]». L'assistenza sanitaria di base è quell'assistenza essenziale resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie di una comunità attraverso la loro partecipazione in uno spirito di fiducia in se stessi e di autodeterminazione» (OMS, Dichiarazione Alma Ata, 1978).

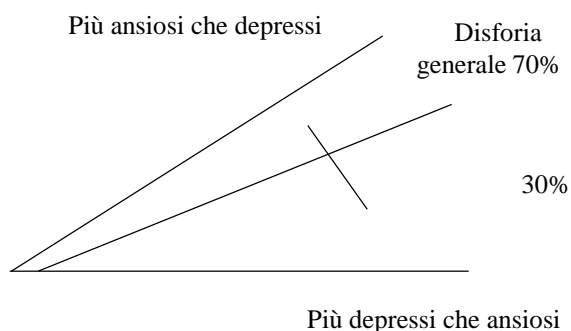
Ovviamente è bene tener presente che la condizione di benessere è altalenante, in base alle situazioni che si vivono nel quotidiano, per cui ognuno sperimenta

disagio, preoccupazione, rabbia, ansia, paura, irritazione, che diventano sintomi gravi nel momento in cui risultano ingestibili e intaccano l'equilibrio della persona, trasformandosi a tutti gli effetti in disagi e problemi di salute mentale. Il disturbo mentale è una condizione che non trova soluzione alla sofferenza del disagio, con la conseguente manifestazione, spesso, di sintomi. La depressione, l'ansia e i comportamenti antisociali sono tra i disturbi mentali più diffusi (Goldberg, Goodyer, 2005/2009). Kendler *et al.* (1997) hanno studiato due dimensioni molto importanti:

- l'internalizzazione
- l'esternalizzazione.

L'internalizzazione è costituita da due dimensioni correlate tra loro, la depressione e l'ansia, che sono rappresentate dalla dimensione di *disforia generale* e associate a nevroticismo, scrupolosità e introversione.

Fig. 22 – Disturbi dell'internalizzazione



Fonte: Goldberg, Goodyer, 2005/2009, 9.

L'esternalizzazione, invece, evidenzia disturbi del comportamento, che portano a un comportamento cosiddetto antisociale, con spiccata estroversione, bassa scrupolosità e basso nevroticismo.

«La quantità di stress necessaria per scatenare un episodio di malattia è diversa da individuo a individuo. Anche i disturbi mentali maggiori, come la schizofrenia e la mania, compaiono più di frequente dopo eventi stressanti, sebbene queste patologie possano manifestarsi anche in assenza di eventi stressanti esterni riconoscibili. Al contrario, i disturbi comuni sono in genere scatenati da eventi stressanti. Tali eventi non sono sempre di natura psicologica. Essi possono essere

anche di natura culturale e sociale» (ivi, 17). Gli autori (ivi, 18) distinguono inoltre diversi modelli:

- «i modelli categoriali sono destinati a sopravvivere in quanto sono necessari ai medici che prescrivono i farmaci; ai medici della Sanità pubblica per monitorare i servizi, in quanto permettono di scambiare informazioni tra i vari Paesi; perché facilitano i progetti di ricerca e perché le compagnie assicurative basano su di essi i rimborsi. I modelli categoriali spesso utilizzano valori soglia arbitrari per definire disturbi presumibilmente omogenei; agiscono senza rispettare le sottili differenze nelle espressioni culturali del disagio; e impongono valori soglia rispetto a disturbi che in realtà presentano livelli diversi di gravità. Questi modelli tendono a essere sopravvalutati da clinici sprovveduti che sono alla ricerca di spiegazioni diverse e differenziate per tipi di disturbi che sono invece sostanzialmente simili.
- I modelli dimensionali consentono il confronto tra culture e lo studio dell'importanza relativa di gruppi di sintomi che tendono a manifestarsi insieme. Per la finalità di alcune ricerche è più efficace rappresentare una qualità come una dimensione gradualizzata che come semplice entità dicotomica. I modelli dimensionali permettono di misurare il grado di affinità tra gruppi di disturbi diversi, convertendo così un obiettivo che non ha alcuna soluzione in una prospettiva che almeno ha una soluzione parziale.
- I disturbi mentali comuni potrebbero essere sostanzialmente suddivisi in due ampie categorie: i disturbi dell'esternalizzazione, che si manifestano in comportamenti osservabili, e i disturbi dell'internalizzazione che sono disturbi dell'esperienza interiore».

Le molteplici dimensioni possono caratterizzare la comparsa di diversi disturbi, tra cui quelli genetici e biologici, sociali, culturali e determinati da *life event* stressanti. Alcuni *life event* stressanti sono indipendenti dalla personalità dell'individuo, mentre altri dipendenti. Bouchard (1994) parla dei *big five*, ossia delle cinque dimensioni della personalità, poiché solo una minima percentuale dei disturbi mentali è determinata dalla genetica:

- *openness*
- *neuroticism*

- *harm avoidance*
- *novelty seeking*
- *extraversion*
- *reward dependence*.

I *life event* possono essere sotto il controllo individuale o esterni all'individuo. Vi sono eventi che comportano la perdita e che spesso portano alla depressione, altri che comportano il pericolo e che spingono invece alla manifestazione dell'ansia (Brown, Harris, 1978). Brown *et al.* (1995) parlano di eventi stressanti, in particolare l'*umiliazione* e l'*intrappolamento*. «L'umiliazione è definita come un evento che rende una persona svalutata verso se stessa e gli altri, mentre l'intrappolamento è definito come una difficoltà marcata della durata maggiore di sei mesi, con la probabilità che persista» (Goldberg, Goodyer, 2005/2009, 164). Vi sono inoltre altri due costrutti psicologici latenti, ossia la perdita (*loss*) e la minaccia (*threat*).

La vulnerabilità è un «processo che aumenta la predisposizione ai disturbi mentali, ma non è sufficiente a causare la patologia. Il processo di vulnerabilità probabilmente include uno o più fattori che hanno un effetto modesto, per cui la loro relazione con la comparsa di una successiva patologia mentale risulta ridotta. [...] I processi di vulnerabilità sono quindi fenomeni complessi che comprendono sistemi di fattori all'interno di un dato ambito (geni, umore, schemi di pensiero, ambienti sociali) e a ponte tra un ambito e l'altro» (ivi, 209-210).

7.1. Depressione: il Disturbo Depressivo Maggiore (DDM)

La depressione è tra i primi disturbi psichiatrici di cui si hanno testimonianze e descrizioni scritte. Come detto più volte, i disturbi dell'umore hanno origini antiche, che coincidono per lo più con la diffusione delle sperimentazioni mediche parecchi anni fa. Già Omero nell'Iliade parlava della tristezza di Bellerofonte e dell'improvviso cambiamento dello stato d'animo di Aiace Telamonio, che passa dalla sovraccitazione alla più profonda disperazione, culminante poi nel suicidio.

Molte culture antiche (babilonese, egiziana, ebraica) attribuivano a forze soprannaturali le fluttuazioni dell'umore (che forse oggi sarebbero considerate disturbi bipolari) come forme di punizione (Cassano *et al.*, 1999). In Grecia, le credenze popolari attribuiscono alla *hybris* degli uomini, alla loro superbia e idea di supremazia la causa delle malattie mentali e dei disturbi d'umore come punizione divina. Socrate, invece, sostiene l'ipotesi che la malattia mentale derivi dal prevalere delle passioni sulla razionalità e quindi dalla conseguente incapacità esistenziale dell'uomo di raggiungere la conoscenza piena di sé (Roccatagliata, 1999). Ippocrate (IV secolo A.C.) si distacca dalle idee religiose, sottolineando una visione biochimica delle malattie mentali, il cui cervello era sede di ogni manifestazione psichica. Proprio a Ippocrate si devono le prime descrizioni cliniche dei disturbi dell'umore, insieme a diversi termini tutt'oggi utilizzati, come quello di *melancolia* (condizione anormale dovuta a una causa patogena della bile nera sul cervello, da cui *melas=nero* e *cole=bile*). Ippocrate espone la sua teoria facendo riferimento alla periodicità della malattia, rilevandone la stagionalità in base ai quattro tipi temperamentali in grado di predisporre a diversi disturbi mentali, ossia collerico, melanconico, sanguigno, flemmatico. Come già esposto nella prima parte della tesi, ognuno di questi temperamenti deriverebbe dall'eccesso degli umori corrispondenti: bile gialla, bile nera, sangue e flegma. Secondo Aristotele (III secolo A.C.), il temperamento melanconico è la condizione *predisponente*⁷⁰ della depressione, riconoscendo l'elevata diffusione del disturbo soprattutto tra poeti, artisti e politici (Cassano *et al.*, 1999).

Lewis (1934) parla dell'ansia come parte integrante dello stato depressivo, mentre Meyer (1955) sostiene l'unicità di ogni paziente, evidenziando il metodo

⁷⁰ In medicina, i *fattori predisponenti* sono tutte le cause che favoriscono sia l'insorgenza sia l'evoluzione di una forma morbosa.

ideografico (in opposizione al metodo *nomotetico*, tipico di Lewis, che raggruppa le persone in gruppi di patologie).

La concezione organicista e biologica dei disturbi mentali inaugurata da Ippocrate è rimasta la prevalente chiave di lettura della depressione e dei disturbi mentali fino al XX secolo. Cambio di rotta vi fu invece con Emil Kraepelin che, nel *Trattato di Psichiatria* del 1896, considera la depressione come parte della psicosi maniaco-depressiva. Con il tempo, molti altri autori definirono la depressione in svariati modi, Sigmund Freud come nevrosi, Meyer e Schneider come disturbo mentale presente in seguito a eventi stressanti. Si inizia così a sottolineare l'importanza dei fattori ambientali e sociali.

A partire dagli anni '70, il disturbo depressivo maggiore (DDM) comincia ad essere un quadro psicopatologico a sé, con l'accento sulla dicotomia cartesiana mente-corpo (biologico-psicologico; endogeno-reattivo; psicotico-nevrotico; primaria-secondaria). La depressione si riduce a quattro tipi differenti di patologie (ibidem):

- depressione endogena, in cui non sono riconoscibili fattori esterni causali di tipo fisico o psichico;
- depressione psicogena, con fattori causali di tipo psichico:
 - reattivo, ossia reattivo a eventi di grande significato esistenziale o emotivo;
 - nevrotico, con conflittualità inconsce;
- depressione esogena, reattiva a fattori esterni di tipo fisico;
- depressione endoreattiva, in relazione a eventi sia di natura fisica che psichica.

Il DSM-V ha abbandonato le suddivisioni sopra elencate a favore di un approccio esclusivamente empirico-descrittivo:

«La depressione, seppur scatenata ed alimentata dagli eventi, non presenterebbe peculiarità cliniche distintive, né un diverso tipo di risposta alla terapia [...] In una concezione più moderna si ritiene che tra evento stressante e disturbi dell'umore esista un nesso, più che causale, interattivo, in cui sono coinvolti una serie di fattori genetici, biologici, psicologici ed ambientali. La predisposizione costituzionale ed i fattori stressanti sono considerati complementari in base ad un modello psico-socio-biologico, che consente un'interpretazione unitaria dei processi adattivi nel loro dinamico divenire» (ivi, 1827). Si inizia ad avvalorare la tesi secondo cui la

depressione nasca da elementi bio-psico-socioculturali, in cui l'umore è il tono affettivo di base che influenza l'intera esperienza del soggetto.

«Depressive disorders include disruptive mood dysregulation disorder, major depressive disorder (including major depressive episode), persistent depressive disorder (dysthymia), premenstrual dysphoric disorder, substance/medication-induced depressive disorder, depressive disorder due to another medical condition, other specified depressive disorder, and unspecified depressive disorder. Unlike in DSM-IV, this chapter “Depressive Disorders” has been separated from the previous chapter “Bipolar and Related Disorders.” The common feature of all of these disorders is the presence of sad, empty, or irritable mood, accompanied by somatic and cognitive changes that significantly affect the individual’s capacity to function. What differs among them are issues of duration, timing, or presumed etiology» (DSM-V, 2013, 155).

Il disturbo depressivo maggiore è determinato dai seguenti criteri:

«A. Five (or more) of the following symptoms have been present during the same 2 week period and represent a change from previous functioning; at least one of the symptoms is either (1) depressed mood or (2) loss of interest or pleasure.

1. Depressed mood most of the day, nearly every day, as indicated by either subjective report (e.g., feels sad, empty, hopeless) or observation made by others (e.g., appears tearful).
2. Markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities most of the day, nearly every day (as indicated by either subjective account or observation).
3. Significant weight loss when not dieting or weight gain (e.g., a change of more than 5% of body weight in a month), or decrease or increase in appetite nearly every day.
4. Insomnia or hypersomnia nearly every day.
5. Psychomotor agitation or retardation nearly every day (observable by others, not merely subjective feelings of restlessness or being slowed down).
6. Fatigue or loss of energy nearly every day.
7. Feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt (which may be delusional) nearly every day (not merely self-reproach or guilt about being sick).
8. Diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness, nearly every day (either by subjective account or as observed by others).

9. Recurrent thoughts of death (not just fear of dying), recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suicide attempt or a specific plan for committing suicide.

B. The symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.

C. The episode is not attributable to the physiological effects of a substance or to another medical condition.

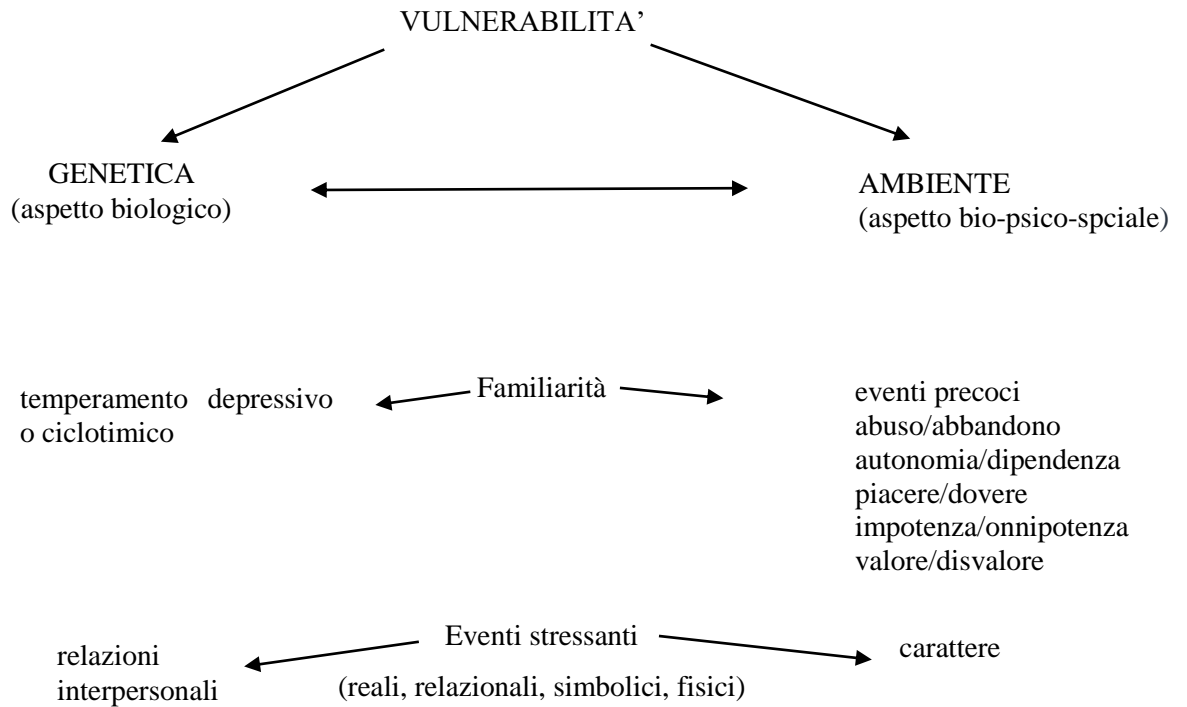
[...].

D. The occurrence of the major depressive episode is not better explained by schizoaffective disorder, schizophrenia, schizophreniform disorder, delusional disorder, or other specified and unspecified schizophrenia spectrum and other psychotic disorders.

E. There has never been a manic episode or a hypomanic episode» (ivi, 160-161).

Il DDM è una malattia che intacca l'organismo nel suo intero, per cui sia le cause sia i sintomi possono essere di tipo biologico, psicologico e sociorelazionale.

Fig. 23 – Il DDM



Fonte: elaborazione personale.

I sintomi comuni della depressione possono essere definiti tra i seguenti (Cockerham, 2021, 40):

- tristezza e/o disperazione persistente
- insonnia o ipersonnia
- appetito ridotto
- ritardi psicomotori
- anedonia
- irritabilità
- apatia
- poca motivazione
- isolamento
- mancanza di speranza
- poca stima di sé
- assenza di speranza
- istinti suicidi.

7.2. L'ansia

I disturbi d'ansia si manifestano a causa di eccessiva paura, a causa di situazioni di stress, traumi. La paura è la risposta emotiva a una minaccia imminente reale o percepita; l'ansia, invece, è l'anticipazione di una minaccia futura (DSM-V, 2013, 189). A volte queste due emozioni si sovrappongono. La paura porta alla lotta o alla fuga, l'ansia porta ad uno stato di allerta, vigilanza e cautela, in preparazione al pericolo futuro, per cui capita spesso che si presentino attacchi di panico, incubi e angoscia, che l'individuo trova difficile da controllare. Inoltre, si sperimentano sintomi fisici, irrequietezza, nervosismo, tensione, fatica, difficoltà di concentrazione, irritabilità, tensione, disturbi del sonno.

«A. Developmentally inappropriate and excessive fear or anxiety concerning separation from those to whom the individual is attached, as evidenced by at least three of the following:

1. Recurrent excessive distress when anticipating or experiencing separation from home or from major attachment figures.
2. Persistent and excessive worry about losing major attachment figures or about possible harm to them, such as illness, injury, disasters, or death.
3. Persistent and excessive worry about experiencing an untoward event (e.g., getting lost, being kidnapped, having an accident, becoming ill) that causes separation from a major attachment figure.
4. Persistent reluctance or refusal to go out, away from home, to school, to work, or elsewhere because of fear of separation.
5. Persistent and excessive fear of or reluctance about being alone or without major attachment figures at home or in other settings.
6. Persistent reluctance or refusal to sleep away from home or to go to sleep without being near a major attachment figure.
7. Repeated nightmares involving the theme of separation.
8. Repeated complaints of physical symptoms (e.g., headaches, stomachaches, nausea, vomiting) when separation from major attachment figures occurs or is anticipated.

B. The fear, anxiety, or avoidance is persistent, lasting at least 4 weeks in children and adolescents and typically 6 months or more in adults.

C. The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, academic, occupational, or other important areas of functioning.

D. The disturbance is not better explained by another mental disorder, such as refusing to leave home because of excessive resistance to change in autism spectrum disorder; delusions or hallucinations concerning separation in psychotic disorders; refusal to go outside without a trusted companion in agoraphobia; worries about ill health or other harm befalling significant others in generalized anxiety disorder; or concerns about having an illness in illness anxiety disorder» (DSM-V, 2013, 190-191).

Vi sono diverse diagnosi da attribuire ai disturbi d'ansia, tra cui (ivi, 194-195):

- disturbo d'ansia generalizzato;
- disturbo di panico;
- agorafobia;
- disturbo della condotta;
- disturbo d'ansia sociale;
- disturbo da stress post-traumatico;
- disturbo d'ansia da malattia;
- lutto;
- disturbi depressivi e bipolari;
- disturbo oppositivo provocatorio;
- disturbi psicotici;
- disturbi della personalità.

Capitolo terzo

La fase empirica:

gli Accademici italiani nelle Scienze Sociali

1. Popolazione di interesse: accademici italiani

‘Accademici’ sono i professori e i ricercatori in servizio presso le università pubbliche e private a livello nazionale. La professione accademica comprende diverse mansioni, tra cui:

- lo svolgimento di attività di ricerca scientifica;
- lo svolgimento di attività di insegnamento (Rostan, Vaira, 2011, 11).

Il lavoro in ambito accademico ha visto molti cambiamenti nel corso degli anni, grazie a riforme (in particolare la Dichiarazione di Bologna del 1999) che hanno introdotto nuove figure e mansioni, andando a gravare sul sistema (Rostan, Vaira, 2011). «La diminuzione delle opportunità di carriera, il numero crescente di accademici che occupano posizioni intermedie o inferiori, l’aumento del carico didattico a seguito dell’espansione della popolazione studentesca, l’allargamento della comunità accademica, innescano delle tensioni senza precedenti nella professione accademica, indeboliscono la funzione di integrazione e di coordinamento dei due pilastri del modello tradizionale, cattedra e scuola, favoriscono la trasformazione della carriera secondo il modello burocratico proprio di altri settori dell’amministrazione pubblica» (ivi, 43).

Tali attività prevedono responsabilità educativa verso gli studenti, ricerca di fondi, influenze a causa della cultura del *publish or perish*, valutazione delle *performance* di ricerca, il tutto accompagnato dalla perdita di prestigio del ruolo di

accademico degli ultimi anni (Watermeyer, Olssen, 2016; Urbina-Garcia, 2020; Johnson, Lester, 2021; Cellini *et al.*, 2021).

«Durante l'anno accademico, docenti e ricercatori possono essere impegnati in diverse attività di ricerca. Queste attività – a cui corrispondono altrettanti compiti – possono essere suddivise in tre categorie: a) le attività di conduzione vera e propria della ricerca (preparazione di esperimenti, indagini, ecc., conduzione di esperimenti, indagini, ecc., e supervisione di un gruppo di ricerca o di attività di ricerca), b) le attività di amministrazione della ricerca (risposta a bandi di ricerca e stesura di domande di finanziamento, gestione di contratti e budget di ricerca, e acquisto o scelta di attrezzature e materiali per la ricerca) e c) le attività di diffusione dei risultati della ricerca (stesura di paper accademici relativi a risultati di ricerca, e partecipazione a processi di trasferimento tecnologico)» (Rostan, 2011, 117).

I problemi di salute mentale tra gli accademici sono in costante aumento e aggravati dalla situazione pandemica; vi sono livelli crescenti di depressione, stress, ansia, istinti suicidi, incertezza, stress finanziario, interruzioni delle reti sociali, *burnout* (Johnson, Lester, 2021).

La pandemia ha interrotto non solo l'istruzione degli studenti convertendo l'apprendimento in virtuale e interrompendo le loro reti sociali, ma ha anche inciso fortemente sul lavoro dei professori e dei ricercatori (Marroquín *et al.*, 2020). Le docenti donne, inoltre, si sono fatte carico di un maggior numero di oneri di responsabilità sia professionali che personali durante questo periodo (Buckle, 2020; Kowal *et al.*, 2020). Tutto ciò, in aggiunta ad un lavoro che richiede molti sforzi, non solo per la creazione dei corsi, ma anche per la ricerca in itinere, in quanto vi è sempre qualcosa in più che potrebbe essere letto, scritto, studiato, aggiornato. Pertanto è importante riconoscere i propri limiti e stabilire confini per cercare un equilibrio (Johnson, Lester, 2020, 3).

Fassari e Lo Presti (2017, 369-370) sostengono che in ambito universitario vi è una «crescente burocratizzazione [...] la valutazione, nell'accezione originaria di strumento di apprendimento e di miglioramento sembra essere orientata da un impulso 'quantofrenico' di controllo e di verifica soprattutto della conformità a prescrizioni in certi casi slegate dalle pratiche reali e indifferenti alle relazioni sociali e agli orientamenti culturali presenti nell'istituzione. Anche in presenza di tali distorsioni, occorre, però, ribadire che la valutazione è oggi una pratica condivisa il cui merito più importante è quello di promuovere, nel complesso, una

minore opacità dei processi organizzativi». Inoltre, con il passare degli anni e delle riforme, «i singoli obiettivi delle politiche sono molteplici e si pongono su diversi livelli, ad esempio: modificare procedure e criteri di finanziamento, promuovere la competizione favorendo l'autonomia e rafforzando leadership istituzionale e management, introdurre sistemi di valutazione, accentuare l'importanza della performance, ecc» (ivi, 372). I cambiamenti hanno colpito ogni aspetto del lavoro svolto dalla figura accademica, creando situazioni di disagio, ansia, stress, dovuto alla valutazione che comporta maggiore standardizzazione della didattica e viene vista come un'imposizione, alla forte richiesta di pubblicazione (sempre più marcata dal *public or perish*), per cui molto spesso non interessa come si pubblica, ma dove e quanto lo si fa: «ricorre una percezione di pressione e di dominio sulle scelte professionali orientandole in senso opportunistico e strategico sul piano individuale e istituzionale» (ivi, 376). Sembra essere una questione di sopravvivenza, bisogna capire come portare avanti la propria ricerca, i propri studi, cosa studiare, dove pubblicare e in che tempistiche, andando ovviamente a scapito della creatività e dei reali interessi di studio. Il rischio è quello descritto da Henderson *et al.* (2016): l'*academicwritingmachine*, una macchina estremamente pericolosa che attacca e demolisce la creatività scientifica dei ricercatori, riducendoli a 'scrittori meccanici' e senza pensiero (Fassari, Lo Presti, 2017, 378). «Il lavoro dello scienziato è una combinazione di passione e lavoro che dà spiegazione dell'attività scientifica. Il ricercatore universitario è colui che, rispondendo alla propria vocazione, si pone al servizio del progresso e della scienza che è un Dio esclusivo, geloso e tirannico. [...] Fare il professore è una combinazione di apprendimenti pregressi, opportunità di finanziamento, materiali, *mentorship*, tradizioni teoriche e profonda inerzia delle infrastrutture di ricerca. Questi, si muove in spazi di negoziazione, dove esistono pratiche di inclusione ed esclusione. Le università sono mondi caratterizzati da segmenti, suddivisioni, configurazioni cangianti di *commitment*, riorganizzazioni e riallineamenti» (ivi, 381-382).

«Gli esiti della VQR (valutazione della qualità della ricerca – l'esercizio nazionale di valutazione) hanno in alcuni casi evidenziato dei problemi nell'esercizio della revisione dei pari. [...] Non si tratta solo della «soggettività» del revisore, ma anche della carenza di una «deontologia» del revisore, cosicché le valutazioni sono inficiate, non di rado, da considerazioni di carattere ideologico,

per tacere del ruolo nefasto che possono giocare le appartenenze a scuole o cordate accademiche, magari in reciproco conflitto. Infine, la revisione dei pari può rivelarsi di per sé tendenzialmente conservatrice e agire pertanto quale freno nell'evoluzione della ricerca scientifica» (Banfi, 2015, 735-736). L'ansia, lo stress, il disagio degli accademici dipende quindi anche da questo, poiché «i sistemi di valutazione impattano sull'*output* della formazione e della ricerca, ma il progresso scientifico, che segue proprie e complesse dinamiche, rischia di essere ostacolato, anziché favorito, da procedure di valutazione mal disegnate» (ivi, 738). Inoltre vengono contestati «all or most aspects of current research policy, including the increasing emphasis on 'excellence', the growing reliance on bringing in external income for research in a highly competitive 'grants culture' and the trend towards the further concentration of research funding. Concern centred around two key inter-related themes: the implications for research itself and the impact on academics/academic work. A number of participants expressed concerns that current developments were likely to privilege certain kinds of research and researchers and exclude others, with small-scale, qualitative, critical, innovative and/or feminist research thought to be at risk. Taking risks in research such as 'branching out into something fairly left-field, or building imaginative but risky interdisciplinary collaborations'» (Leathwood, Read, 2013, 1172).

«The organisational territory of academia has become heavily gridded by consuming requirements to produce publications that 'count'. To survive, the scholar must plug herself into this machine – a heaving, monstrous *academicwritingmachine*. She must invest libidinal energy into the process of counting if she desires to be counted» (Henderson, 2016, 4). «Writing for publication is never-ending and never-beginning. Publication plans developed and submitted. Journals scanned and critiqued. Is it on the 'list' and does it meet the quantitative requirements to compete in the processes of counting? Counting publications, counting outputs, counting citations. We have become counting machines. We are machinic» (ivi, 6). Tali aspetti sono poi accentuati dalla pandemia, che ha costretto il personale accademico a stravolgere il suo modo di lavorare, causando burnout, depressione, ansia, insonnia, stati di *languishing* (Corey, 2002), ossia un senso di stagnazione e di vuoto, assenza di benessere, apatia che non permette di mettere in funzione le capacità dell'individuo, spegnendo la motivazione (Grant, 2021). «The mental health continuum consists of complete

mental health are *flourishing* in life with high levels of well-being. To be flourishing, then, is to be filled with positive emotion and to be functioning well psychologically and socially. Adults with incomplete mental health are *languishing* in life with low well-being. Thus, languishing may be conceived of as emptiness and stagnation, constituting a life of quiet despair that parallels accounts of individuals who describe themselves and life as “hollow”, “empty”, “a shell” and “void”» (Corey, 2002, 210).

2. La situazione italiana in breve

I dati aggregati delle università pubbliche e private italiane sono forniti dal Cineca, che è un servizio fornito dal Miur. Ad oggi in Italia ci sono 98 università, di cui 67 pubbliche e 31 private.

Tab. 4 – Personale degli atenei statali e non statali dall’a.a. 2010/2011 all’a.a. 2019/2020

Anno Accademico	Prof. Ordinari, Associati, Ricercatori a t. d. e t. ind.	Titolari di assegni di ricerca
2010/11	58.885	13.109
2011/12	57.996	13.370
2012/13	57.196	15.747
2013/14	56.369	16.280
2014/15	55.404	15.909
2015/16	54.469	14.042
2016/17	54.235	13.946
2017/18	53.793	14.124
2018/19	54.262	14.105
2019/20	55.462	14.459
Variazione % 2010/11-2019/20	-5,9%	10,3%

Fonte: Miur Gestione patrimonio informativo e statistica, 2020, 4.

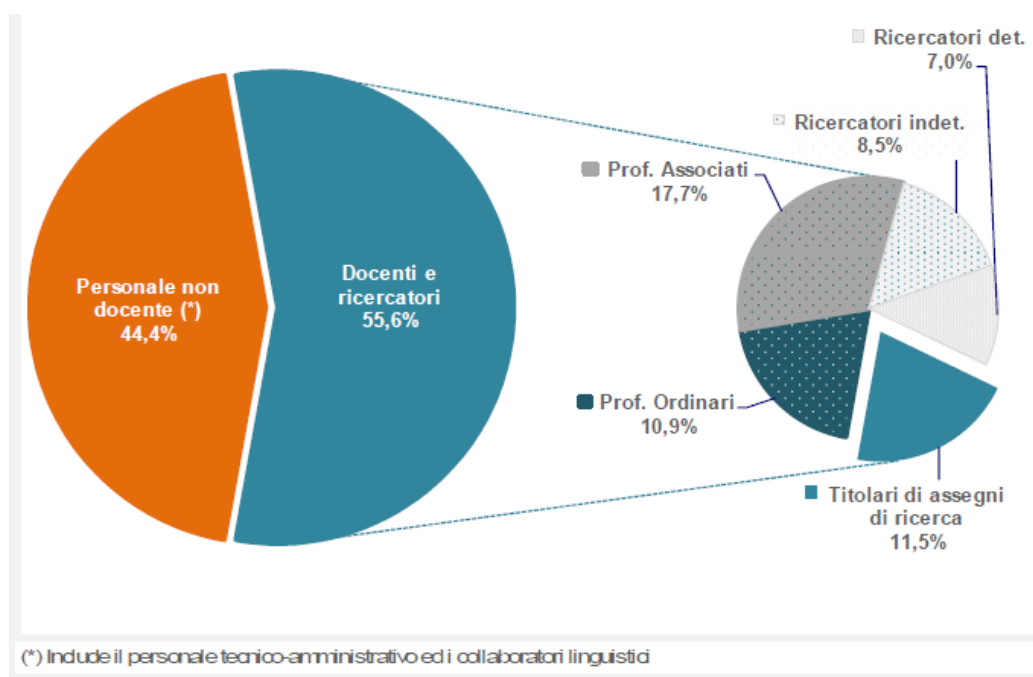
Seguendo i dati Istat, la situazione degli accademici al 2019 è la seguente:

Tab. 5 – Professori ordinari, associati e ricercatori nel 2019

Tipo dato	numero docenti universitari			
Territorio	Italia			
Sesso	totale			
Tipo Ateneo	totale			
Seleziona periodo	2019			
Qualifica	ordinario	associato	<u>ricercatore</u>	totale
<u>Aree scientifico-disciplinari</u>				
scienze matematiche e informatiche	843	1229	1011	3083
scienze fisiche	524	1057	718	2299
scienze chimiche	567	1282	1017	2866
scienze della terra	208	478	356	1042
scienze biologiche	949	1816	2006	4771
scienze mediche	1877	3267	3641	8785
scienze agrarie e veterinarie	707	1221	1139	3067
ingegneria civile e architettura	802	1529	1144	3475
ingegneria industriale e dell'informazione	1616	2246	1861	5723
scienze dell'antichità, filologico-letterarie e storico-artistiche	1043	2117	1497	4657
scienze storiche, filosofiche, pedagogiche e psicologiche	1091	1938	1453	4482
scienze giuridiche	1542	1537	1496	4575
scienze economiche e statistiche	1547	1871	1471	4889
scienze politiche e sociali	369	695	648	1712
totale	13685	22283	19458	55426

Fonte: Istat, http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_DOCENTI1, consultato il 23 febbraio 2022.

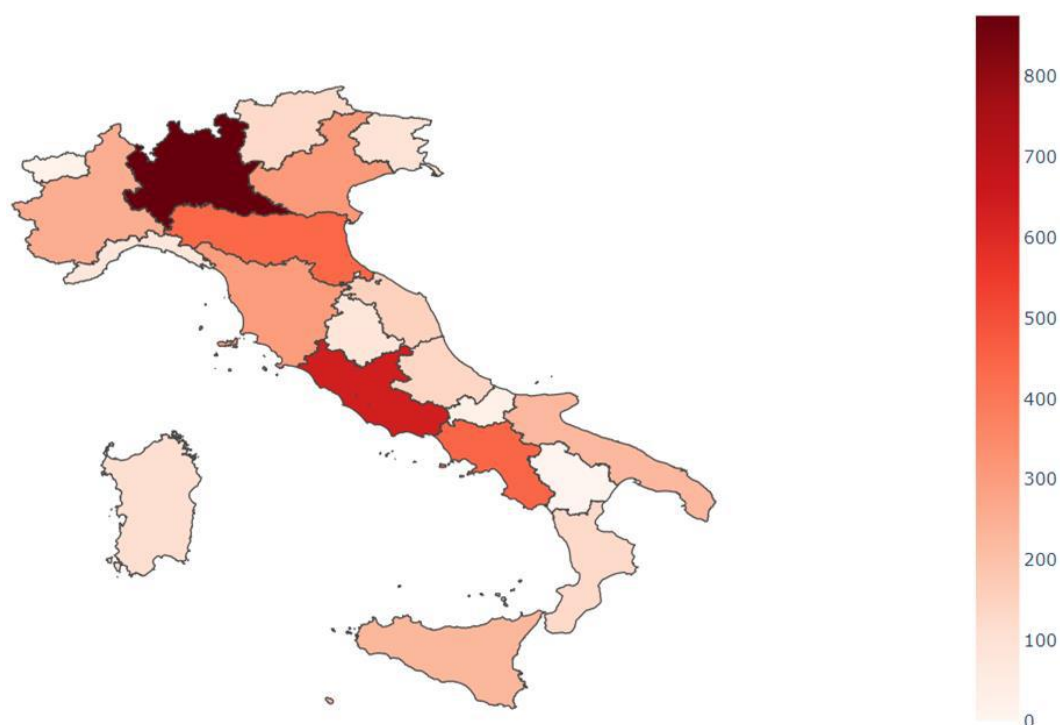
Fig. 24 – Personale negli atenei statali e non statali



Fonte: Miur Gestione patrimonio informativo e statistica, 2020, 5.

Alla fine del 2020 in Italia sono stati contati 23.147 associati, 18.773 ricercatori e 14.161 ordinari.

Fig. 25 – Mappa della frequenza degli accademici per regione al 2021



Fonte: elaborazione personale da dati Cineca.

La regione italiana con maggiore concentrazione di accademici è la Lombardia, a cui segue il Lazio (nelle due regioni, infatti, vi è il più alto numero di università sia pubbliche che private) e seguono, per numerosità, l'Emilia-Romagna (solo università pubbliche) e la Campania (sia università pubbliche che private).

In relazione anche alle difficoltà esposte nel capitolo precedente, il progetto propone di prendere in considerazione gli accademici nelle scienze sociali per provare a studiare lo stato di salute mentale e i disagi riscontrati durante il periodo pandemico. Inoltre, all'interno del percorso di dottorato, con risorse limitate, si è ritenuto opportuno iniziare dalle scienze sociali, riservando la possibilità di continuare e ampliare lo studio in una fase successiva, poiché gli scienziati sociali, infatti, hanno un ruolo rilevante all'interno della società: anche grazie ai loro studi dipendono le decisioni politiche, economiche, sociali della collettività.

3. Metodologia

La tecnica di ricerca che si intende utilizzare è la *web survey*, da sottoporre alla comunità degli scienziati sociali attualmente attivi presso le università italiane sia pubbliche che private, facendo uso del loro indirizzo email istituzionale. La *web survey* permette di raccogliere e osservare direttamente una quantità di informazioni considerevole tramite rilevazione diretta di dati da tutta la popolazione di riferimento (Babbie, 2020; Corbetta, 2014). Inoltre, professori universitari e ricercatori sono solitamente facili da raggiungere via email, per la natura stessa del lavoro svolto e per il quale tendono ad accedere con frequenza quotidiana al proprio indirizzo email, anche a seguito dell'incremento del lavoro agile dovuto all'emergenza sanitaria da Covid-19 (a causa del quale si è registrato un aumento massivo dell'accesso ad internet da parte della comunità accademica) (Favale *et al.*, 2020). Al fine di ottenere un campione il più possibile rappresentativo per genere, macrosettore, fascia e area geografica della popolazione di riferimento, l'utilizzo del questionario autosomministrato rappresenta la soluzione più economica al fine di garantire una buona copertura geografica (Lombi, 2015), dal momento che la popolazione di riferimento è distribuita su tutto il territorio nazionale, ma anche per contribuire a ridurre l'effetto del *self-selection bias* o del *social desirability bias* soprattutto in relazione alla discussione di temi potenzialmente sensibili (Lombi, 2015; Tourangeau, Yan, 2007).

Vi sono però alcuni rischi connessi alla somministrazione di questionari online, in particolare in relazione al possibile basso tasso di risposta (Schlipphak, Isani, 2020), in questo caso aggravato dal fatto che la popolazione di riferimento è sovraesposta alla possibilità di essere coinvolta in ricerche come soggetto di studio. Si intende pertanto sensibilizzare i membri della popolazione, al valore della presente ricerca, condividendone gli obiettivi nel periodo della somministrazione del questionario e con l'utilizzo di email di *follow-up* per stimolare una risposta (Barclay *et al.*, 2002).

La lista della comunità accademica di interesse comprende professori ordinari, associati e ricercatori nell'ambito delle scienze sociali, ossia sociologi, politologi, giuristi, pedagoghi, statistici, economisti e psicologi ed è facilmente scaricabile dal sito del Ministero dell'Università e della Ricerca (Mur), sezione Cineca, selezionando i macrosettori e le voci *Ruoli, Professori ordinari, Professori*

*associati, Ricercatori*⁷¹. In totale si parla di 13.377 accademici, considerando la suddivisione proposta dal Cineca in:

- ordinari
- associati
- ricercatori
- ricercatori a t.d. - t.defin. (art. 24 c.3-a L. 240/10)
- ricercatori a t.d. - t.defin. (art. 24 c.3-b L. 240/10)
- ricercatori a t.d. - t.pieno (art. 24 c.3-a L. 240/10)
- ricercatori a t.d. - t.pieno (art. 24 c.3-b L. 240/10)
- ricercatore non confermato
- straordinari
- straordinari a t. det.
- incaricati.

Poiché di 20 persone manca la mail istituzionale, in quanto, forse, hanno abbandonato la carriera accademica o sono andati in pensione, la popolazione si è ridotta a 13.357.

Tab. 6 – Conteggio di genere della popolazione

Etichette di riga	Conteggio di Genere
F	5670
M	7687
Totale complessivo	13357

Fonte: elaborazione personale.

⁷¹ <https://cercauniversita.cineca.it/php5/docenti/cerca.php>.

Tab. 7 – Conteggio di fascia

Etichette di riga	Conteggio di Fascia
Ordinario	4202
Associato	5300
Ricercatore	1833
Ricercatore a t.d. - t.defin. (art. 24 c.3-a L. 240/10)	55
Ricercatore a t.d. - t.defin. (art. 24 c.3-b L. 240/10)	20
Ricercatore a t.d. - t.pieno (art. 24 c.3-a L. 240/10)	541
Ricercatore a t.d. - t.pieno (art. 24 c.3-b L. 240/10)	1272
Straordinario	5
Straordinario tempo determinato	129
Totale complessivo	13357

Fonte: elaborazione personale.

Tab. 8 – Conteggio di genere tra gli accademici nelle scienze sociali

Etichette di riga	Conteggio di Genere
F	5670
Associato	2459
Ordinario	1273
Ricercatore	952
Ricercatore a t.d. - t.defin. (art. 24 c.3-a L. 240/10)	30
Ricercatore a t.d. - t.defin. (art. 24 c.3-b L. 240/10)	4
Ricercatore a t.d. - t.pieno (art. 24 c.3-a L. 240/10)	310
Ricercatore a t.d. - t.pieno (art. 24 c.3-b L. 240/10)	611
Straordinario	1
Straordinario tempo determinato	30
M	7687
Associato	2841
Ordinario	2929
Ricercatore	881
Ricercatore a t.d. - t.defin. (art. 24 c.3-a L. 240/10)	25
Ricercatore a t.d. - t.defin. (art. 24 c.3-b L. 240/10)	16
Ricercatore a t.d. - t.pieno (art. 24 c.3-a L. 240/10)	231
Ricercatore a t.d. - t.pieno (art. 24 c.3-b L. 240/10)	661
Straordinario	4
Straordinario tempo determinato	99
Totale complessivo	13357

Fonte: elaborazione personale dati Cineca.

La distribuzione degli stessi per area geografica è come segue:

Tab. 9 – Conteggio di genere tra gli accademici nelle scienze sociali per area geografica

Etichette di riga	Conteggio di Genere
F	5670
Ordinario	1273
Centro	286
Nord-Est	265
Nord-Ovest	340
Sud e isole	382
Associato	2459
Centro	606
Nord-Est	543
Nord-Ovest	624
Sud e isole	686
Ricercatore	952
Centro	238
Nord-Est	132
Nord-Ovest	186
Sud e isole	396
Ricercatore a t.d. - t.defin. (art. 24 c.3-a L. 240/10)	30
Centro	5
Nord-Est	6
Nord-Ovest	5
Sud e isole	14
Ricercatore a t.d. - t.defin. (art. 24 c.3-b L. 240/10)	4
Centro	1
Sud e isole	3
Ricercatore a t.d. - t.pieno (art. 24 c.3-a L. 240/10)	310
Centro	62
Nord-Est	69
Nord-Ovest	71
Sud e isole	108
Ricercatore a t.d. - t.pieno (art. 24 c.3-b L. 240/10)	611
Centro	126
Nord-Est	153
Nord-Ovest	172
Sud e isole	160
Straordinario	1
Centro	1
Straordinario tempo determinato	30
Centro	18

Nord-Ovest	5
Sud e isole	7
M	7687
Ordinario	2929
Centro	791
Nord-Est	600
Nord-Ovest	705
Sud e isole	833
Associato	2841
Centro	707
Nord-Est	624
Nord-Ovest	657
Sud e isole	853
Ricercatore	881
Centro	235
Nord-Est	125
Nord-Ovest	153
Sud e isole	368
Ricercatore a t.d. - t.defin. (art. 24 c.3-a L. 240/10)	25
Centro	9
Nord-Est	4
Nord-Ovest	5
Sud e isole	7
Ricercatore a t.d. - t.defin. (art. 24 c.3-b L. 240/10)	16
Centro	4
Nord-Est	2
Nord-Ovest	8
Sud e isole	2
Ricercatore a t.d. - t.pieno (art. 24 c.3-a L. 240/10)	231
Centro	55
Nord-Est	37
Nord-Ovest	60
Sud e isole	79
Ricercatore a t.d. - t.pieno (art. 24 c.3-b L. 240/10)	661
Centro	149
Nord-Est	158
Nord-Ovest	186
Sud e isole	168
Straordinario	4
Centro	1
Nord-Est	2
Sud e isole	1
Straordinario tempo determinato	99
Centro	55
Nord-Ovest	7
Sud e isole	37
Totale complessivo	13357

Fonte: elaborazione personale.

Per rendere più omogenea la stratificazione, sono stati eliminati i ricercatori non confermati e gli incaricati. In un primo momento si è pensato anche di eliminare gli straordinari e gli straordinari a tempo determinato ma, poiché molti sono dipendenti di università telematiche, si è deciso di lasciarli e, nel caso, studiare la stratificazione in un secondo momento.

La figura del ricercatore, invece, suddivisa in molte categorie sul sito del Cineca è stata semplificata in:

- Ricercatore
- RtdA
- RtdB.

Tab. 10 – Conteggio macrosettore

Etichette di riga	Conteggio di S.C.
11/D	790
11/E	1427
12/A	688
12/B	699
12/C	607
12/D	645
12/E	929
12/F	201
12/G	455
12/H	624
13/A	1474
13/B	1944
13/C	173
13/D	1102
14/A	333
14/B	275
14/C	794
14/D	197
Totale complessivo	13357

Fonte: elaborazione personale.

4. Il questionario

Il questionario prevede inizialmente la fusione di tre questionari differenti:

- il questionario SF-36 che comprende 36 voci definite per rilevare lo stato di salute che includono otto concetti: 1) limitazioni nelle attività fisiche; 2) limitazioni nelle attività sociali; 3) limitazioni nelle attività abituali a causa di problemi fisici; 4) dolore corporeo; 5) salute mentale generale (stress psicologico e benessere); 6) limitazioni nelle attività di ruolo

abituale a causa di problemi emotivi; 7) vitalità (energia e fatica); 8) percezioni generali sulla propria salute.

Fig. 26 – I concetti del questionario SF-36

Concepts	No. of Items	No. of Levels	Meaning of Scores	
			Low	High
Physical functioning	10	21	Limited a lot in performing all physical activities including bathing or dressing	Performs all types of physical activities including the most vigorous without limitations due to health
Role limitations due to physical problems	4	5	Problems with work or other daily activities as a result of physical health	No problems with work or other daily activities as a result of physical health, past 4 weeks
Social Functioning	2	9	Extreme and frequent interference with normal social activities due to physical and emotional problems	Performs normal social activities without interference due to physical or emotional problems, past 4 weeks
Bodily pain	2	11	Very severe and extremely limiting pain	No pain or limitations due to pain, past 4 weeks
General mental health	5	26	Feelings of nervousness and depression all of the time	Feels peaceful, happy, and calm all of the time, past 4 weeks
Role limitations due to emotional problems	3	4	Problems with work or other daily activities as a result of emotional problems	No problems with work or other daily activities as a result of emotional problems, past 4 weeks
Vitality	4	21	Feels tired and worn out all of the time	Feels full of pep and energy all of the time, past 4 weeks
General health perceptions	5	21	Believes personal health is poor and likely to get worse	Believes personal health is excellent

Fonte: Ware, Sherbourne, 1992, 475.

- Il *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)* (Spitzer *et al.*, 1999), utilizzato per la diagnosi, il monitoraggio e la determinazione della gravità della depressione. In particolare, la prima parte del questionario indaga la presenza nelle ultime due settimane dalla somministrazione del questionario dei 9 sintomi della depressione secondo il DSM-5.

Ogni sintomo viene valutato con una scala a 4 punti:

- Mai= 0
- Alcuni giorni= 1
- Più di metà dei giorni= 2
- Quasi tutti i giorni= 3

Il punteggio del PHQ-9 è compreso tra 0 e 27:

- 0-4 = Assente
- 5-9 = Depressione sottosoglia
- 10-14 = Depressione maggiore lieve
- 15-19 = Depressione maggiore moderata
- Da 20 in poi = Depressione maggiore severa.

La seconda parte del questionario prevede un approfondimento, qualora l'intervistato presentasse disturbi esposti nella domanda precedente, per capire se tali problemi incidono o meno sul lavoro, sulle relazioni, etc.

- Infine, l'*HSE Work-Related Stress Indicator Tool*, per cercare di capire l'effetto che il covid ha avuto sulla popolazione di interesse. Se non adeguatamente gestite, le condizioni sotto elencate sono associate a cattiva salute, minore produttività e maggiori tassi di incidenti e assenze per malattia. Si parla cioè di:

- Richieste: include questioni come il carico di lavoro, i modelli e l'ambiente di lavoro;
- Controllo: quanta voce in capitolo ha la persona nel modo in cui svolge il suo lavoro;
- Supporto: include l'incoraggiamento, la sponsorizzazione e le risorse fornite dall'organizzazione, dal management di linea e dai colleghi;
- Relazioni: questo include la promozione di un lavoro positivo per evitare conflitti e la gestione di comportamenti inaccettabili;
- Ruolo: se le persone capiscono il loro ruolo all'interno dell'organizzazione e se l'organizzazione assicura che non abbiano ruoli contrastanti;
- Cambiamento: come il cambiamento organizzativo (grande o piccolo) è gestito e comunicato all'interno dell'organizzazione.

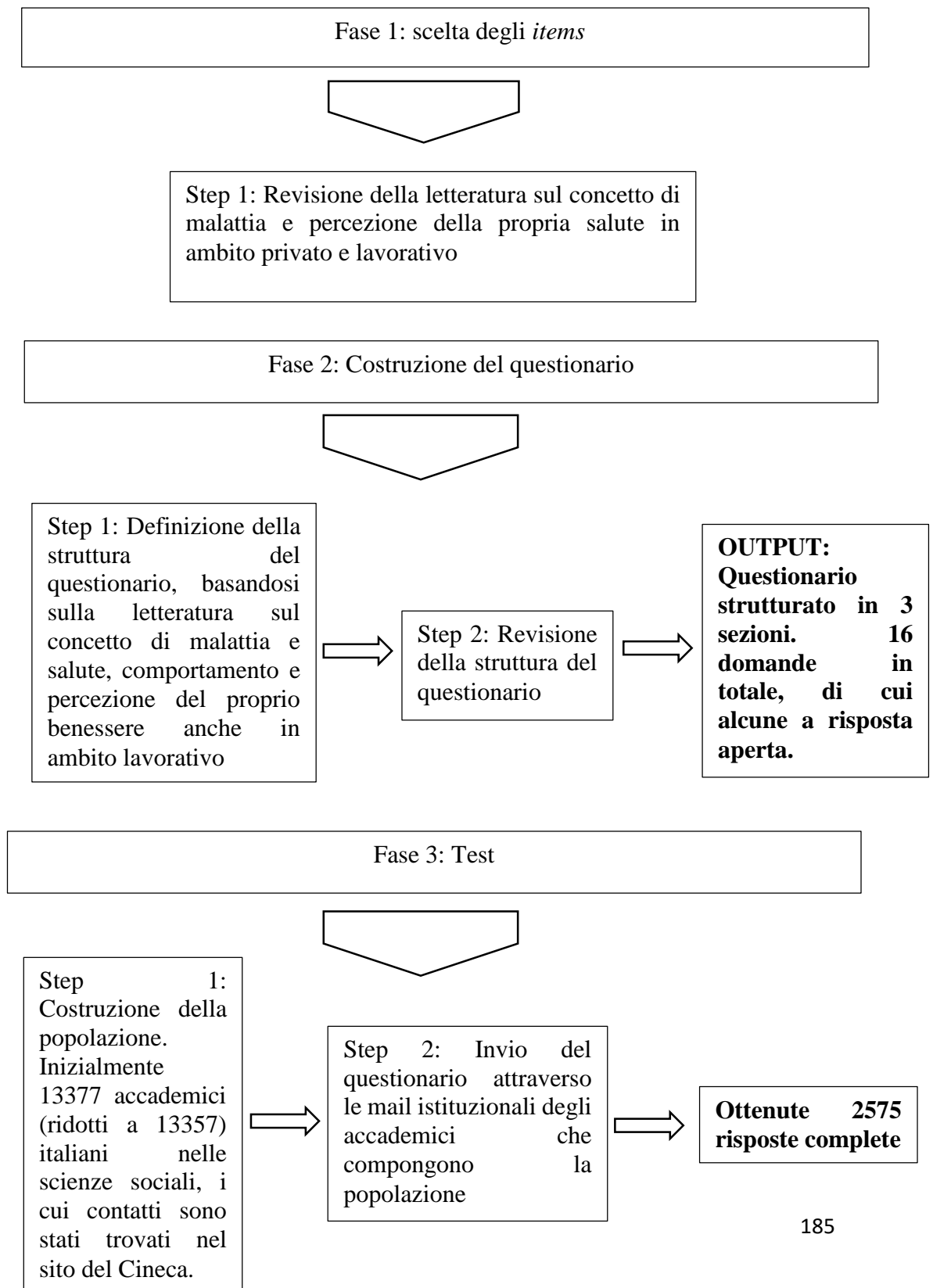
Poiché però i questionari di partenza risultano un po' troppo rigidi e, se utilizzati tutti per intero anche ripetitivi, si è deciso di apportare alcune modifiche, prendendo in considerazione le dimensioni studiate nel primo capitolo della tesi, secondo cui i

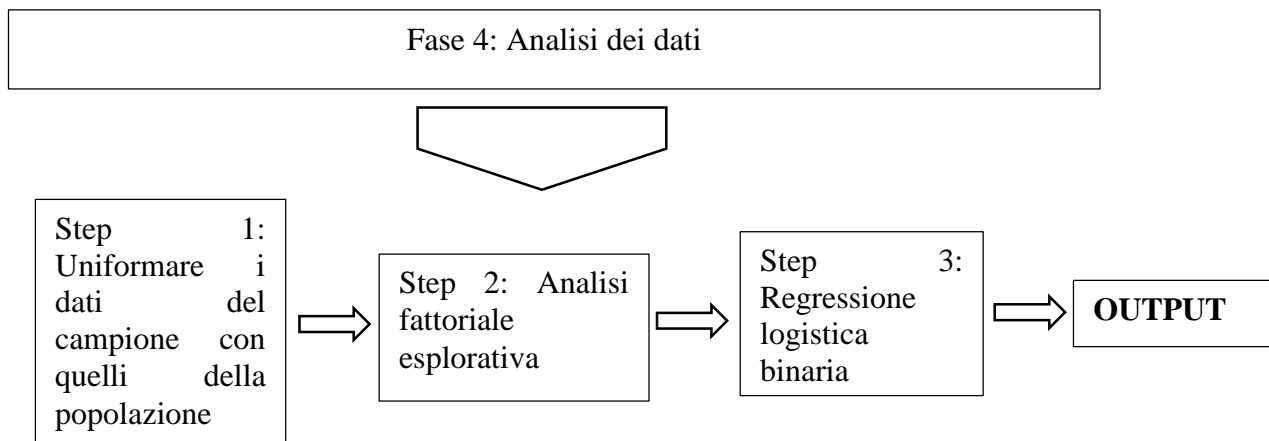
concetti di salute e malattia sono costituiti dalla dimensione biologica, psicologica, sociale ed ecologica. In linea generale, il questionario fa riferimento alla percezione della salute dell'intervistato (*illness*), a evidenti situazioni di malattia diagnosticata (*disease*), a come la *disease* o l'*illness* possano interferire a livello relazionale (*sickness*) e all'interazione tra l'essere umano, la malattia e l'ambiente esterno, come la casa, il lavoro (*dimensione ecologica*). Nello specifico, si veda il questionario in Allegato.

5. L'analisi dei dati

In base a quanto esposto fino ad ora, le fasi di studio e analisi del progetto sono state eseguite come segue:

Fig. 27 – Fasi della ricerca





Fonte: elaborazione personale.

L'analisi dei dati è stata eseguita con l'utilizzo del software SPSS.

In seguito ad aver inviato via mail i questionari a tutta la popolazione di riferimento e aver inviato anche dei promemoria, le risposte ottenute sono state 2575.

Inizialmente si è cercato di uniformare il campione alla popolazione di riferimento ma, poiché i dati ottenuti sono risultati corrispondenti alla popolazione, questo passaggio è stato volutamente tralasciato.

Di seguito una breve visione delle frequenze delle variabili ottenute:

Tab. 11 – Il campione, per genere – risposte valide

	Frequenza	Percentuale
M	1368	53,1
F	1207	46,9
Totale	2575	100,0

Fonte: elaborazione personale.

Tab. 12 – Il campione, per ruolo accademico

	Frequenza	Percentuale
Professore ordinario	783	30,4
Professore associato	1160	45,0
Ricercatore a tempo indeterminato	261	10,1
Rtd-A	122	4,7
Rtd-B	234	9,1
Altro	15	0,6
Totale	2575	100,0

Fonte: elaborazione personale.

Tab. 13 – Macrosettore di riferimento dei rispondenti al questionario

	Frequenza	Percentuale
11/D Scienze pedagogiche	164	6,4
11/E Scienze psicologiche	328	12,7
12/A Diritto privato	117	4,5
12/B Diritto commerciale, della navigazione e del lavoro	125	4,9
12/C Diritto costituzionale ed ecclesiastico	100	3,9
12/D Diritto amministrativo e tributario	87	3,4
12/E Diritto internazionale, dell'Unione europea, comparato, dell'economia e dei mercati	148	5,7
12/F Diritto processuale civile	35	1,4
12/G Diritto penale e processuale penale	82	3,2
12/H Diritto romano, Storia del diritto medievale e moderno e Filosofia del diritto	117	4,5
13/A Economia	295	11,5
13/B Economia Aziendale	351	13,6
13/C Storia Economica	50	1,9
13/D Statistica e Metodi Matematici per le Decisioni	213	8,3
14/A Teoria Politica	77	3,0
14/B Storia Politica	56	2,2
14/C - Sociologia	185	7,2
14/D - Sociologia Applicata	45	1,7

Totale	2575	100,0
--------	------	-------

Fonte: elaborazione personale dai dati ottenuti.

Infine, per poter sfruttare al meglio il modello, è stato deciso di aggregare l'area geografica degli atenei di affiliazione come segue:

Tab. 14 – Area geografica dell'ateneo di riferimento

	Frequenza	Percentuale
Nord	1128	43,8
Centro	597	23,2
Sud e isole e telematica	850	33,0
Totale	2575	100,0

Fonte: elaborazione personale dai dati ottenuti.

5.1. Le domande a risposta chiusa

L'analisi dei dati è suddivisa in due parti:

- 1) dopo aver trovato correlazione tra le variabili della seconda e terza sezione del questionario, inerenti lo stato di salute, lo stress e lavoro in tempi di pandemia, la prima parte dell'analisi presenta un'analisi fattoriale di tipo esplorativo, per cercare la presenza di fattori latenti tra le variabili scelte. L'analisi fattoriale esplorativa serve per identificare limiti, vantaggi o svantaggi percepiti dagli accademici italiani nelle scienze sociali a partire dall'inizio della pandemia, andando a sottolineare l'inasprimento di situazioni già presenti o la comparsa di nuove. I fattori sono stati estratti utilizzando il metodo delle componenti principali. I risultati mostrano che le correlazioni nel set di dati esistono e sono appropriate per l'analisi fattoriale e che il campionamento per l'analisi fattoriale e l'adeguatezza del campionamento sono soddisfacenti. Inoltre, per semplificare la struttura dei fattori e rendere l'interpretazione più affidabile, è stata eseguita una rotazione varimax.

Ciò è stato fatto prendendo in considerazione contemporaneamente tre criteri di selezione (Pituch, Stevens 2016):

- criterio di Kaiser: in base al quale è necessario mantenere tutti i fattori estratti che hanno un autovalore maggiore di uno, perché valori inferiori si riferiscono a fattori che possono spiegare meno di quanto possa spiegare una singola variabile;
- criterio della varianza spiegata: in questo caso la base per la selezione è la varianza spiegata cumulativa. Un livello di varianza spiegata del 65% - 70% è considerato significativo;
- Scree test: questo metodo (Cattell, 1966) mira a fornire una rappresentazione grafica dei fattori da prendere in considerazione. Il grafico mostra il valore dell'autovalore sull'asse verticale e il numero di autovalori sull'asse orizzontale. Gli autovalori sono rappresentati come punti collegati da un'unica linea. Secondo il metodo Cattell, la scelta dei fattori dovrebbe essere limitata al punto in cui si verifica un livellamento della pendenza della linea).

I risultati dell'EFA riportati nella Tabella 15 suggeriscono una struttura a sette dimensioni per i fattori legati alla propria percezione della salute durante il periodo pandemico e la relazione con il lavoro in ambito accademico (una volta effettuate l'estrazione e la rotazione, è importante selezionare i fattori, ovvero le variabili, da utilizzare. Anche se fondamentalmente non sono necessari molti fattori se si vuole ottenere il 70% della varianza, la decisione di aver mantenuto tutti i fattori è stata determinata dal fatto che hanno un significato semantico.

Tab. 15 – Matrice dei componenti ruotati

		Matrice dei componenti ruotati ^a						
		Componente						
		1	2	3	4	5	6	7
G02Q08	-	,094	,296	,112	,058	-,054	,157	-,157
Rispetto_all_inizio_de lla_pandemia_come_g iudicherebbe_ora_la_s ua_salute_in_generale								
G02Q09	-	,105	,582	,198	-,082	-,011	-,019	,038
Dall_inizio_della_pan demia_in_che_misura _la_sua_salute_fisica_ o_il_suo_stato_emotiv o_hanno_interferito_c on_le_normali_attività _sociali								
G02Q10[1]	-	,115	,754	,189	-,020	-,009	,030	,008
Per_quanto_tempo_da ll_inizio_della_pande mia_si_è_sentito/a_ca lmo/a_e_sereno/a?								
G02Q10[2]	-	,090	,739	,069	-,053	-,052	,067	-,017
Per_quanto_tempo_da ll_inizio_della_pande mia_si_è_sentito/a_Pi eno/a_di_energia?								
G02Q10[3]	-	,117	,558	,448	,033	-,016	-,047	-,026
Per_quanto_tempo_da ll_inizio_della_pande mia_si_è_sentito/a_Sc oraggiato/a_e_triste?								
G02Q10[4]	-	,355	,460	,327	,033	-,012	-,047	-,076
Per_quanto_tempo_da ll_inizio_della_pande mia_si_è_sentito/a_Sf inito/a?								
G02Q10[5]	-	-,033	,631	,112	-,064	,021	,215	,106
Per_quanto_tempo_da ll_inizio_della_pande mia_si_è_sentito/a_Fe lice?								

G02Q10[6]	-	,134	,318	,434	,009	-,025	,070	,009
Per quanto tempo da ll_inizio_della_pande mia_Ha_provato_poc o_interesse_nel_fare_l e_cose?								
G02Q10[7]	-	,105	,380	,693	-,040	,040	,018	,022
Per quanto tempo da ll_inizio_della_pande mia_si_è_sentito/a_D epresso/a?								
G02Q10[8]	-	,083	,177	,767	-,030	-,008	,037	,041
Per quanto tempo da ll_inizio_della_pande mia_si_è_sentito/a_Se nza_speranze?								
G02Q10[9]	-	,167	,507	,420	,014	-,015	-,051	,028
Per quanto tempo da ll_inizio_della_pande mia_si_è_sentito/a_A nsioso/a?								
G02Q10[10]	-	,116	,090	,748	-,023	-,008	,063	-,018
Per quanto tempo da ll_inizio_della_pande mia_si_è_sentito/a_Fa llito/a?								
G02Q10[11]	-	,303	,419	,372	-,073	-,031	-,018	-,069
Per quanto tempo da ll_inizio_della_pande mia_si_è_sentito/a_C on_poca_concentrazio ne?								
G02Q10[13]	-	,063	,319	,512	-,042	-,002	,110	-,002
Per quanto tempo da ll_inizio_della_pande mia_si_è_sentito/a_So lo/a?								

G03Q11[1]	-	-,034	,038	-,201	,644	,112	-,001	,025
Dall'inizio della pandemia a causa della sua salute fisica ha riscontrato Riduzione del tempo dedicato al lavoro								
G03Q11[2]	-	-,003	-,059	,035	,616	,302	,042	,003
Dall'inizio della pandemia a causa della sua salute fisica ha riscontrato Minore rendimento di quanto avrebbe voluto								
G03Q11[3]	-	-,046	-,067	-,001	,720	-,079	-,035	-,025
Dall'inizio della pandemia a causa della sua salute fisica ha riscontrato Limitazione di alcuni tipi di lavoro								
G03Q11[4]	-	-,044	-,049	,074	,618	,196	-,016	,010
Dall'inizio della pandemia a causa della sua salute fisica ha riscontrato Difficoltà nell'eseguire il lavoro								
G03Q12[1]	-	,004	,077	-,169	,267	,556	-,046	,027
Dall'inizio della pandemia a causa del suo stato emotivo ha riscontrato Riduzione del tempo dedicato al lavoro								
G03Q12[2]	-	-,013	-,090	,090	,179	,766	,004	,004
Dall'inizio della pandemia a causa del suo stato emotivo ha riscontrato Minore rendimento di quanto avrebbe voluto								

G03Q12[3]	-	-,010	-,059	,025	,052	,762	-,016	,024
Dall_inizio_della_pandemia_a_causa_del_suo_stato_emotivo_hariscontrato_Calo_di_concentrazione_sul_lavoro								
G03Q13[1]	-	,484	-,024	,142	,051	-,129	,033	,421
Quante_volte_le_è_accaduto_di_pensare_Le_ore_di_didattica_tolgono_tempo_alla_ricerca								
G03Q13[2]	-	,633	,025	,116	-,071	-,001	,047	,154
Quante_volte_le_è_accaduto_di_pensare_Devo_scrivere_troppi_articoli								
G03Q13[3]	-	,782	,087	,082	-,056	,012	,034	-,045
Quante_volte_le_è_accaduto_di_pensare_Ho_scadenze_che_è_impossibile_rispettare								
G03Q13[4]	-	-,039	,060	,033	-,033	,016	,742	,166
Quante_volte_le_è_accaduto_di_pensare_Se_ho_difficoltà_sul_lavoro_i_miei_colleghi_mi_aiutano								
G03Q13[5]	-	,483	,143	,055	-,008	-,026	,457	-,290
Quante_volte_le_è_accaduto_di_pensare_Ho_voce_in_capitolo_sui_ritmi_e_sui_modi_del_mio_lavoro								
G03Q13[6]	-	,716	,140	,074	-,007	,022	-,069	-,003
Quante_volte_le_è_accaduto_di_pensare_Devo_trascurare_alcuni_compiti_perché_ho_troppo_da_fare								

G03Q13[8]	-	,654	,060	,015	-,064	,056	,121	-,124
Quante_volte_le_è_ac caduto_di_pensare_Ri cevo_pressioni_per_la vorare_molte_ore								
G03Q13[9]	-	,582	,220	,091	-,002	,005	,038	,085
Quante_volte_le_è_ac caduto_di_pensare_N on_riesco_a_scindere _tra_vita_privata_e_la voro								
G03Q13[10]	-	,139	,032	-,022	,003	,084	,081	,803
Quante_volte_le_è_ac caduto_di_pensare_Pr eferisco_lavorare_da_ casa								
G03Q13[11]	-	,644	,104	,135	,022	-,090	,081	,191
Quante_volte_le_è_ac caduto_di_pensare_N on_riesco_a_unire_ric erca_e_impegni_didat tici								
G03Q13[12]	-	,185	,092	,089	,011	-,051	,665	-,027
Quante_volte_le_è_ac caduto_di_pensare_L' ambiente_fisico_in_cu i_lavoro_è_accettabile _e_adequato_ai_comp iti_che_devo_svolgere								

Metodo di estrazione: Analisi dei componenti principali.

Metodo di rotazione: Varimax con normalizzazione Kaiser.^a

a. Convergenza per la rotazione eseguita in 8 iterazioni.

Per rendere più chiara la tabella e permettere una migliore lettura dei componenti ruotati, si è ridefinito l'ordine in cui sono presentati gli items, mettendo in alto nella tabella gli items con i pesi componenziali più alti sul primo fattore, seguiti poi dagli items con i pesi componenziali maggiori sul secondo fattore, e così via fino al settimo.

Tab. 16 – Ridefinizione dell’ordine con cui sono presentati gli items nella matrice dei componenti ruotati

		Matrice dei componenti ruotati ^a						
		Componente						
		1	2	3	4	5	6	7
G03Q13[3]	-	,782						
Quante_volte_le_è_accaduto_di_pensare_Ho_scadenze_che_è_impossibile_rispettare								
G03Q13[6]	-	,716						
Quante_volte_le_è_accaduto_di_pensare_Devo_trascurare_alcuni_compiti_perché_ho_troppo_da_fare								
G03Q13[8]	-	,654						
Quante_volte_le_è_accaduto_di_pensare_Ricevo_pressioni_per_lavorare_molte_ore								
G03Q13[11]	-	,644						
Quante_volte_le_è_accaduto_di_pensare_Non_riesco_a_unire_ricerca_e_impegni_didattici								
G03Q13[2]	-	,633						
Quante_volte_le_è_accaduto_di_pensare_Devo_scrivere_troppi_articoli								
G03Q13[9]	-	,582						
Quante_volte_le_è_accaduto_di_pensare_Non_riesco_a_scindere_tra_vita_privata_e_lavoro								

G03Q13[1] - Quante_volte_le_è_ac caduto_di_pensare_Le _ore_di_didattica_tolg ono_tempo_alla_ricer ca	,484					
G03Q13[5] - Quante_volte_le_è_ac caduto_di_pensare_H o_voce_in_capitolo_s ui_ritmi_e_sui_modi_ del_mio_lavoro	,483					
G02Q10[1] - Per_quanto_tempo_da ll_inizio_della_pande mia_si_è_sentito/a_ca lmo/a_e_sereno/a?	,754					
G02Q10[2] - Per_quanto_tempo_da ll_inizio_della_pande mia_si_è_sentito/a_Pi eno/a_di_energia?	,739					
G02Q10[5] - Per_quanto_tempo_da ll_inizio_della_pande mia_si_è_sentito/a_Fe lice?	,631					
G02Q09 - Dall_inizio_della_pan demia_in_che_misura _la_sua_salute_fisica_ o_il_suo_stato_emotiv o_hanno_interferito_c on_le_normali_attività _sociali	,582					
G02Q10[3] - Per_quanto_tempo_da ll_inizio_della_pande mia_si_è_sentito/a_Sc oraggiato/a_e_triste?	,558					

G02Q10[9] - Per quanto tempo da ll_inizio_della_pande mia_si_è_sentito/a_A nsioso/a?		,507				
G02Q10[4] - Per quanto tempo da ll_inizio_della_pande mia_si_è_sentito/a_Sf inito/a?		,460				
G02Q10[11] - Per quanto tempo da ll_inizio_della_pande mia_si_è_sentito/a_C on_poca_concentrazio ne?		,419				
G02Q10[6] - Per quanto tempo da ll_inizio_della_pande mia_Ha_provato_poc o_interesse_nel_fare_l e_cose?		,318				
G02Q08 - Rispetto_all_inizio_de lla_pandemia_come_g iudicherebbe_ora_la_s ua_salute_in_generale		,296				
G02Q10[8] - Per quanto tempo da ll_inizio_della_pande mia_si_è_sentito/a_Se nza_speranze?			,767			
G02Q10[10] - Per quanto tempo da ll_inizio_della_pande mia_si_è_sentito/a_Fa llito/a?			,748			
G02Q10[7] - Per quanto tempo da ll_inizio_della_pande mia_si_è_sentito/a_D epresso/a?			,693			

G02Q10[13] - Per quanto tempo da ll_inizio_della_pande mia_si_è_sentito/a_So lo/a?			,512			
G03Q11[3] - Dall_inizio_della_pan demia_a_causa_della_ sua_salute_fisica_ha_r iscontrato_Limitazion e_di_alcuni_tipi_di_la voro			,720			
G03Q11[1] - Dall_inizio_della_pan demia_a_causa_della_ sua_salute_fisica_ha_r iscontrato_Riduzione_ del_tempo_dedicato_a l_lavoro			,644			
G03Q11[4] - Dall_inizio_della_pan demia_a_causa_della_ sua_salute_fisica_ha_r iscontrato_Difficoltà nell_eseguire_il_lavor o			,618			
G03Q11[2] - Dall_inizio_della_pan demia_a_causa_della_ sua_salute_fisica_ha_r iscontrato_Minore_re ndimento_di_quanto_ avrebbe_voluto			,616			
G03Q12[2] - Dall_inizio_della_pan demia_a_causa_del_s uo_stato_emotivo_ha_ riscontrato_Minore_re ndimento_di_quanto_ avrebbe_voluto				,766		

G03Q12[3] - Dall_inizio_della_pan demia_a_causa_del_s uo_stato_emotivo_ha riscontrato_Calo_di_c oncentrazione_sul_lav oro								,762	
G03Q12[1] - Dall_inizio_della_pan demia_a_causa_del_s uo_stato_emotivo_ha riscontrato_Riduzione _del_tempo_dedicato_ al_lavoro								,556	
G03Q13[4] - Quante_volte_le_è_ac caduto_di_pensare_Se _ho_difficoltà_sul_lav oro_i_miei_colleghi_ mi_aiutano									,742
G03Q13[12] - Quante_volte_le_è_ac caduto_di_pensare_L' ambiente_fisico_in_cu i_lavoro_è_accettabile _e_adeguato_ai_comp iti_che_devo_svolgere									,665
G03Q13[10] - Quante_volte_le_è_ac caduto_di_pensare_Pr eferisco_lavorare_da_ casa									,803

Metodo di estrazione: Analisi dei componenti principali.

Metodo di rotazione: Varimax con normalizzazione Kaiser.^a

a. Convergenza per la rotazione eseguita in 8 iterazioni.

Fonte: elaborazione personale con l'utilizzo di SPSS.

In base a quanto esposto nella tabella 16, di seguito verranno elencate le componenti ottenute e definite le aree semantiche che saranno poi utili anche per la successiva regressione logistica:

1. Componente 1: *I limiti nella didattica e ricerca*, che corrispondono alle ore di didattica che tolgono tempo alla ricerca, scrivere troppi articoli, scadenze impossibili da rispettare, pressioni per lavorare molte ore, l'incapacità e impossibilità di scindere tra vita privata e lavorativa che comporta l'inefficacia di ricerca e didattica;
2. Componente 2: *I sentimenti da inizio pandemia*, che hanno interferito nelle attività sociali, con sentimenti contrastanti, tra cui il sentirsi calmo/a e sereno/a, pieno/a di energia, scoraggiato/a, triste, sfinito o sfinita;
3. Componente 3: *Sensazione di languishing*, che porta a uno stato depresso, senza speranze, ansioso, con poca concentrazione, di solitudine e fallimento;
4. Componente 4: *I limiti da inizio pandemia causati dalla salute fisica*, che comportano riduzione del tempo di lavoro, minore rendimento, difficoltà e limitazioni nel lavoro;
5. Componente 5: *I limiti da inizio pandemia a causa dello stato emotivo*, hanno inciso sul rendimento, sul tempo dedicato al lavoro e sulla concentrazione;
6. Componente 6: *Percezione dell'ambiente fisico e personale accademico sul proprio posto di lavoro*;
7. Componente 7: *Preferenza nel lavorare presso la propria abitazione*.

Come suggerito dal criterio di Kaiser (Kaiser, 1960) e dal test Scee (Cattell, 1966) si è deciso in un primo momento di non eliminare alcun fattore, per proseguire con la seconda fase dell'analisi.

- 2) Al fine di valutare l'impatto delle suddette variabili in relazione alle variabili sociodemografiche, nella seconda fase dell'analisi dei dati è stata eseguita un'analisi di regressione logistica, per valutare il ruolo di variabili indipendenti rispetto alla probabilità che la variabile dipendente (percezione di buona/cattiva salute) presenti uno dei suoi due valori.

La formula generale è:

$$\text{Logit}(\mathbb{P}(Y = 1)) = \ln\left(\frac{\mathbb{P}(Y = 1)|X}{1 - (\mathbb{P}(Y = 1) | X)}\right) = \alpha + \sum_i \beta_i(X_i) + \varepsilon$$

Il modello è stato applicato per verificare l'ipotesi di ricerca secondo cui le variabili indipendenti influenzano la probabilità che un individuo percepisca la propria salute buona o non buona. L'*Odds Ratios (Exp (B))* valuta la direzione e l'intensità dell'associazione tra le variabili e approssima la cosiddetta "associazione di probabilità" (*Odds Ratios*). È definito come il rapporto tra le probabilità dell'evento (probabilità dell'evento divisa per il suo complemento) in presenza e in assenza di una certa condizione X (variabile indipendente) o, nel caso di variabili indipendenti non dicotomiche, in presenza di una variazione unitaria di tale condizione.

L'analisi finale è stata eseguita seguendo la tabella 17:

Tab. 17 – Definizione e operativizzazione delle variabili dipendenti, indipendenti e di controllo

<i>Variabile dipendente</i>		<i>Operativizzazione</i>
Percezione della propria salute		0=cattiva salute 1=buona salute
<i>Variabili indipendenti</i>		<i>Operativizzazione</i>
Limiti didattica e ricerca Sentimenti da inizio pandemia Depressione fallimento senza speranze Limiti salute fisica Limiti stato emotivo Ambiente accademico Lavoro da casa		Le variabili indipendenti sono state operativizzate come punteggi fattoriali relativi ai fattori estratti attraverso l'analisi fattoriale esplorativa (EFA)
<i>Variabili di controllo</i>		<i>Operativizzazione</i>
<i>Sociodemografiche</i>	Genere	1= M; 0= F
	Età	Età divisa in fasce: 1= 25-35 2= 36-45 3= 46-55 4= 56-65 5= >66
	Ruolo accademico	Variabili <i>dummy</i> : 0= precari (RtdA, RtdB, Altro) 1= non precari (Ordinari, Associati, Ric. a tempo ind.)
	Macrosettore di riferimento	Aree macrosettori: 1= 11 2= 12 3= 13 4= 14
	Ateneo di riferimento	Aree geografiche atenei: 1= Nord 2= Centro 3= Sud e isole, telematica

Fonte: personale elaborazione.

Pertanto, in seguito ad avere svolto l'analisi fattoriale esplorativa e aver trovato le variabili latenti, è stata eseguita la regressione logistica binaria con la precedente

operativizzazione delle variabili. Le variabili di controllo, essendo categoriali, sono state codificate come segue:

Tab. 18 – Codifica delle variabili categoriali

		Frequenza	Codifica parametro			
			(1)	(2)	(3)	(4)
età in fasce	25-35	65	1,000	,000	,000	,000
	36-45	574	,000	1,000	,000	,000
	46-55	1030	,000	,000	1,000	,000
	56-65	730	,000	,000	,000	1,000
	>66	175	,000	,000	,000	,000
aree macrosettore	11	492	1,000	,000	,000	
	12	811	,000	1,000	,000	
	13	908	,000	,000	1,000	
	14	363	,000	,000	,000	
area atenei	nord	1128	1,000	,000		
	centro	597	,000	1,000		
	sud e isole e telematica	849	,000	,000		
G01Q03 - genere	F	1207	1,000			
	M	1367	,000			
precari e non precari	precari (rt da, rt db, altro)	370	1,000			
	NON precari (ordinari, associati, ric a t ind)	2204	,000			

Fonte: elaborazione personale.

Di seguito la regressione logistica binaria:

Tab. 19 – Regressione logistica

		Variabili nell'equazione					
		B	S.E.	Wald	gl	Sign.	Exp(B)
Fase 1 ^a	precari e non precari(1)	,266	,154	2,990	1	,084	1,304
	genere(1)	,168	,090	3,497	1	,061	1,183
	età in fasce			73,011	4	,000	
	età in fasce(1)	-1,498	,355	17,803	1	,000	,223
	età in fasce(2)	-1,378	,201	46,838	1	,000	,252
	età in fasce(3)	-,834	,176	22,379	1	,000	,434
	età in fasce(4)	-,338	,178	3,598	1	,058	,713
	area atenei			4,633	2	,099	
	area atenei (1)	-,211	,100	4,480	1	,034	,810
	area atenei (2)	-,160	,117	1,848	1	,174	,853
	aree macrosettore			1,015	3	,798	
	aree macrosettore(1)	,065	,152	,181	1	,670	1,067
	aree macrosettore(2)	,104	,139	,555	1	,456	1,109
	aree macrosettore(3)	,007	,136	,002	1	,960	1,007
	limiti didattica e ricerca	-,110	,045	5,834	1	,016	,896
	sentimenti provati da inizio pandemia	-,572	,046	156,390	1	,000	,564
	<i>languishing</i>	-,229	,043	28,457	1	,000	,795
	limiti da inizio pandemia causa salute fisica	,154	,042	13,391	1	,000	1,166
	limiti da inizio pandemia causa stato emotivo	,042	,042	,972	1	,324	1,043
	ambiente accademico	-,074	,043	2,894	1	,089	,929
preferenza di lavoro a casa	-,043	,044	,989	1	,320	,958	
Costante	,232	,200	1,342	1	,247	1,261	

a. Variabili inserite nella fase 1: precari e non precari, genere, età in fasce, area atenei, aree macrosettore, limiti didattica e ricerca, sentimenti provati da inizio pandemia, *languishing*, limiti da inizio pandemia causa salute fisica, limiti da inizio pandemia causa stato emotivo, ambiente accademico, preferenza di lavoro a casa.

Fonte: elaborazione personale con SPSS.

Alcune variabili, tra cui il Macrosettore, I limiti da inizio pandemia a causa dello stato emotivo, Preferenza di lavoro a casa, non sono significative e sono state eliminate dal modello:

Tab. 20 – Regressione logistica con eliminazione variabili non significative

		Variabili nell'equazione					95% C.I.per EXP(B)		
		B	S.E.	Wald	gl	Sign.	Exp(B)	Inferiore	Superiore
Fase 1 ^a	precari e non precari(1)	,263	,151	3,023	1	,082	1,301	,967	1,750
	genere(1)	,177	,089	3,957	1	,047	1,193	1,003	1,420
	età in fasce			72,120	4	,000			
	età in fasce(1)	-1,453	,352	17,050	1	,000	,234	,117	,466
	età in fasce(2)	-1,369	,200	46,720	1	,000	,254	,172	,377
	età in fasce(3)	-,827	,175	22,268	1	,000	,437	,310	,616
	età in fasce(4)	-,339	,177	3,662	1	,056	,712	,503	1,008
	area atenei			4,907	2	,086			
	area atenei (1)	-,215	,099	4,698	1	,030	,806	,664	,980
	area atenei (2)	-,169	,117	2,073	1	,150	,845	,672	1,063
	limiti didattici e ricerca	-,105	,045	5,503	1	,019	,900	,824	,983
	sentimenti provati da inizio pandemia	-,572	,046	157,427	1	,000	,564	,516	,617
	languishing	-,228	,043	28,154	1	,000	,796	,732	,866

limiti da inizio pandemia causa salute fisica	,155	,042	13,530	1	,000	1,167	1,075	1,267
ambiente accademico	-,076	,043	3,109	1	,078	,926	,851	1,009
Costante	,275	,177	2,403	1	,121	1,316		

a. Variabili inserite nella fase 1: precari e non precari, genere, età in fasce, area atenei, limiti didattica e ricerca, sentimenti provati da inizio pandemia, *languishing*, limiti da inizio pandemia causa salute fisica, ambiente accademico.

Fonte: elaborazione personale con l'utilizzo di SPSS.

Nonostante a priori si pensasse che la precarietà fosse una variabile rilevante sullo studio della percezione della propria salute, in base a quanto proposto dai risultati presentati, il ruolo accademico sembra non avere significatività in relazione alla percezione della salute dall'inizio della pandemia, probabilmente perché la paura ha condizionato tutti indipendentemente dal ruolo coperto (Marroquín *et al.*, 2020). Per quanto riguarda il sesso, le donne rispondenti all'indagine presentano un alto rischio di salute negativa, poiché si sono fatte carico di un maggior numero di oneri di responsabilità sia professionali sia personali, legati soprattutto alla presenza dei figli a casa durante l'intero periodo (Buckle, 2020; Kowal *et al.*, 2020). Il rischio relativo è inoltre alto anche in base all'anzianità, in quanto più l'età avanza, più aumenta la paura.

A livello geografico, soprattutto nel nord Italia, d'altronde area geografica più colpita fin dall'inizio dall'emergenza, il rischio continua ad essere molto alto.

Seguendo poi quanto esposto nella Tabella 18, tendono ad avere un rischio relativo alto sullo stato di salute le variabili proposte dalla precedente analisi fattoriale esplorativa (da cui sono state eliminate, perché non significative, i limiti a causa dello stato emotivo e la preferenza di lavorare a casa).

Il gruppo previsto si articola come segue:

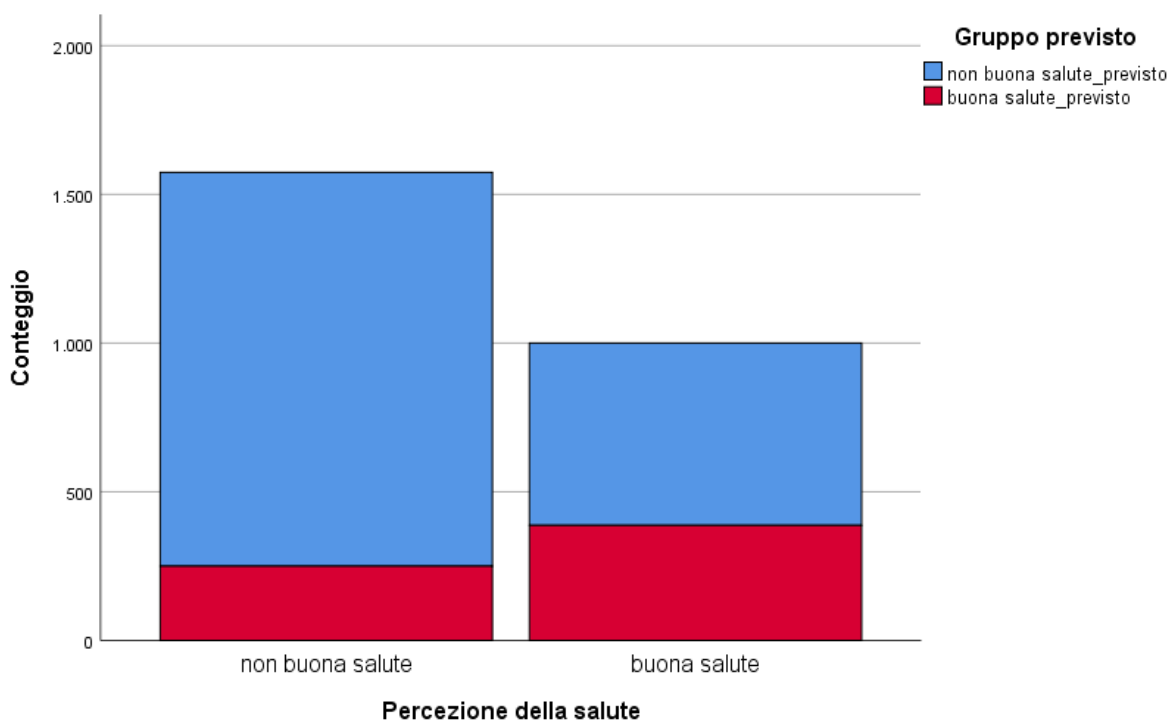
Tab. 21 – Gruppo previsto del modello

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	Non buona salute	1937	75,2	75,3	75,3
	Buona salute	637	24,7	24,7	100,0
	Totale	2574	100,0	100,0	
Mancante	Sistema	1	,0		
Totale		2575	100,0		

Fonte: elaborazione personale.

Per rendere più chiari i risultati e poiché la regressione logistica permette di studiare la prevedibilità di un evento, la figura seguente evidenzia dal punto di vista grafico la matrice precedente:

Fig. 28 – Grafico gruppo previsto secondo il modello

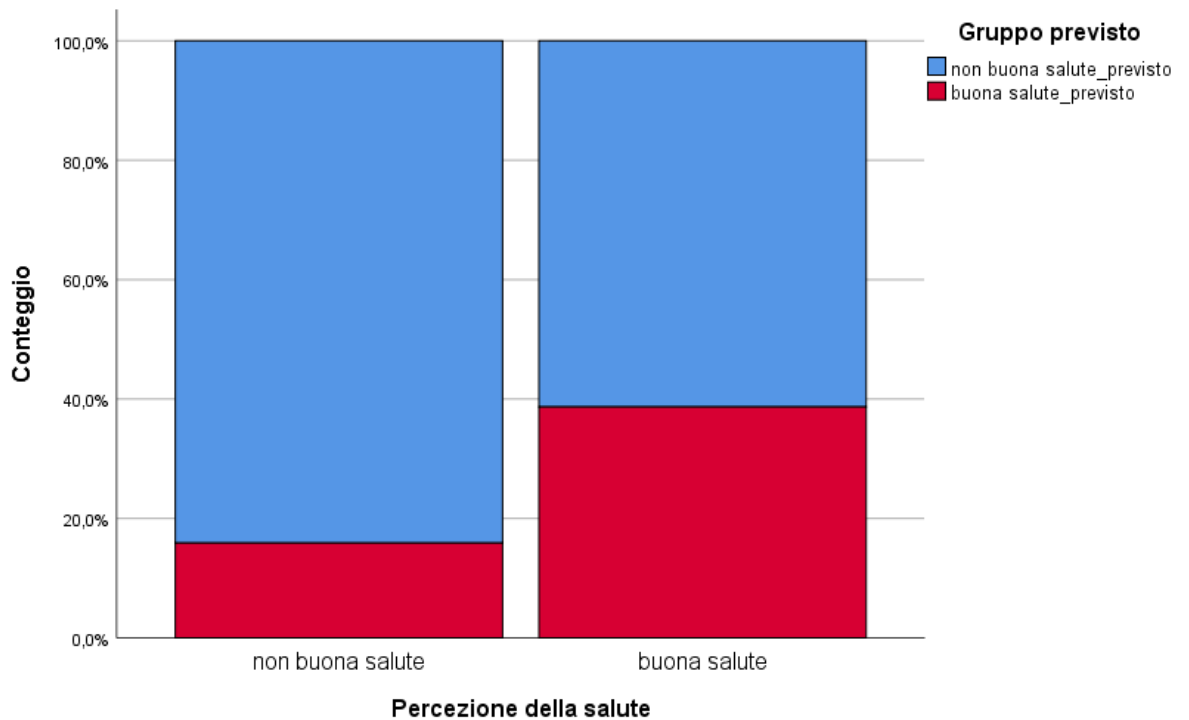


Fonte: elaborazione personale.

Il grafico a barre è l'equivalente della matrice di classificazione esposto in precedenza. La colonna di sinistra rappresenta le persone che si ritengono di non godere di buona salute (più di 1500) e la parte in azzurro definisce le stesse persone secondo il modello, mentre la parte in rosso (meno di 500) sono gli errori del modello. La stessa interpretazione vale per la colonna di destra: le persone che godono di buona salute sono all'incirca un migliaio e di queste, le classificazioni corrette sono quelle in rosso, mentre gli errori del modello sono in azzurro.

Per rendere omogenee le due colonne e capire se il modello prevede meglio la buona o cattiva salute basta rendere la scala al 100%, per non avere più i valori assoluti ma le percentuali:

Fig. 29 – Grafico gruppo previsto con scala 100%



Fonte: elaborazione personale.

Ricordandosi inoltre che:

«In un trial dove viene studiata l'efficacia di un intervento nel ridurre l'insorgenza di un evento indesiderato:

- valori <1 indicano efficacia dell'intervento in quanto l'Odds dell'evento nel braccio di intervento è inferiore all'Odds dell'evento nel braccio di controllo
- valori $=1$ indicano neutralità dell'intervento in quanto l'Odds dell'evento nel braccio di intervento è uguale all'Odds dell'evento nel braccio di controllo
- valori >1 indicano dannosità dell'intervento in quanto l'Odds dell'evento nel braccio di intervento è maggiore dell'Odds dell'evento nel braccio di controllo»
(Battaglia, 2005, 8).

Pertanto, il modello risulta più forte quando classifica le persone che ritengono avere una cattiva salute, poiché la parte azzurra è più dell'80%, mentre la parte rossa della seconda colonna è al di sotto del 40%.

5.2. Analisi delle domande a risposta aperta⁷²

Sono state analizzate anche le domande a risposta aperta, molto utili ai fini del progetto.

Nonostante la Tabella 21 evidenzia situazioni critiche, poiché la maggior parte dei rispondenti sembrano godere di pessima salute, la speranza di un miglioramento sembra prevalere, come si può notare dalla Tabella 22, che riporta le risposte alla domanda su come ognuno vede il proprio futuro lavorativo in ambito accademico nei successivi cinque anni:

Tab. 22 – Percezione condizione lavoro in futuro

	Frequenza	Percentuale
Migliore	1741	67,6
Peggiora	834	32,4
Totale	2575	100,0

Fonte: elaborazione personale.

Nonostante nella domanda a risposta chiusa alcune persone abbiano risposto “Migliore”, nella successiva domanda a risposta aperta, che chiedeva di argomentare la risposta data, una cinquantina hanno affermato che la loro speranza è quella che la situazione migliori, anche se pensano possa rimanere uguale.

La Fig. 28 riporta la *Word Cloud* generata dalle parole chiave, che compaiono con maggior frequenza nelle risposte:

⁷² In questo capitolo, quanto espresso in corsivo e tra virgolette riporta risposte anonime del questionario.

Fig. 28 – Parole chiave sul perché le condizioni lavorative potrebbero essere migliori nei cinque anni futuri



Fonte: elaborazione personale.

Quanto espresso nella figura precedente pone l'accento sulla speranza di migliorare le condizioni lavorative in ambito accademico in base a diversi fattori, poiché *“Pensare al peggio non aiuta”*. Primo fra tutti, la speranza di superare le criticità, il malessere e gli ostacoli che la pandemia ha causato; il desiderio di migliorarsi per crescere personalmente e professionalmente, volto ad un ritorno alla normalità, giustificato spesso come *“Innato ottimismo”*.

“Per il ritorno alla "normalità" nella vita accademica dopo la fase peggiore della pandemia che ha imposto metodi di erogazione della didattica a distanza poco efficaci e ridotto i rapporti diretti con studenti e colleghi”.

“É una speranza, basata sull'idea che si debbano trarre insegnamenti dall'esperienza passata”.

“Perché penso che la fase emergenziale di grande incertezza sia finita, sarà nuovamente possibile una maggiore programmazione del lavoro da svolgere, anche se con molte novità rispetto al passato, soprattutto per quanto riguarda le attività didattiche”.

“Torneremo alla normalità, soprattutto in ambito didattico. E ciò mi fa pensare che il futuro lavorativo sarà migliore”.

“Perché sono per natura ottimista; perché finora la mia condizione è sempre migliorata; perché potrei avere un'opportunità di progressione di carriera; perché il gruppo di colleghi con i quali lavoro si sta consolidando, allargando e affiatando”.

Allo stesso modo, la speranza di un miglioramento dipende anche dal fatto di poter perdere il posto di lavoro:

“O migliora, o finisce il contratto, quindi...”.

Si nota infatti la voglia di migliorare la ricerca, dovuta alla modernizzazione dell'università, alle nuove tecnologie che permettono più opzioni di lavoro e di gestione del tempo:

“Penso che la modalità mista introdurrà opportuni elementi di flessibilità rispetto agli innumerevoli impegni accademici”.

“La tecnologia e le nuove pratiche, soprattutto le riunioni online, mi aiutano a gestire meglio il mio tempo”.

“La pandemia ha imposto una forte accelerazione alla "de-personalizzazione" di molte attività tipiche, favorendo il superamento del "ceiling glass" costituito

dalla forma "in presenza" di riunioni, convegni o incontri che rendevano molto più affannata la gestione dell'agenda personale. Con un adeguato mix di attività in presenza (essenziale la didattica e gli esami) e a distanza (molte riunioni accademiche, professionali o di ricerca possono svolgersi serenamente anche in call) si può organizzare meglio il tempo, trascorrerne di più in smart working a casa o in ambienti più confortevoli”.

Il ritorno alla normalità e il desiderio della fine dello stato pandemico comporta inoltre un maggiore equilibrio.

“Pandemia superata, ritorno ad una nuova normalità, migliore organizzazione nel futuro, riequilibrio”.

“Ritorno a una sorta di normalità, con ritmi più gestibili”.

“Spero che la follia della pandemia abbia insegnato qualcosa... Molto del disagio degli ultimi due anni è stato un effetto di organizzazione impazzita. E lo dico da persona che ha problemi di salute strutturali (e pertanto sa cosa vuol dire misurarsi con la prospettiva della morte giorno per giorno)”.

“Affronterò il lavoro con maggiore consapevolezza dei miei limiti e capacità”.

“Maggiore attenzione al work-life balance; maggior flessibilità”.

“Penso che con l'esaurimento della situazione pandemica si possa ritornare a un assetto ordinario con il vantaggio di utilizzare gli strumenti di lavoro a distanza che si sono diffusi durante la pandemia”.

La pandemia ha infatti permesso di capire quali siano le priorità, ha insegnato a *“far dire dei no”*, a capire cosa sia effettivamente essenziale non solo sul lavoro ma anche nella vita privata.

“Con la pandemia ho riveduto le priorità, lavorare continua ad assorbirmi tanto, ho capito che lavorando non tolgo tempo alla famiglia, ho smesso di dire di

sì ad ogni richiesta, non lavoro su più fronti contemporaneamente: ci sono le mezze giornate della didattica, quelle della ricerca, quelle dell'attività di servizio”.

“Questo periodo mi ha aiutata a ridefinire (1) scala di importanza e, dunque, (2) ordine di priorità”.

“Perché credo, anche per il mio tipo di carattere, di avere raggiunto livelli di libertà nella decisione di cosa fare o di cosa non fare difficilmente riscontrabili in altre professioni (anche nel confronto con i primi anni della carriera che, al contrario, sono stati, come ovvio peraltro, con riguardo agli obiettivi da realizzare, fortemente condizionati dalla logica concorsuale”.

“La pandemia ha messo a nudo le criticità dell'Istituzione accademica, ma anche i limiti personali di ciascuno. Pertanto, lavorando su queste debolezze si potrà migliorare”.

L'avanzamento di carriera permette inoltre di crescere e guardare positivamente al futuro e, allo stesso tempo, di delegare il lavoro a colleghi più giovani, per avere più tempo per dedicarsi alle proprie ricerche.

“Conto/spero in nuove assunzioni che possano aiutare a gestire il carico didattico e, soprattutto, che è il vero problema, il carico amministrativo (commissioni di dipartimento e/o Ateneo, molto più impegnative della didattica)”.

“Mi aspetto (auspico!) un avanzamento di carriera e quindi una uscita dal precariato”.

“Spero di acquisire una maggiore stabilità e dunque di poter coltivare progetti di ricerca a medio e lungo termine”.

Significativo non è solo l'avanzamento di carriera che comporta una crescita personale, ma anche la crescita dei figli, che consente di avere maggiore concentrazione nel lavoro e autonomia:

“La mia difficoltà maggiore viene dalla conciliazione del lavoro con i miei 3 figli piccoli, aggravata dalla pandemia con chiusure scuola ecc. In futuro con loro che crescono spero la situazione su questo fronte migliorerà”.

“Penso che con il ritorno a una didattica interamente in presenza e con la crescita dei figli potrò dedicare più tempo alla ricerca al fine di raggiungere l’ordinariato e quindi uno stato di minore pressione a svolgere attività scientifica finalizzata all’avanzamento di carriera”.

“Le mie figlie crescono e sono più autonome”.

“Posto fisso, meno necessità di dimostrare, figli più grandi.”

“Perché ho bimbi piccoli che cresceranno e saranno più autonomi. Perché è più stimolante lavorare ora che sono riprese attività quali seminari, workshop, meetings di ricerca dipartimentali in presenza”.

I fondi, le nuove risorse, soprattutto quelle del Pnrr, sono un forte stimolo per lavorare al meglio e vedere il futuro accademico più roseo con l’inizio di nuove ricerche e la fine di progetti iniziati.

“1. L’utilizzo di strumenti di lavoro a distanza consentirà di risparmiare tempi inutili di spostamenti, soprattutto per quanto riguarda riunioni, incontri ecc. 2. Credo, o spero, ci saranno più risorse per l’università”.

Se per alcuni le tecnologie consentono di gestire il tempo in maniera migliore per altri, invece, il ritorno in presenza è punto cardine per migliorare la propria condizione lavorativa. Le tecnologie “opprimenti” fanno sì che non vi sia più spazio per la vita privata, che le relazioni tra colleghi siano fittizie.

Oltre ad essere estremamente “difficile immaginare una situazione peggiore a quella pandemica”, le motivazioni per cui le condizioni lavorative in ambito accademico sembrano migliorabili derivano dall’imminente pensionamento e/o dall’abbandono di incarichi istituzionali, burocratici e amministrativi che logorano

gli accademici impedendo loro di svolgere il ruolo per cui sono stati effettivamente assunti.

“Con la fine della pandemia spero si concluda la necessità di fare didattica blended (studenti sia in aula sia collegati a distanza). Inoltre, sarà possibile tornare a partecipare ai convegni e a fare rete con colleghi sia italiani sia internazionali”.

“La libertà di movimento è essenziale perché gli incontri in presenza con i colleghi sono fondamentali e la possibilità di frequentare eventi scientifici o altre biblioteche cartacee è uno stimolo importante”.

“Solo perché in generale sono una persona ottimista. Tuttavia a seguito della pandemia e della didattica online l'impegno lavorativo è aumentato molto e allo stesso tempo reso difficile dalla poca interazione con i colleghi. Quello che vedo positivo è il ritorno alla didattica in presenza”.

La maggiore consapevolezza, l'ottimismo e la speranza della fine della pandemia e del ritorno alla normalità sono i punti principali dell'idea di miglioramento delle condizioni lavorative.

“Migliore rispetto alla pandemia, perché spero si torni ad attività sempre più in presenza e al contatto con colleghi e studenti, che è fondamentale per la mia salute mentale e crescita professionale”.

Interessante è notare il desiderio di tornare a svolgere la ricerca sul campo, di intessere relazioni non più virtuali ma in presenza, abbandonare tutto ciò che vincola il “vero lavoro dell'accademico”, dando il giusto peso alle situazioni e alle richieste.

Quanto espresso fa comunque riflettere sulle problematiche presenti in università e sul ruolo dell'accademico. Ad oggi i ricercatori e professori sono costretti a svolgere lavori non inerenti al ruolo che ricoprono, non vi sono agevolazioni per i nuovi arrivati, che si ritrovano a lavorare per colleghi più anziani.

Inoltre, fino ad oggi, e la pandemia lo ha dimostrato, i fondi per la ricerca sono stati pochi e mal distribuiti tra le discipline.

Molto interessante è anche la questione figli: solo donne hanno evidenziato la problematica di essere madre e lavorare in ambito universitario.

Tali criticità emergono ancora di più nella domanda del questionario seguente, ovvero il motivo per cui si è deciso di rispondere “Peggioro” alle condizioni lavorative in ambito accademico nei prossimi cinque anni.

Fig. 29 – Parole chiave sul perché le condizioni lavorative potrebbero essere peggiori nei cinque anni futuri



Fonte: elaborazione personale.

Le criticità emerse sono molteplici, alcune delle quali in contrasto con quanto espresso in precedenza.

Chiaro è che il tempo dedicato al lavoro debba essere ridimensionato, troppa didattica e ricerca non permettono l’elaborazione di testi di livello. L’università è ormai un’azienda, in cui si pensa solo al business e al mercato, in cui vi sono

“imperativi di ordine economico neoliberistico”. La privatizzazione comporta un peggioramento del lavoro di accademico, che non sembra più essere un ricercatore, ma una macchina, per cui si evince anche il deteriorarsi dei rapporti con i colleghi, che via via cambiano in peggio e portano a *“relazioni umane con persone scadenti”*.

La distanza forzata ha portato a un desiderio di individualismo sempre più insistente, a una corsa verso la performance, incontrando *“colleghi assatanati di business e di denaro”*, che porta alla vincita della quantità sulla qualità. Il carico di lavoro sempre maggiore è un peso, una rincorsa verso la perfezione irraggiungibile e vincolata dall'obbligo di svolgere lavori non di competenza, a causa di lavori amministrativi e burocratici che impediscono buone ricerche e tempo necessario per la creazione di una valida didattica.

“Le continue procedure di valutazione ai diversi livelli (SUA_RD; SUA_CdS; VQR; Revisioni periodiche RAD) unite alle riforme dei corsi di laurea (laurea abilitante) rendono il lavoro accademico sempre più denso di pastoie burocratiche. Mano a mano che si sale nella gerarchia accademica, inoltre, si è sempre più “al servizio” di diverse funzioni e diversi stakeholder. Ad esempio: ruoli di rappresentanza in organismi scientifici nazionali e internazionali; afferenza a tavoli di lavoro istituzionali e interistituzionali; partecipazione ad attività di terza missione complesse. A questo si aggiunge la necessità di partecipare a bandi competitivi nazionali e soprattutto internazionali. Tutto questo erode il necessario diaframma tra vita lavorativa e vita privata, oltre a complessificare i processi di negoziazione tra diversi compiti nell'accesso al time-budget, che sempre di 24h giornaliere rimane. L'esito è estendere il tempo del lavoro: nei periodi più complessi entro in ufficio alle 7 del mattino; o se lavoro da casa avvio il lavoro alle ore 6 AM; il lavoro serale post cena è praticamente quotidiano, così come il dover lavorare nel fine settimana. Credo sia un carico insostenibile, frutto di diverse esigenze inconciliabili e il più delle volte determinate dal sistema accademico sempre più competitivo”.

Inoltre,

“Perché la burocrazia aumenta; la preoccupazione dei giovani per la posizione permanente occupa risorse e sottrae tempo e energie per lo sviluppo di pensiero in termini culturale e per l’impegno nel lavoro istituzionale; la preoccupazione per l’index governa ogni scelta! spesso si assiste ad una competizione insana che non riconosce il valore della differenza. La necessità di performare nella ricerca, nella didattica, nella terza missione contemporaneamente fa sì che tutto venga affrontato in maniera acritica e superficiale”.

“Allo stato attuale non vedo da parte dell’Ateneo interesse a supportare il lavoro e il benessere psicologico dei docenti. La ricerca è ormai un’attività che si riesce a fare solo utilizzando il tempo libero, il personale tecnico amministrativo che va in pensione, in malattia o in aspettativa non viene sostituito oberando ancora di più quello che rimane e/o chiedendo ai docenti di assumere compiti che non competono loro, ci vuole una procedura di valutazione comparativa con una commissione di tre docenti che redigono due verbali anche per decidere quali merendine mettere nelle macchinette, ma tanto la cosa importante è riempire le cartelle di Aulaweb per la gestione documentale dei processi AQ dei CdS e che gli studenti siano "soddisfatti"”.

Ancora

“I sistemi di valutazione sono falsati e impostati su dati quantitativi che non tengono conto della qualità dei servizi e le successive possibilità di progressione di carriera sono praticamente nulle”.

“É andato peggiorando negli ultimi 30, non vedo ragioni per un miglioramento, anzi, penso che il trend generale del sistema, unito alle pandemie, non potrà che accentuare questo peggioramento. Si chiede ai lavoratori di lavorare di più ogni anno che passa. Non erano queste le promesse degli anni Settanta e Ottanta del Novecento”.

In aggiunta,

“1) gli impegni didattici e amministrativi prendono sempre più tempo e si spandono ormai su tutto l'anno (salvo la settimana di ferragosto e la settimana delle festività natalizie), pertanto diventa sempre più difficile trovare il giusto tempo e attenzione da dedicare allo studio, alla ricerca e alla scrittura/produzione di prodotti della ricerca. Per trovarlo finisco per avere giornate di lavoro infinite, e lavoro spesso nel mio tempo libero (fine settimana, festività). Così aumenta la fatica e diventa sempre più difficile combinare i tempi di lavoro con quelli di vita privata e familiare. 2) con l'uso e l'abuso di organizzare incontri online, le riunioni sia intese all'università che con colleghi di altri atenei italiani e stranieri si sono intensificate. Non c'è più adeguato tempo di preparazione per le riunioni e diventa difficile giustificare un'assenza pertanto soffro di "zoom fatigue" a volte e faccio fatica a preservare anche solo un giorno a settimana senza almeno una riunione online! 3) la prospettiva di un avanzamento di carriera, prevista nel triennio 2019-2021 non è avvenuta per problemi di risorse interne all'Ateneo e nella nuova programmazione non è stata rinnovata per motivi di gelosie e abuso di potere interno al mio dipartimento. Ciò rende più teso il contesto lavorativo, e decisamente meno motivante attendere a tutti gli impegni didattico-amministrativi di cui al punto 1)”.

Lo sconforto è chiaro, in relazione anche a quanto espresso nella fase di analisi dei dati quantitativi, la percezione della propria salute e dello stato di benessere è sempre peggiore:

“Perché vedo il contesto universitario snaturato dai suoi fondamenti e orientato verso un approccio aziendalistico, conformista e appiattito; dopo le politiche scellerate e infami di sospensione del personale attuate nell'ultimo periodo non nutro più stima né fiducia nel contesto accademico, in cui lavoro da più di vent'anni. Non essendo disposta a cedere ad alcun ricatto, nemmeno in futuro, non ho aspettative ottimistiche”.

Il troppo lavoro è accompagnato da poche prospettive di crescita, in un mondo in cui chi avanza non è grazie al merito ma a conoscenze e baronaggio *“Perché il mio settore è pieno di baroni che rendono difficile lavorare, sono peggio del Covid e non pare ci sia vaccino”*, che portano a un *“ambiente di lavoro è a dir poco*

tossico”, in cui “il potere pandemico sta creando un ambiente molto sfavorevole per tutti i lavoratori. I lavori intellettuali saranno anche vessati dal dominio del pensiero unico”.

Precarietà sembra la parola d’ordine del mondo universitario, in cui i “docenti sono solo numeri”:

“non ci sono possibilità di avanzare nella carriera, difficoltà a conciliare problemi di famiglia e lavoro, non ho la serenità per lavorare sugli articoli”.

Ancora peggio è la situazione per chi è donna e ancor di più madre:

“Scarse opportunità di carriera perché sono donna. Sovraccarico di lavori amministrativi”.

“Perché dovrò tornare molto di più in presenza e vivo lontano e ho figli piccoli”.

“La vita familiare è sempre più complessa e mal si adatta al lavoro accademico. Sono ricercatrice a tempo indeterminato e spesso questo ruolo è visto come a esaurimento ed è poco considerato”.

Gli stati d’animo più percepiti ed espressi sono infatti l’ansia, lo stress, lo sconforto, la pressione di *“dover fare bene”* e la paura del futuro con prospettive grigie. Il tutto accresce anche alla difficoltà nel reperimento di fondi per la ricerca, nonostante il Pnrr dia una ventata di positività, il problema persiste:

“Sempre meno interesse alla ricerca di qualità e una distribuzione di fondi di ricerca scarsa e che non è in grado di determinare veramente quale sia la ricerca di qualità elevata. Inoltre, sempre più attività burocratiche del tutto inutili”.

Tali problematiche comportano perdita di interesse, di un aumento di stress ingiustificabile, che porta in un vortice dal quale è difficile uscire, per la minore attenzione alle esigenze di conciliazione vita-lavoro.

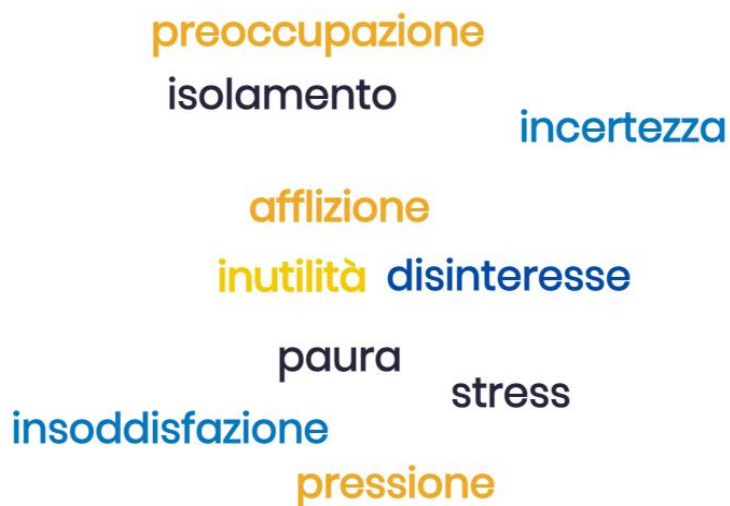
La pandemia sembra solo aver portato alla luce problematiche presenti ormai da molto tempo, in un ambiente sempre più competitivo, che porta a malessere:

“L’università attuale è un groviglio di contraddizioni, inefficiente e inefficace. Penso che il mio lavoro non solo non sia utile ma che sia in alcuni casi nocivo”.

“Ritengo che malgrado ci si avvalga sempre di più della digitalizzazione per mantenere i propri contatti di lavoro, la nascita di idee su cui fare ricerca richiede ancora una prima fase di contatto umano che si sta perdendo. Soprattutto i colleghi più giovani tendono all’isolamento e sentono meno di quelli della mia generazione il senso di appartenenza ad una comunità in cui, oltre al tempo dedicato alla ricerca, bisogna trovare il tempo per svolgere i numerosi (anche eccessivi) compiti organizzativi che siamo chiamati a svolgere”.

I sentimenti e gli stati d’animo che comportano un’alterazione del proprio stato di benessere e salute mentale in peggio sono infatti presentati nella figura seguente, che rappresenta le parole più utilizzate dai rispondenti sul tema:

Fig. 30 – Stato di malessere dei rispondenti



Fonte: elaborazione personale.

La realtà degli accademici italiani nelle scienze sociali sembra pertanto essere stata gravemente intaccata dalla pandemia, i quali per primi sostengono di godere di una cattiva salute mentale, di malessere e di un forte *languishing* ma, allo stesso tempo la speranza che la situazione migliori negli anni a seguire è molto presente.

Conclusioni

Il benessere delle persone è dettato da diversi fattori, tra cui la loro salute. I concetti trattati sono multidimensionali, i cui determinanti possono essere molteplici, in alcuni casi che colpiscono l'intera popolazione e in molti altri soggettivi. La pandemia di Covid-19 è stata un'esperienza improvvisa, che ha stravolto la vita di tutti in maniera drammatica; un'esperienza rischiosa, una crisi globale in cui l'incertezza ha iniziato ad avere una natura endemica, riferita a una malattia invisibile che ha sconvolto la vita di tutti, interrompendola bruscamente e obbligando a pensare unicamente al presente, cancellando i piani futuri. Pertanto i concetti studiati sono principalmente quello di salute, di benessere, sottolineandone la loro multidimensionalità. Gli stessi indicatori sono molteplici, perché innumerevoli sono i loro determinanti: sociali, politici, economici, etc.

In un primo momento sono stati analizzati tali concetti a livello teorico; già gli antichi greci avevano proposto alcune teorie, molte delle quali associabili a credenze magiche. A livello sociologico, si può partire da Durkheim che definisce la salute come un qualcosa che implica lo sviluppo armonico di tutte le funzioni che, per svilupparsi armonicamente, si devono moderare reciprocamente, cioè trattenendosi a vicenda al di qua dei limiti, oltre i quali comincia la malattia e cessa il piacere (Durkheim, 1893/2016). Durkheim è tra i primi a cercare di dimostrare che vi è una relazione tra l'ambiente socioculturale, la malattia e la salute. Ne *Il Suicidio* parla anche di salute mentale, degli stati psicologici normali e psicopatici. In realtà l'autore non usa il termine 'malattia', ma fa comunque riferimento alla nevralgia, cioè a una condizione di eccessiva fatica spesso accompagnata da mal di testa, irritabilità e depressione. Inoltre, definisce la felicità una «somma di piaceri» (Durkheim, 1893/1996, 245), per cui la salute può esserne una parte: «la salute consiste in un'attività media; essa implica infatti lo sviluppo armonico di tutte

le funzioni, e le funzioni non possono svilupparsi armonicamente che moderandosi reciprocamente, cioè trattenendosi a vicenda al di qua dei limiti, oltre i quali comincia la malattia» (ivi, 241). L'autore sottolinea così l'importanza della società per migliorare anche le condizioni individuali in quanto tutto ciò che accade alle persone deve essere studiato facendo riferimento al loro contesto sociale.

Parsons studia quattro imperativi funzionali per garantire il mantenimento dell'organizzazione di un sistema sociale: il modello *Agil*, necessario anche per definire la malattia una forma di *devianza sociale* involontaria, perché «rende incapaci di assolvere efficacemente i ruoli sociali» (Parsons, 1951/1965, 438). Il malato è un deviante, per cui esiste un «interesse funzionale della società al suo controllo» (ivi, 439). La malattia infatti non consente ad alcun individuo di conformarsi alle aspettative sociali di ruolo che lo interessano, siano esse familiari, piuttosto che lavorative, etc. Essere malati non significa solo vivere una condizione fisica, ma costituisce un ruolo sociale perché porta ad un comportamento basato su aspettative istituzionali ed è rafforzato dalle norme della società corrispondenti a queste aspettative.

Parsons (1951) sottolinea poi il *sick-role*, ossia il ruolo del malato. Il sistema sociale concede al malato, poiché inabile ad affrontare il quotidiano, la possibilità di guarire, consentendogli di essere libero dalle pressioni, in modo tale da poter, con il tempo, essere nuovamente in grado di riavere il suo funzionamento sociale. Per la prima volta si dimostra il ruolo della medicina nei sistemi sociali, perché si approfondisce il ruolo del malato nella relazione con la struttura sociale. La malattia è disfunzionale alla società e il medico svolge una funzione di controllo sociale con la diagnosi e la prescrizione riconosciuta dal sistema sociale stesso.

Ma se per Parsons il malato è un deviante e quindi la devianza è una patologia, per Merton il comportamento deviante è una scelta razionale, pensata e presa grazie alla propria autonomia decisionale.

Engels, nel 1845, descrive le condizioni di vita e di salute della classe operaia inglese, gli stati di disuguaglianza sociale e la distribuzione dei benefici. Engels dedica gran parte del suo lavoro alle sofferenze dell'umanità del tempo, alle malattie croniche, a deformità fisiche, alla stanchezza per via della rivoluzione industriale. La sofferenza sociale, frutto delle tragiche condizioni di vita, diventa sofferenza esistenziale: il proletariato si trova impossibilitato a decidere per sé, perché la struttura influenza il singolo e di conseguenza la società.

Le scelte degli individui sono limitate da strutture sociali già esistenti, soprattutto dal sistema economico in cui lavorano e da quello di classe in cui vivono, creando situazioni di enorme sofferenza, che per Marx portano all'alienazione. Con la *valorizzazione* del mondo delle cose cresce in rapporto diretto la *svalorizzazione* del mondo degli uomini. Il lavoro non produce soltanto merci, ma anche il lavoratore come una *merce*, nella stessa proporzione in cui in genere produce merci. La mercificazione della salute non è solo centrale per comprendere le disuguaglianze sanitarie, ma anche per studiare le disuguaglianze di reddito, che possono portare alle lotte di classe.

I contributi di Weber in relazione alla sociologia medica rientrano in tre aree: la concettualizzazione di status socioeconomico, di stile di vita e di razionalità formale e burocrazia.

Goffman distingue invece tra persone "normali" e non, ossia coloro che non possiedono uno stigma, in un mondo che è come un teatro. Stigmatizzato può diventare colui che si isola, che è sospettoso, ansioso, depresso, innescando a livello sociale delle psicosi. Si veda per esempio il periodo di Covid-19 che si è vissuto, in cui per esempio si è dato il via allo stereotipo del cinese come potenziale untore. Lo stigma è un prodotto sociale, che nasce e si sviluppa in maniera graduale nelle relazioni sociali, creando stereotipi e definendo lo stigmatizzato un deviante.

In seguito all'aspetto teorico, i concetti di normalità, patologia, malattia, disturbo sono stati studiati nello specifico per individuarne i possibili determinanti sociali e indicatori. In particolare, il concetto di malattia può essere suddiviso in diverse dimensioni, tra cui *disease*, ossia la malattia intesa in senso stretto, *illness* e quindi l'interpretazione soggettiva che si dà alla malattia, *sickness* cioè gli aspetti sociali della malattia. Le dimensioni di *illness* e *sickness* sono state suddivise in *illness esperita*, ossia la percezione di dolore da parte del soggetto che è indipendente dalla presenza effettiva di alterazioni organiche rilevabili a livello medico; in *semantica dell'illness*, ossia il senso che una persona dà alla propria condizione di malattia. Anche la dimensione di *sickness* è stata suddivisa in *sickness istituzionale*, ossia il *sick role* parsoniano e l'*immaginario di sickness*, cioè le rappresentazioni sociali della malattia. Pertanto, si può parlare di malattia vera e propria (cioè *disease*), interpretazione e il senso che ognuno dà personalmente alla malattia (*semantica dell'illness*) e percezione della sofferenza (*illness esperita*). Per quanto riguarda la sfera sociale si fa riferimento al *sick role* di Parsons (*sickness istituzionale*) e quindi

il ruolo del malato all'interno della società, ma anche della rappresentazione sociale della malattia (*sickscape*) e le ripercussioni sulle reti sociali e relazionali connesse alla malattia (*sonetness*). I concetti di salute e malattia possono così avere una dimensione biologica con la sottodimensione di *disease*, una dimensione psicologica con le sottodimensioni di *illness*, *semantica dell'illness* e *illness esperita*, una dimensione sociale con le sottodimensioni di *sickness*, *sickness istituzionale*, *sonetness* e *sickscape* e infine la dimensione ecologica, poiché l'uomo è parte integrante del contesto in cui si trova, della natura e dell'ambiente in cui vive e da esso la sua salute può essere influenzata positivamente o negativamente.

Inoltre, i determinanti sociali della salute e della malattia possono essere raggruppati in diverse dimensioni, tra cui quelle personali, come l'età, il genere, i fattori ereditari, ma anche i fattori individuali dello stile di vita, l'ambiente in cui si vive, l'educazione, l'ambiente di lavoro, l'alimentazione, le reti sociali e comunitarie.

Gli impatti della pandemia sono diversi e non solo di tipo sanitario, ma anche sociale, politico, economico, sulla qualità della vita e sul benessere. L'obiettivo proposto dal progetto è stato di cercare di studiare lo stato di benessere e, nello specifico, di salute mentale degli scienziati sociali italiani in ambito accademico e le difficoltà vissute durante il periodo della pandemia.

La malattia e gli squilibri mentali, come preso in esame, possono essere causati da molteplici fattori, a partire da quello biologico e genetico, per poi passare a quello socioculturale, economico, etc. Accade spesso, ma erroneamente, che i concetti di disturbo, devianza, disagio siano considerati sinonimi, insieme a quelli di disadattamento, marginalità, patologia e stigma. In realtà è necessario prendere in considerazione le opportunità che si presentano e le *capabilities* degli individui (Sen, 1999; Nussbaum, 2011/2012). *Normalità* è infatti spesso in relazione alla capacità di adattarsi alle richieste dell'ambiente esterno, che sia sociale, ma anche familiare. La normalità è un concetto di valore che si esprime in base alla conformità o meno dell'individuo alla struttura culturale e sociale a cui appartiene, per cui alcuni comportamenti considerati normali in una determinata cultura, epoca storica possono essere considerati patologici in un'altra (Bergeret, 2002). L'aspetto soggettivo ed il benessere inteso soggettivamente sono quindi elementi da tenere in considerazione.

Fra tutti, la depressione è tra i primi disturbi psichiatrici di cui si hanno testimonianze e descrizioni scritte. Come sottolineato, lo studio dei disturbi dell'umore hanno origini antiche, che coincidono per lo più con la diffusione delle sperimentazioni mediche. Anche i disturbi d'ansia sono sempre più presenti e si manifestano a causa di eventi preoccupanti, di eccessiva paura, a causa di situazioni di stress, traumi. La paura è la risposta emotiva a una minaccia, sia essa reale o percepita; l'ansia, invece, è l'anticipazione di una minaccia futura.

Lo studio ha proposto come popolazione di riferimento gli accademici italiani nelle scienze sociali, perché i problemi di salute mentale tra gli stessi, a differenza di quelli dei dottorandi, non sono stati studiati spesso, nonostante siano in costante aumento ed esacerbati dalla situazione pandemica. Sono aumentati i livelli di depressione, di stress, di ansia, gli istinti suicidi, la costante incertezza, lo stress finanziario, *burnout*, il desiderio di non avere più relazioni sociali (Johnson, Lester, 2021).

Infatti la pandemia non ha solo sconvolto l'istruzione degli studenti, obbligandoli alla didattica a distanza e convertendo l'apprendimento in apprendimento in virtuale, ma ha anche colpito duramente il lavoro di professori e ricercatori (Marroquín *et al.*, 2020). I professori si sono trovati catapultati in un mondo non loro, hanno dovuto imparare da un giorno all'altro l'utilizzo di applicazioni necessarie per le lezioni a distanza, creare nuove modalità di insegnamento, cercando di attirare il più possibile l'attenzione degli studenti, imparare a fare gli esami online, le esercitazioni, etc. Inoltre, in questo periodo le docenti donne si sono fatte carico di maggiori responsabilità sia professionali che personali (Buckle, 2020; Kowal *et al.*, 2020). I problemi legati alla docenza non sono però gli unici, in quanto a ciò si aggiunge il problema della ricerca, con le biblioteche chiuse, l'aumento costante di lavori burocratici inutili – o percepiti come tali – la diminuzione dell'interesse verso quanto si vorrebbe studiare perché non si dà più importanza alla ricerca, nonostante la pandemia abbia chiaramente insegnato e sottolineato la sua rilevanza, in un mondo inoltre in cui per avanzare di carriera sembra sia solo necessario avere buone conoscenze (e non intellettuali), perché obbligati a pubblicare in grande quantità ma con bassa qualità, generando ansia, stress, depressione, paura del futuro, incertezza. Sembra così importante riconoscere i propri limiti e stabilire dei confini per cercare un equilibrio (Johnson, Lester, 2020, 3).

La *web survey*, tecnica di ricerca adottata, ha permesso di raggiungere un considerevole numero di accademici. La pandemia sembra solo aver portato alla luce problemi già esistenti, che causano malessere, disagio, nonostante sia forte la speranza di miglioramento.

Numerose sono le critiche apportate dagli accademici intervistati, con sentimenti di disagio, ansia, paura per il futuro e incertezza, ma forte è la speranza di superare le criticità, il malessere e gli ostacoli che la pandemia ha causato, il desiderio di migliorarsi per crescere personalmente e professionalmente, finalizzato a un ritorno alla normalità che è giustificato da un innato ottimismo. D'altronde la speranza è un modo per ostacolare e combattere lo stress, l'ansia, per essere resilienti e adattarsi ai cambiamenti. Per cui forte è anche il desiderio di migliorare la ricerca, dovuto alla modernizzazione dell'università con l'inserimento delle nuove tecnologie che consentono maggiori possibilità di lavoro e di gestione del tempo, l'avanzamento di carriera che porta a una crescita personale, la crescita dei figli che permette una maggiore concentrazione sul lavoro e possibilità di dedicarsi di più alla ricerca, i fondi del Pnrr, che permettono di vedere il futuro accademico più luminoso con l'inizio di nuove ricerche.

Anche il ritorno in presenza è un punto chiave per migliorare le proprie condizioni di lavoro, perché, per alcuni, si è ormai troppo succubi dalle tecnologie sempre più oppressive che fanno sì che non ci sia più spazio per la vita privata, rendendo le relazioni fittizie, per cui il desiderio di tornare a fare ricerca sul campo, di stabilire relazioni salde, non più virtuali ma in presenza, di abbandonare tutto ciò che vincola il "vero lavoro dell'accademico", fa sì che si dia il giusto peso alle situazioni e alle richieste.

L'imminente pensionamento e/o l'abbandono delle cariche fa sì che ci si senta più liberi di vivere al meglio la propria vita. Anche lasciare le posizioni istituzionali, burocratiche e amministrative che logorano gli accademici permette di svolgere il ruolo per cui sono stati effettivamente assunti. I commenti proposti dagli intervistati fanno riflettere sui problemi presenti nelle università italiane, che comportano non solo un sovraccarico di lavoro con richieste che non competono i docenti, ma anche malessere. Ad oggi, ricercatori e professori sono costretti a svolgere lavori non inerenti al loro ruolo, non ci sono agevolazioni per i nuovi arrivati, che si trovano a lavorare per colleghi più anziani. Inoltre, i fondi per la ricerca sono pochi e mal distribuiti tra le discipline. Molto interessante è anche la questione dei figli: solo le

donne hanno evidenziato i problemi dell'essere madre e del lavorare in ambito accademico. È evidente che il tempo dedicato al lavoro deve essere ridimensionato, troppa didattica e ricerca non permettono di scrivere e pubblicare con lucidità. L'università è ormai un'azienda dove si pensa solo al business e al mercato, in cui la privatizzazione porta a un peggioramento del lavoro degli accademici, che non appaiono più come ricercatori, ma piuttosto come macchine, da cui il deterioramento delle relazioni con i colleghi, che gradualmente cambiano in peggio, aumentando lo stress, il senso di disagio e di ansia.

La distanza forzata ha aumentato l'individualismo, la corsa alla performance, che porta alla vittoria della quantità sulla qualità. Il carico di lavoro sempre crescente è un peso, una rincorsa verso una perfezione irraggiungibile e costretta dall'obbligo di svolgere un lavoro che non è di propria competenza, a causa del lavoro amministrativo e burocratico che impedisce di fare buona ricerca e di dedicare tempo alla creazione di una didattica valida. La percezione della propria salute e del proprio stato di benessere è sempre peggiore. Al troppo lavoro si accompagnano poche prospettive di crescita, in un mondo in cui chi avanza, spesso, non avanza per merito ma per conoscenza e baronaggio. *Precarietà* sembra essere la parola d'ordine nel mondo universitario.

Gli stati d'animo più percepiti ed espressi sono infatti l'ansia, lo stress, lo sconforto, la pressione, l'incertezza e la paura del futuro con prospettive grigie. La realtà degli accademici italiani nelle scienze sociali sembra quindi essere stata duramente colpita dalla pandemia, che per primi dichiarano il loro malessere, con una forte presenza di *languishing*, ma allo stesso tempo è molto presente la speranza che la situazione possa migliorare negli anni a venire.

Bibliografia

- Acheson D. (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. Great Britain: Stationery Office.
- Aillon J-L., Bessone M., Bodini C. (2019). *Un nuovo mo(n)do per fare salute. Le proposte della Rete Sostenibilità e Salute*. Torino: Celid.
- Alaimo K., Olson C. M., Frongillo E. A. (2002). *Family food insufficiency, but not low family income, is positively associated with dysthymia and suicide symptoms in adolescents*. In *The Journal of nutrition*, 132, 4, pp. 719-725.
- Aldrige S., Halpern D., Fitzpatrick S. (2002). *Social Capital. A Discussion Paper*. London: Performance and Innovation Unit.
- American Academy of Medicine (1894). *Bulletin of the American Academy of Medicine*.
- American Lancet (1893). *Editorial*. Vol. 17, pp. 269-270.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Anderson R. E. (2014). *Human Suffering and Quality of Life. Conceptualizing Stories and Statistics*. Dordrecht: Springer.
- Angeletti L. R., Gazzanica V. (2008). *Storia, filosofia ed etica generale della medicina*. Amsterdam: Elsevier. Prima edizione 1998.
- Annandale E. (2014). *The Sociology of Health Medicine: A Critical Introduction*. Cambridge: Polity.
- Antonovsky A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ardigò A. (1981). *Per una sociologia della salute*. Milano: FrancoAngeli.
- Ardigò A. (1997). *Società e salute: lineamenti di sociologia sanitaria*. Milano: FrancoAngeli.
- Armstrong D. (1980). *An Outline of Sociology as Applied to Medicine*. Bristol: Wright.
- Asmundson G. J. G., Taylor S. (2021). *Garbage In, Garbage Out: The Tenuous State of Research on PTSD in the Context of the COVID-19 Pandemic and Infodemic*. In *Journal of Anxiety Disorders*, 78, 102368; doi: 10.1016/j.janxdis.2021.102368.
- Babbie E. R. (2020). *The practice of social research*. Boston: Cengage learning.

- Bagnasco A., Barbagli M., Cavalli A. (2012). *Corso di sociologia*. Bologna: Il Mulino.
- Banerjee D. (2020). *The other side of COVID-19: impact on obsessive compulsive disorder (OCD) and hoarding*. In *Psychiatry Res*, 288, 112966; doi: 10.1016/j.psychres.2020.112966.
- Banfi A. (2015). *Quantità, qualità, valutazione. Una risposta a Luisa Ribolzi*. In *Scuola democratica*, 3, pp. 735-741.
- Barbagli M., Colombo A., Savona E. (2003). *Sociologia della devianza*. Bologna: Il Mulino.
- Barclay S., Todd C., Finlay I., Grande G., Wyatt, P. (2002). *Not another questionnaire! Maximizing the response rate, predicting non-response and assessing non-response bias in postal questionnaire studies of GPs*. In *Family practice*, 19, 1, pp. 105-111.
- Basaglia F. (2000). *Conferenze brasiliane*. Milano: Cortina.
- Becker H. S. (1953). *Becoming a Marijuana User*. In *The American Journal of Sociology*, Vol. 59, N. 3, pp. 235-242.
- Becker H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: The Free Press. Cit. dalla trad. it. *Outsiders*. Torino: Edizioni del Gruppo Abele, 1987.
- Benasayag M. (2016). *Oltre le passioni tristi. Dalla solitudine contemporanea alla creazione condivisa*. Milano: Feltrinelli.
- Benasayag M., Schimt G. (2004). *L'epoca delle passioni tristi*. Milano: Feltrinelli (ed. or. 2003).
- Berger P. L., Luckmann T. (1967). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Garden City: Anchor Books, pp. 52-67.
- Bergeret J. (2002). *La personalità normale e patologica. Le strutture mentali, il carattere, i sintomi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Berkman L. F., Syme S. L. (1979). *Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents*. In *American Journal of Epidemiology*, Vol. 109, N. 2, pp. 186-204.
- Biondi M., Iannitelli A. (2020). *CoViD-19 e stress da pandemia: "l'integrità mentale non ha alcun rapporto con la statistica"*. In *Rivista di Psichiatria*, Vol. 55, N. 3, pp. 131-136.

- Bird C. E., Conrad P., Fremont A. M. (2000). *Handbook of Medical Sociology*. V ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bird C. E., Conrad P., Fremont A. M., Timmermans S. (2010). *Handbook of Medical Sociology*. VI ed. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Blackwell E. (1902). *Essays in Medical Sociology*. London: Ernest.
- Boleyn T., Honari M. (cur.) (1999). *Health Ecology: Health, Culture and Human-Environment Interaction*. New York: Routledge.
- Boorse C. (1977). *Health as a theoretical concept*. In *Philosophy of Science*, 44, pp. 542-573.
- Booth C. (1889-1891). *Labour and Life of the People*. Londra: Williams & Norgate.
- Bouchard T. J. (1994). *Genes, environment and personality*. In *Science*, 264, pp. 1700-1701.
- Bourdieu P. (1980). *Le capital social - Notes provisoires*. In *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 31, pp. 2-3.
- Brooks S. K., Webster R. K., Smith L. E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N., Rubin G. J. (2020). *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. In *The Lancet*, 395, 10227, pp. 912-920; doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
- Brown G. W., Harris T. O. (1978). *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*. Londra: Tavistock.
- Brown G. W., Harris T. O., Hepworth C. (1995). *Loss humiliation and entrapment among women experiencing depression: a patient and non-patient comparison*. In *Psychological Medicine*, 25, pp. 7-21.
- Brown T. N. (2000). *"Being black and feeling blue": the mental health consequences of racial discrimination*. In *Race and Society*, 2, 2, pp. 117-131.
- Buckle C. (2020). *Research during the COVID-19 pandemic: Ethics, gender and precarious work*. In *International Journal of Housing Policy*, pp. 1-15; <https://doi.org/10.1080/19491247.2020.1857907>.
- Bucknill J.C. (1861). *The Asylum Journal of Mental Science*. London: Green & Roberts.
- Canguilhem G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF.
- Cantelmi T., Lambiase E., Pensavalli M., Laselva P., Cecchetti, S. (2020). *COVID-19: impatto sulla salute mentale e supporto psicosociale*. In *Modelli Della Mente - Open Access*, pp. 7-39; <https://doi.org/10.3280/mdm1-2020oa10908>.

- Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G. (2020). *Sociologia della salute e della medicina*. Bologna: Il Mulino.
- Carrieri V., Bilger M. (2010). *Dimmi dove vivi e ti dirò come stai: Un'indagine empirica sugli effetti della deprivazione del quartiere di residenza sui risultati di salute*. Working Paper N. 03 – 2010. Università della Calabria, Dipartimento di Economia, Statistica e Finanza “Giovanni Anania” – DESF.
- Cassano G. B., Tundo A., Perugi G., Musetti L. (1999). *Il problema dei disturbi dell'umore*. In Cassano G. B., Pancheri P. *Trattato italiano di psichiatria*. Milano: Masson.
- Castel R. (1994). *La dynamique des processus de marginalisation: de la vulnérabilité à la désaffiliation*. In *Cahiers de recherche sociologique*, N. 22, pp. 11-27.
- Cattell R. B. (1966). *The scree test for the number of factors*. In *Multivariate Behavioural Research*, Vol. 1, N. 2, pp. 245-276.
- Cellini M., Antonucci M. C., Avveduto S., Crescimbene C., Di Tullio I., Luzi D., Pisacane L., Pecoraro F., Ruggieri R. (2021). *COVID-19: smart working e questioni di genere negli enti di ricerca italiani*. In *Il Mondo Nuovo: La ricerca nell'anno della pandemia. Rapporto GETA 2020*. A cura di S. Avveduto. Roma: Cnr Edizioni, pp. 73-84.
- Cockerham W. (2020). *Sociological Theories of Health and Illness*. New York: Routledge.
- Cockerham W. (2021). *Sociology of Mental Disorder*. New York: Routledge.
- Cockerham W. (2021). *Sociology of Mental Disorder*. New York: Routledge.
- Cockerham W. C. (1983). *The State of Medical Sociology in the United States, Great Britain, West Germany and Austria: Applied vs Pure Theory*. In *Social Science & Medicine*, Vol. 17, pp. 1513-1527.
- Cockerham W. C. (2005). *Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure*. In *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 46, N. 1, pp. 51-67.
- Cockerham W. C. (2015). *Max Weber: Bureaucracy, Formal Rationality and the Modern Hospital*. In Fran Collyer (ed.), *Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*. London: Palgrave Macmillan, pp. 124-38.
- Corbellini G. (2004). *Breve storia delle idee di salute e malattia*. Roma: Carocci.

- Corbellini G. (2010). *Dizionario di medicina*; reperibile online su https://www.treccani.it/enciclopedia/ippocrate_%28Dizionario-di-Medicina%29/. Accesso effettuato il 18 gennaio 2021.
- Corbetta P. (2014). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Bologna: il Mulino.
- Corey L. M. Keyes (2002). *The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life*. In *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 43, N. 2, pp. 207-22; <https://doi.org/10.2307/3090197>.
- Cornwell J. (1984). *Hard-Earned Lives: Accounts of Health and Illness from East London*. London: Tavistock.
- Corposanto C. (cur.) (2011). *Celiachia, malattia sociale. Un approccio multidisciplinare alle intolleranze alimentari*. Milano: FrancoAngeli.
- Costa G. (2014). *Promuovere equità di salute e di sanità in Italia*. In Costa G., Bassi M., Gensini G.F., Marra M., Nicelli A.L., Zengarini N., a cura di, *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano: FrancoAngeli.
- Crawford R. (1980). *Healthism and the Medicalization of Everyday Life*. *International Journal of Health Services*, Vol. 10, N. 3, pp. 365-388.
- Criscenti A., Leonardi M., Larizza S., Lentini S., Mangione A., Lanza E., Panebianco G., Pennisi A., Pulvirenti A. (2012). *La giustizia penale minorile. Formazione, devianza, diritto e processo*. Milano: Giuffrè Editore.
- Csdh (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- de Miguel J. M. (1976). *Fundamentos de sociología de la medicina*. In *Revista de Sociología*, N. 5, pp. 209-239.
- DHSS (1980). *Inequalities in Health, Report of a Research Working Group*. London: Department of Health and Social Security.
- Dingwall R., Heath C., Reid M. Stacey M. (1977). *Health Care and Health Knowledge*. London: Croom Helm.
- Dmitrieva E. V. (2003). *Dalla sociologia della medicina alla sociologia della salute*; or. Дмитриева Е. В. (2003). *От социологии медицины к социологии здоровья*. In *Социологические исследования*, N. 11, pp. 51-57.

- Donati P. (1983) (a cura di). *La sociologia sanitaria in Italia*. Milano: FrancoAngeli.
- Donati P. (1987). *Manuale di sociologia sanitaria*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Donati P. (2013). *Sociologia della relazione*. Bologna: Il Mulino.
- Doyal L. (1979). *The Political Economy of Health*. London: Pluto.
- Doyal L. (1979). *The Political Economy of Health*. London: Pluto.
- Doyal L., Gough I. (1991). *A Theory of Human Need*. Londra: The Macmillan Press LTD.
- Drèze J., Sen A.K. (2002). *India: Development and Participation*. Oxford: Oxford University Press.
- Du Bois W. E. B. (1899). *The Philadelphia Negro: A Social Study*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Du Bois W. E. B. (1906). *The Health and Physique of the Negro American*. Atlanta University Publication, Vol. 11.
- Durkheim É. (1893). *De la division du travail social*. Paris: Félix Alcan; trad. it. *La divisione del lavoro sociale*. Milano: Edizioni di Comunità, 1996.
- Durkheim É. (1895). *Les règles de la méthode sociologique*. Paris: PUF.
- Durkheim É. (1897). *Le suicide. Étude de sociologie*. Paris: Félix Alcan; ed. it. *Il suicidio*. Milano: BUR, 2016.
- Durkheim É. (1914). *Le dualisme de la nature humaine et ses conditions sociales*. In *Scientia*, XV, pp. 206-221. Cit. dalla trad. italiana. *Il dualismo della natura umana e le sue condizioni sociali*. Pisa: Edizioni ETS, 2009.
- Durkheim É. (1925). *L'Éducation morale*. Paris: Alcan. Cit. dalla trad. it. *L'educazione morale*. Torino: Utet, 1969.
- Engel G. L. (1977). *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*. In *Science*, Vol. 196, N. 4286, pp. 129-136.
- Engels F. (1845). *Die Lage der arbeitenden Klasse in England*. Lipsia: Otto Wigand. Cit. dalla trad. it. *La situazione della classe operaia in Inghilterra. In base a osservazioni dirette e fonti autentiche*. Roma: Editori Riuniti, 1992.
- European Parliament (2006). *Science and Technology Options Assessment*.
- Faris R. E., Dunham H. W. (1939). *Mental Disorders in Urban Areas*. Chicago: University of Chicago Press.

- Farmer P. (2010). *Partner to the Poor: A Paul Farmer Reader*. Berkeley: University of California Press.
- Fassari G., Lo Presti V. (2017). *La mela bacata. Per una riflessività culturale sulla professione accademica*. In *Scuola democratica*, 2, pp. 367-386.
- Favale T., Soro F., Trevisan M., Drago I., Mellia, M. (2020). *Campus traffic and e-Learning during COVID-19 pandemic*. In *Computer networks*, 176; 107290; doi: 10.1016/j.comnet.2020.107290.
- Favretto A.R., Zaltron F. (2013). *Mamma non mi sento tanto bene. La salute e la malattia nei saperi e nelle pratiche infantili*. Roma: Donzelli.
- Feierman S., Kleinman A., Kearsley S., Farmer P., Das V. (2010). *Anthropology, Knowledge-Flows, and Global Health*. *Global Public Health*, Vol. 5, N. 2, pp. 122-8.
- Formella Z. (2010). *Il concetto del disagio adolescenziale*. In *Niepelnosprawność półrocznik naukowy*, 4, pp. 80-97.
- Foucault M. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Parigi: Pantheon Books. Cit. dalla trad. it. *Storia della follia nell'età classica*. Segrate: BUR, 2020.
- Foucault M. (1963). *Naissance de la clinique*. Paris: PUF; Cit. dalla trad. it. *La nascita della clinica*. Torino: Einaudi Editore, 1969.
- Foucault M. (1990). *The History of Sexuality: An Introduction*. London: Penguin.
- Freidson E. (1970). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd-Mead.
- Freund, P. E. S., McGuire, M. B. (1999). *Health, Illness and the Social Body*. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Gallino L. (1965). *Introduzione*, XI-XLII. In T. Parsons, *Il sistema sociale*. Milano: Edizioni di Comunità, 1951/1996.
- Gallino L. (1978). *Dizionario di sociologia*. Torino: Utet.
- Gallino L. (2011). *Finanzcapitalismo. La società del denaro in crisi*. Torino: Einaudi.
- Galtung J. (1977). *Human Needs as the Focus of the Social Sciences*. Paper presentato alla conferenza *Conflict and Peace Research*, progetto di GPID. Istituto Universitario degli Studi dello Sviluppo. Ginevra: Università di Oslo.
- Galtung J. (1978). *The Basic Needs Approach*. Paper presentato alla conferenza *Workshop on Needs*, organizzata da IIUG. Centro scientifico di Berlino, 27-29 maggio, 1978.

- García-Calvente M., Hidalgo-Ruzzante N., del Río-Lozano M., Marcos-Marcos J., Martínez-Morante E., Maroto-Navarro G., Mateo-Rodríguez I., Gil-García E. (2012). *Exhausted Women, Tough Men: A Qualitative Study on Gender Differences in Health, Vulnerability and Coping with Illness in Spain*. In *Sociology of Health & Illness*, Vol. 34, N. 6, pp. 911-926.
- Garofalo I., Vegetti M. (1978). *Opera scelte di Galeno*. Torino: UTET.
- General Assembly (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. Adopted and proclaimed by resolution n. 217.
- Giannantoni G. (1969). *I presocratici. Testimonianze e frammenti*. Bari: Laterza Editori.
- Giarelli G. (2018). *Sofferenza e condizione umana. Per una sociologia del negativo nella società globalizzata*. Soveria Mannelli: Rubbettino Editore.
- Giddens A. (1984). *The Constitution of Society: Outline of a Theory of Structuration*. Berkeley: University of California Press.
- Glaser B.G, Strauss A.L. *Time for Dying*. Chicago: Aldine.
- Goffman E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. New York: Anchor. Cit. dalla trad. it. *La vita quotidiana come rappresentazione*. Bologna: Il Mulino, 1969.
- Goffman E. (1961). *Asylums, Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Chicago: Aldine. Cit. dalla trad. it. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Bologna: Il Mulino, 1968.
- Goffman E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon & Schuster. Cit. dalla trad. it. *Stigma. Note sulla gestione dell'identità degradata*. Verona: Ombre corte, 2018.
- Goldberg D., Goodyer I. M. (2005). *The Origins and Course of Common Mental Disorders*. Hove, East Sussex: Psychology Press. Cit. dalla trad. italiana, *Origine e sviluppo dei disturbi mentali*. A cura di F. Asioli e D. Berardi. Torino: Centro Scientifico Editore, 2009.
- Grant A. (2021). *Think Again. The Power of Knowing What You Don't Know*. Londra: Ebury Publishing.
- Grzywacz J. G., Fuqua J. (2000). *The Social Ecology of Health: Leverage Points and Linkages*. In *Behavioral Medicine*, Vol. 26, N. 3, pp. 101-115.
- Halpern D. (1995). *Mental health and the built environment: more than bricks and mortar?* Londra: Taylor and Francis.

- Han B-C., (2012). *La società della stanchezza*. Roma: Nottetempo (ed. or. 2010).
- Henderson L., Honan E., Loch S. (2016). *The Production of Academicwritingmachine*. In *Reconceptualizing Research Educational Methodology*, 7, 2, pp. 4-18.
- Herzlich C, Pierret J. (2010). *Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985)*. In *Revue française de sociologie*, Vol. 51, pp. 121-148.
- Hirschi T. (1969). *Causes of Delinquency*. [Berkeley, California](#): University of California Press.
- Hoffman B. (2002). *On the Triad Disease, Illness and Sickness*. In *Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 27, N. 6, pp. 651-673.
- Hoffman B., Eriksen H. M. (2001). *The Concept of Disease: Ethical Challenges and Relevance to Dentistry and Dental Education*. In *European Journal of Dental Education*, 5, pp. 2-8.
- Honari M. (1999). *Health ecology: an introduction*. In Boleyn T., Honari M. (cur.) *Health Ecology: Health, Culture and Human-Environment Interaction*. New York: Routledge, pp. 1-34.
- Illsley R. (1980). *Professional or Public Health? Sociology in Health and Medicine*. London: Nuffield Provincial Hospital Trust.
- Ingrosso M., Vicarelli G. (2015). *Nascita ed evoluzione della sociologia della salute italiana*. In M. Ingrosso, a cura di, *La salute per tutti. Un'indagine sulle origini della sociologia della salute in Italia*. Milano: FrancoAngeli, pp. 13-44.
- Istat (2018). *La salute mentale nelle varie fasi della vita*.
- Ivanov V. N., Lupandin V. M. (1984). *Ricerca sulla salute - Approccio sociologico*; or. Иванов В. Н., Лупандин В. М. (1984). *Исследованию проблем здравоохранения – социологический Подход*. In *Коммунист Украины*, N. 11, pp. 72-77.
- Jaworska S., Ryan K. (2015). *Gender and the Language of Pain in Chronic and Terminal Illness: A Corpus-Based Discourse Analysis of Patients' Narratives*. In *Social Science & Medicine*, Vol. 215, pp. 7-16.
- Jewson N. (1976). *The Disappearance of The Sick-Man from Medical Cosmology, 1770-1870*. In *Sociology*, Vol. 10, N. 2, pp. 225-244.

- Johnson A. P., Lester R. J. (2021). *Mental health in academia: Hacks for cultivating and sustaining wellbeing*. In American Journal of Human Biology, e23664, pp. 1-13; <https://doi.org/10.1002/ajhb.23664>.
- Jonas H. (1990). *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*. Torino: Einaudi (ed. or. 1979).
- Kaiser H. (1960). *The application of electronic computers to factor analysis*. In Educational and Psychological Measurement, 20, pp. 141-151.
- Kelleher C., Cooper J., Sadlier D. (1990). *ABO Blood Group and Social Class: A Prospective Study in a Regional Blood Bank*. In Journal of Epidemiology and Community Health, Vol. 44, N. 1, pp. 59-61.
- Keyes C. L. M. (2002). *The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life*. In Journal of Health and Social Research, 43, pp. 207-222.
- King L. (1954). *What is a disease?* In Philosophy of Science, 21, pp. 193-203.
- Kleinman A. (1988). *The Illness Narrative: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic.
- Kowal M., Coll-Martín T., Ikizer G., Rasmussen J., Eichel K., Studzinska A., Koszałkowska K., Karwowski M., Najmussaib A., Pankowski D., Lieberoth A., Ahmed O. (2020). *Who is the most stressed during the COVID-19 pandemic? Data from 26 countries and areas*. In Applied Psychology: Health and Well-Being, 12, 4, pp. 946-966.
- Latouche S. (2007). *La scommessa della decrescita*. Milano: Feltrinelli.
- Lazzarini G., Stobbione T., Forte A. (2020). *Salute e relazioni d'aiuto. Introduzione alla sociologia della salute*. Londra: Pearson.
- Leathwood C., Read B. (2013). *Research policy and academic performativity: compliance, contestation and complicity*. In Studies in Higher Education, 38, 8, pp. 1162-1174; doi:10.1080/03075079.2013.833025.
- Legge n. 133 del 13 maggio 1999; <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/05/17/099G0208/sg>.
- Legge n. 180 del 13 maggio 1978. *Legge Basaglia*; <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/16/078U0180/sg>.
- Legge n. 502 del 30 dicembre 1992; <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1994/01/07/094A0049/sg>.
- Legge n. 517 del 7 dicembre 1993; <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1993/12/15/093G0599/sg>.

Legge n. 833 del 23 dicembre 1978;

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/sg>.

Lemert E. M. (1951). *Social Pathology*. New-York: McGraw-Hill.

Lewis A. (1934). *Melancholia – a clinical survey of depressive states*. In *Journal of Mental Science*, 80, pp. 1-41.

Li Y., Qin Q., Sun Q., Sanford L. D., Vgontzas A. N., Tang X. (2020). *Insomnia and psychological reactions during the COVID-19 outbreak in China*. In *Journal of Clinical Sleep Medicine*, Vol. 16, N. 8, pp. 1417-1418; doi: 10.5664/jcsm.8524.

Lombi L. (2015). *Le web survey*. Milano: FrancoAngeli.

Luciano M., Sampogna G., Del Vecchio V., De Rosa C., Albert U., Carrà G., Dell'Osso B., Lorenzo G. D., Ferrari S., Martinotti G., Nanni M. G., Pinna F., Pompili M., Volpe U., Catapano F., Fiorillo A. (2016). *Critiche e prospettive degli attuali sistemi di classificazione in psichiatria: il caso del DSM-5*. In *Rivista di Psichiatria*, 51, 3, pp. 116-121.

Lukács G. (1923). *Geschichte und Klassenbewußtsein: Studien über marxistische Dialektik*. Berlin: Malik-Verlag. Cit. dalla trad. it. *Storia e coscienza di classe*. Milano: Sugar editore, 1967.

Lukes S. (1973). *Émile Durkheim*. Harmondsworth: Penguin.

Lupandin V. M. (1995). *Sociologia della medicina*; or. Лупандин В. М. (1995). *Социология медицины*. In *Энциклопед. социолог, словарь*, pp. 726-727.

Macintyre S. (1997). *The Black Report and Beyond: What are the Issue?* *Social Science & Medicine*, Vol. 44, N. 6, 1997, pp.723-745.

Marino M. (2003). *Salute e malattia. Tra vecchi e nuovi paradigmi*. Milano: FrancoAngeli.

Marroquín B., Vine V., Morgan R. (2020). *Mental health during the COVID-19 pandemic: Effects of stay-at-home policies, social distancing behavior, and social resources*. In *Psychiatry Research*, 293, 113419, pp. 1-9.

Martineau H. (1844/2003). *Life in the Sick Room*. Orchard Park: Broadview Press.

Martire F. (2009). *La sociologia di Merton: indeterminatezza dell'azione e delle strutture*. In *Quaderni di Sociologia*, Vol. 50, pp. 95-120; <https://doi.org/10.4000/qds.764>.

Marx K. (1932). *Okonomisch-philosophische Manuskripte aus dem Jahre 1844*. Berlino: Marx-Engels-Gesamtausgabe. Cit. dalla trad. italiana, *Manoscritti*

- economico-filosofici del 1844*. A cura di F. Andolfi e G. Sgro'. Nocera Inferiore: Orthotes Editrice, 2018.
- Marx K. (1932). *Okonomisch-philosophische Manuskripte aus dem Jahre 1844*. Berlino: Marx-Engels-Gesamtausgabe. Cit. dalla trad. italiana, *Manoscritti economico-filosofici del 1844*. A cura di F. Andolfi e G. Sgro'. Nocera Inferiore: Orthotes Editrice, 2018.
- Maturo A. (2010). *Sociologia della malattia. Un'introduzione*. Milano: FrancoAngeli.
- McIntire C. (1894/1991). *The importance of the Study of Medical Sociology*. In Bulletin of American Academy of Medicine, Vol. 1, pp. 425-433. Reprinted in Sociological Practice, Vol. 9, N. 1, pp. 30-37, 1991.
- McIntire C. (1991). *The Importance of the Study of Medical Sociology*. In Sociological Practice, Vol. 9, N. 1, pp. 30-37.
- Mead G. H. (1934). *Mind, Self, and Society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Melossi D. (2002). *Stato, controllo sociale, devianza. Teorie criminologiche e società tra Europa e Stati Uniti*. Torino: Mondadori Bruno.
- Melucci A. (1984). *Corpi estranei. Tempo interno e tempo sociale in psicoterapia*. Milano: Libreria scientifica Ghedini.
- Merton R. K. (1995). *Opportunity Structure: the Emergence, Diffusion, and Differentiation of a Sociological Concept, 1930s-1950s*. In Adler F. e Laufer W. S. (a cura di), *The Legacy of Anomie Theory*. New Brunswick: Transaction, pp. 3-78.
- Merton R. K. (1949). *Social Theory and Social Structure*. New York: The Free Press. Cit. dalla trad. It. *Teoria e struttura sociale*. Bologna: Il Mulino, 2000.
- Merton R. K. (1949). *Social Theory and Social Structure*. New York: Free Press. Cit. dalla trad. it. *Teoria e struttura sociale*. Bologna: Il Mulino, 2000.
- Merton R. K. (1961). *Now the Case for Sociology: The Canons of the Anti-Sociologist*. In New York Times, 16 Luglio 1961. Cit. dalla trad. it., 1976, pp. 180-185.
- Merton R. K. (1975). *Social Knowledge and Public Policy*. In Komarovsky M. (a cura di), *Sociology and Public Policy: The Case of Presidential Commission*. New York: Elsevier, pp. 153-177. Cit. dalla trad. it., 1976, pp. 156-179.
- Merton R. K. (1976). *Sociological Ambivalence and Other Essays*. New York: Free Press.

- Merton R. K., Barber E.G. (1963). *Sociological Ambivalence*. In Tiryakain E. A. (a cura di), *Sociological Theory, Values and Sociological Change: Essays in Honor of Pitirim A. Sorokin*. New York: Free Press, pp. 91-120.
- Merton R. K., Gaston J. (1977) (a cura di). *The Sociology of Science in Europe*. Carbondale: Southern Illinois University Press; trad. it. *La sociologia della scienza in Europa*. Milano: FrancoAngeli, 1980.
- Merton R. K., Reader G. G., Kendall P. L. (1957). *The student-physician: introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mészáros I. (1970). *Marx's Theory of Alienation*. London: Merlin Press.
- Mészáros I. (1970). *Marx's Theory of Alienation*. London: Merlin Press.
- Meyer A. (1955). *Psychobiology – A Science of Illness*. Springfield: Charles Thomas.
- Milanesi G. (1994). *Il disagio: una concettualizzazione preliminare*. Labos (a cura di), *La gioventù negata. Osservatorio sul disagio giovanile*. Roma: TER, pp. 41-69.
- Miur Gestione patrimonio informativo e statistica (2020). *Focus "Il personale docente e non docente nel sistema universitario italiano - a.a 2019/2020"*. Online su <http://ustat.miur.it/media/1189/focus-il-personale-docente-e-non-docente-nel-sistema-universitario-italiano-aa-2019-2020.pdf>.
- Montgomery S. M., Cook D. G., Bartley M. J., Wadsworth M. E. (1999). *Unemployment pre-dates symptoms of depression and anxiety resulting in medical consultation in young men*. In *Int. J. Epidemiol*, 28, pp. 95-100.
- Muntaner C. (1998). *Social class, assets, organizational control and the prevalence of common groups of psychiatric disorders*. In *Social science and medicine*, 47, 12, pp. 2043-2053.
- Murphy E. (2003). *L'Ottocento: scienze mediche. Psichiatria e istituzioni*. Online: https://www.treccani.it/enciclopedia/l-ottocento-scienze-mediche-psichiatria-e-istituzioni_%28Storia-della-Scienza%29/.
- Nordenfelt L. (1987). *On the Nature of Health*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Nussbaum M. C. (2011). *Creating Capabilities. The Human Development Approach*. Cambridge, London: The Belknap Press of Harvard University Press;

- trad. it. *Creare capacità. Liberarsi dalla dittatura del Pil*. Bologna: Il Mulino, 2012.
- OMS (1978). *Dichiarazione Alma Ata*.
- OMS (2014). *Social determinants of mental health*. Trad. italiana, *I determinanti sociali della salute mentale*. Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, DoRS, 2017.
- Park R. E., Burgess E., McKenzie R. D. (1925). *The City*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Parra Saiani P. (2009). *Gli indicatori sociali*. Milano: FrancoAngeli.
- Parsons T. (1937). *The Structure of Social Action*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Parsons T. (1951). *The Social System*. New York: The Free Press; trad. it. *Il sistema sociale*. Milano: Comunità, 1965.
- Parsons T. (1956). *Società e dittatura*. Bologna: Il Mulino.
- Parsons T. (1972). *Definitions of health and illness in the light of American values and social structure*. In E.G. Jaco, ed., *Patients, Physicians, and Illness*. New York: McMillan.
- Parsons T. (1975). *The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered*. In The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society, Vol. 53, N. 3, pp. 257-278.
- Pérez Martínez Y., Pérez Muñoz M., García Ares D., Fuentes Gallardo I., Rodríguez Costa I. (2020). *El cuerpo duele, y el dolor social... ¿duele también?* In Atención Primaria, Vol. 52, N. 4, pp. 267-272.
- Perini M. (2012). *Panic and pandemics: from fear of contagion to contagion of fear*. In *Psychoanalytic Reflections on a Changing World*, pp. 213-232; doi.org/10.4324/9780429479052-11.
- Perkins Gilman C. (1892). *The Yellow Wall-Paper*. In *New England Magazine*, Vol. 5, pp. 647-656.
- Pinel P. (1801). *Traité Médico-Philosophique sur L'Aliénation Mentale, ou La Manie*. Parigi: Caille & Ravier.
- Pituch K., Stevens J. (2016). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*. New York: Routledge.
- Pizzini F. (1987). *Mettere al mondo. La produzione sociale del parto*. Milano: FrancoAngeli.

- Pound P., Gompertz P., Ebrahim S. (1998). *Illness in the Context of Older Age: The Case of Stroke*. In *Sociology of Health & Illness*, Vol. 20, N. 4, pp. 489-506.
- Power C., Manor O. (1992). *Explaining social class differences in psychological health among young adults: a longitudinal perspective*. In *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 27, pp. 284-291.
- Prestia D., Pozza A., Olcese M., Escelsior A., Dettore D., Amore M. (2020). *The impact of the COVID-19 pandemic on patients with OCD: Effects of contamination symptoms and remission state before the quarantine in a preliminary naturalistic study*. In *Psychiatry Res.*, 291, 113213.
- Prina F. (2019). *Devianza e criminalità. Concetti, metodi di ricerca, cause, politiche*. Roma: Carocci.
- Putnam R. (1995). *Tuning In, Tuning Out: The Strange Disappearance of Social Capital in America*. In *Political Science and Politics*, Vol. 28, N. 4, pp. 664-683.
- Regoliosi L. (1994). *La prevenzione del disagio giovanile*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Regoliosi L. (2000). *La prevenzione del disagio giovanile*. Roma: Carocci Editore.
- Rinaldi C., Saitta P. (2018). *Devianze e crimine: Antologia ragionata di teorie classiche e contemporanee*. Varazze: PM edizioni.
- Roccatagliata G. (1999). *La psichiatria da Ippocarate a Kraepelin*. In Cassano G. B., Pancheri P. *Trattato italiano di psichiatria*. Milano: Masson, pp. 3-42.
- Rosenhan D. L. (1973). *On Being Sane in Insane Places*. In *Science*, 179, 4070, pp. 250-258.
- Rostan M. (2011). *Gli accademici e la ricerca*. In M. Rostan (a cura di). *La professione accademica in Italia. Aspetti, problemi e confronti nel contesto europeo*. Milano: LED, pp. 107-130.
- Rostan M., Vaira M. (2011). *Una professione che sta cambiando*. In M. Rostan (a cura di). *La professione accademica in Italia. Aspetti, problemi e confronti nel contesto europeo*. Milano: LED, pp. 11-49.
- Rowntree B. S. (1901). *Poverty. A Study of Town Life*. Bristol: The Policy Press.
- Santomauro D. F., Mantilla Herrera A. M., Shadid J., Zheng P., Ashbaugh C., David M., Pigott D. et al. (2021). *Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic*. In *Lancet*, Vol. 398, N. 6, pp. 1700-1712.

- Scarscelli D., Vidoni Guidoni O. (2008). *La devianza. Teorie e politiche di controllo*. Roma: Carocci.
- Schilling E. A., Aseltine R. H., Gore S. (2008). *The impacts of cumulative childhood adversity on young adult mental health: measures, models and interpretations*. In *Soc. Sci. Med.*, 66, pp. 1140-1151.
- Schlipphak B., Isani M. (2020). *Designing survey questions and choosing survey formats*. *Handbuch Methoden der Politikwissenschaft*. Berlino: Springer.
- Schnädelbach H. (1997). *Razionalizzazione*. In *Enciclopedia delle scienze sociali*.
Online su:
https://www.treccani.it/enciclopedia/razionalizzazione_%28Enciclopedia-delle-scienze-sociali%29/. Accesso effettuato il 19 marzo 2021.
- Seale C. (2008). *Mapping the Field of Medical Sociology: A Comparative Analysis of Journals*. In *Sociology of Health & Illness*, Vol. 30, N. 5, pp. 677-695.
- Seeman M. (1959). *On the Meaning of Alienation*. Los Angeles: University of California. Cit. dalla trad. it. *A proposito del significato di alienazione*. In A. Izzo, *Alienazione e Sociologia*. Milano: FrancoAngeli, 1980.
- Seeman M. (1959). *On the Meaning of Alienation*. Los Angeles: University of California. Cit. dalla trad. it. *A proposito del significato di alienazione*. In A. Izzo, *Alienazione e Sociologia*. Milano: FrancoAngeli, 1980.
- Sen A. (1999). *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press.
- Shilling C. (2003). *The Body and the Social Theory*, London: Sage.
- Showalter E. (1993). *Daughters of Decadence. Women Writers of the Fin-de-Siècle*. London: Virago Press.
- Slonska Z. Piatkowski W. (2012). *La sociologia della salute e della medicina in Polonia*. In *Salute e Società*, Vol. 11, N. 2, pp. 79-94.
- Spintzer R. L., Wilson P. T. (1975). *Nosology and the official psychiatric nomenclature*. In Freedman A., Kaplan H., Sadock B. (cur.). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, pp. 826-845.
- Stacey M., Homans H. (1988). *The Sociology of Health and Illness: Its Present State, Future Prospect and Potential for Health Research*. In *Sociology*, Vol. 12, N. 2, pp. 281-307.
- Stansfeld S. A. (1999). *Social support and social cohesion*. In Marmot M. G., Wilkinson R. G. (a cura di). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.

- Stansfeld S. A., Head J., Fuhrer R., Wardle J., Cattell V. (2003). *Social inequalities in depressive symptoms and physical functioning in the Whitehall II study: exploring a common cause explanation*. In *J. Epidemiol. Community Health*, 57, pp. 361-367.
- Stern B. J. (1959/1991). *Toward a Sociology of Medicine*. In *Sociological Practice*, Vol. 9, N. 1, pp. 38-42.
- Stones R. (2018). *Agency and Structure*. In B. S. Turner, *The Wiley-Blackwell Encyclopedia of Social Theory*. Oxford: Wiley- Blackwell, pp. 20-24.
- Strassoldo R. (1993). *Ecologia*. Enciclopedia delle scienze sociali. Online su https://www.treccani.it/enciclopedia/ecologia_%28Enciclopedia-delle-scienze-sociali%29/, accesso effettuato il 21 maggio 2021.
- Straus R. (1957). *Medical Sociology: A Personal Fifty Year Perspective*. In *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 40, N. 2, pp. 103-110.
- Strong P. (1990). *Epidemic Psychology: a model*. In *Sociology of Health and Illness*, Vol. 12, N. 3, pp. 249-259; doi: 10.1111/1467-9566.ep11347150.
- Szasz T. S. (1956). *S. Malingering: "Diagnosis" or social condemnation?* In *AMA Arch Neurol. Psychiat.*, 76, pp. 432-443.
- Szasz T. S. (1974). *The Myth of Mental Illness. Foundations of a Theory of Personal Conduct*. London: Harper Perennial.
- Telles-Correia D. (2018). [*The mind-brain gap and the neurosciences-psychiatry gap*](#). In *Journal Evaluation in Clinical Practice*, 24, pp. 797-802.
- Thomas R. K. (2002). *Society and Health: Sociology for Health Professionals*. New York: Kluwer Academic Publishers.
- Tognetti Bordogna M. (1989) (a cura di). *I confini della salute*. Milano: FrancoAngeli.
- Torales J., O'Higgins M., Castaldelli-Maia J.M., Ventriglio A. (2020). *The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health*. In *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 66, N. 4, pp. 317-320; doi:10.1177/0020764020915212.
- Tourangeau R., Yan T. (2007). *Sensitive questions in surveys*. In *Psychological bulletin*, 133, 5, p. 859.
- Townsend P., Davidson N., Whitehead M. (1992). *Inequalities in Health. The Black Report and the Health Divide*. London: Penguin Books.
- Turner B. S. (1995). *Medical Power and Social Knowledge*. London: Sage.

- Twaddle A. (1994). *Disease, Illness and Sickness Revisited*. In L. Nordenfelt, *Disease, Illness and Sickness: Three Central Concepts in the Theory of Health*. Linköping: Linköping University Press.
- Twaddle A. C. (1974). *The concept of health status*. In *Social Science and Medicine*, Vol. 8, N. 1, pp. 29-38.
- Twaddle A., Hessler R. (1978). *Handbook of Medical Sociology*. New York: MacMillan.
- Urbina-Garcia A. (2020). *What do we know about university academics' mental health? A systematic literature review*. In *Stress and Health*, 36, pp. 563-585; <https://doi.org/10.1002/smi.2956>.
- Vegetti M. (1965). *Opere di Ippocrate*. Torino: Utet.
- Waitzkin H. (1983). *The Second Sickness: Contradictions of Capitalist Health Care*. New York: The Free Press.
- Waitzkin H. (1983). *The Second Sickness: Contradictions of Capitalist Health Care*. New York: The Free Press.
- Wardwell W. I. (1982). *The State of Medical Sociology — A Review Essay*. In *Sociological Quarterly*, Vol. 23, N. 4, pp. 563-571.
- Ware J. E., Sherbourne C. D. (1992). *The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection*. In *Medical Care*, 30, 6, pp. 473-483.
- Watermeyer R., Olssen M. (2016). *'Excellence' and exclusion: The individual costs of institutional competitiveness*. In *Minerva*, 54, 2, pp. 201-218.
- Weber M. (1920-1921). *Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie, Tübingen, J.C.B. Mohr, 2 voll.* Cit dalla trad. it. *Sociologia della religione, Vol. II, L'etica economica delle religioni universali. Parte prime. Confucianesimo Taomismo*. Torino: Edizioni di Comunità, 2002.
- Weber M. (1922). *Wirtschaft und Gesellschaft, Tübingen*. Cit dalla trad. it. *Economia e società*. Milano: Edizioni di Comunità, 1995.
- Weich S., Lewis G. (1998). *Material standard of living, social class, and the prevalence of the common mental disorders in Great Britain*. In *J. Epidemiol. Community Health*, 52, pp. 8-14.
- Weich S., Lewis G., Jenkins S. P. (2001). *Income inequality and the prevalence of common mental disorders in Britain*. In *The British Journal of Psychiatry*, 178, 3, pp. 222-227.

- WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*.
- WHO (1968). *The Second Ten Years of the World Health Organization 1958–1967*. Geneva: WHO.
- WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*.
- WHO (1998). *Health Promotion Glossary*.
- WHO (2013). *Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020*.
- WHO, UNICEF (1978). *Alma-Ata 1978 Primary Health Care*. In Health for all Series, N. 1. Geneva: WHO.
- Wilkinson R.G. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, London: Routledge.
- Williams D. R., Neighbors H. W., Jackson J. S. (2003). *Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies*. In American journal of public health, 93, 2, pp. 200-208.
- Williams K. D., Govan C. L., Croker V., Tynan D., Cruickshank M., Lam A. (2002). *Investigations Into Differences Between Social - and Cyberostracism*. In Theory, Research, and Practice, Vol. 6, N. 1, pp. 65-77.
- Wolinsky F. D. (1988). *The Sociology of Health: Principles, Professions, and Issues*. 2nd ed. Belmont, CA: Wadsworth.
- Yao H., Chen J. H., Xu Y. F. (2020). *Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic*. In Lancet Psychiatry, Vol. 7, N. 4, p. e21; doi: 10.1016/S2215-0366(20)30090-0.

Sitografia

Cineca, *Docenti*, <https://cercauniversita.cineca.it/php5/docenti/cerca.php>, consultato il 3 marzo 2022.

Istat, *Docenti universitari*, http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_DOCENTI1, consultato il 23 febbraio 2022.

Istat, *Salute*, su <https://www4.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/misure-del-benessere/le-12-dimensioni-del-benessere/salute>. Consultato il 16 giugno 2021.

NIMH, *RDoC*, <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/about-rdoc>. Accesso effettuato l'11 gennaio 2022.

NIMH, *RDoC*, <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/developing-an-rdoc-study>, consultato l'11 gennaio 2022.

OMS;

<http://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&id=1784&area=rapporti&menu=mondiale>. Accesso effettuato il 21 gennaio 2021

SIPS; <https://www.sipsalute.it/index.php>. Accesso effettuato il 14 gennaio 2021.

WHO, *Health Promotion*; <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/>. Accesso effettuato il 14 gennaio 2021.

Allegato 1– Il questionario

Sezione A: Informazioni personali

A1. Ruolo accademico:

Professore ordinario

Professore associato

Ricercatore a tempo indeterminato

Rtd-A

Rtd-B

Altro

A2. Se "Altro", specificare:

A3. Genere:

Femmina

Maschio

A4. Anno di nascita:

1935

1936

1937

1938

1939

1940

1941

1942

1943

1944





	1974	<input type="checkbox"/>
	1975	<input type="checkbox"/>
	1976	<input type="checkbox"/>
	1977	<input type="checkbox"/>
	1978	<input type="checkbox"/>
	1979	<input type="checkbox"/>
	1980	<input type="checkbox"/>
	1981	<input type="checkbox"/>
	1982	<input type="checkbox"/>
	1983	<input type="checkbox"/>
	1984	<input type="checkbox"/>
	1985	<input type="checkbox"/>
	1986	<input type="checkbox"/>
	1987	<input type="checkbox"/>
	1988	<input type="checkbox"/>
	1989	<input type="checkbox"/>
	1990	<input type="checkbox"/>
	1991	<input type="checkbox"/>
	1992	<input type="checkbox"/>
	1993	<input type="checkbox"/>
	1994	<input type="checkbox"/>
	1995	<input type="checkbox"/>
	1996	<input type="checkbox"/>
	1997	<input type="checkbox"/>
	1998	<input type="checkbox"/>
	1999	<input type="checkbox"/>
	2000	<input type="checkbox"/>

A5. Ateneo di afferenza:

Università degli Studi di BARI ALDO MORO

Politecnico di BARI



LUM "Giuseppe Degennaro"	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi della BASILICATA	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di BERGAMO	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di BOLOGNA	<input type="checkbox"/>
Libera Università di BOLZANO	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di BRESCIA	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di CAGLIARI	<input type="checkbox"/>
Università della CALABRIA	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di CAMERINO	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di CASSINO e del LAZIO MERIDIONALE	<input type="checkbox"/>
Università "Carlo Cattaneo" - LIUC	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di CATANIA	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi "Magna Graecia" di CATANZARO	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi "G. d'Annunzio" CHIETI-PESCARA	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di SCIENZE GASTRONOMICHE	<input type="checkbox"/>
UKE - Università Kore di ENNA	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di FERRARA	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di FIRENZE	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di FOGGIA	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di GENOVA	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi INSUBRIA Varese-Como	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi dell'AQUILA	<input type="checkbox"/>
Gran Sasso Science Institute - Scuola di dottorato internazionale	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di MACERATA	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di MESSINA	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di MILANO	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di MILANO-BICOCCA	<input type="checkbox"/>
Politecnico di MILANO	<input type="checkbox"/>
Università Commerciale "Luigi Bocconi" MILANO	<input type="checkbox"/>



Università Cattolica del Sacro Cuore	<input type="checkbox"/>
Libera Università di lingue e comunicazione IULM-MI	<input type="checkbox"/>
Libera Università "Vita Salute S.Raffaele" MILANO	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di MODENA e REGGIO EMILIA	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi del MOLISE	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di Napoli Federico II	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di NAPOLI "Parthenope"	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di NAPOLI "L'Orientale"	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi Suor Orsola Benincasa - NAPOLI	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di PADOVA	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di PALERMO	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di PARMA	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di PAVIA	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di PERUGIA	<input type="checkbox"/>
Università per Stranieri di PERUGIA	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi del PIEMONTE ORIENTALE "Amedeo Avogadro"-Vercelli	<input type="checkbox"/>
Università di PISA	<input type="checkbox"/>
Scuola Normale Superiore di PISA	<input type="checkbox"/>
Scuola Superiore di Studi Universitari e Perfezionamento Sant'Anna	<input type="checkbox"/>
Università Politecnica delle MARCHE	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi "Mediterranea" di REGGIO CALABRIA	<input type="checkbox"/>
Università per Stranieri "Dante Alighieri" di REGGIO CALABRIA	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi EUROPEA di ROMA	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di ROMA "Foro Italico"	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di ROMA "La Sapienza"	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di ROMA "Tor Vergata"	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi ROMA TRE	<input type="checkbox"/>
Università "Campus Bio-Medico" di ROMA	<input type="checkbox"/>



Luis Libera Università internazionale degli studi sociali Guido Carli	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi Internazionali di ROMA (UNINT)	<input type="checkbox"/>
Libera Università degli Studi "Maria SS.Assunta" - LUMSA	<input type="checkbox"/>
UniCamillus - Saint Camillus International University of Health Sciences	<input type="checkbox"/>
LINK CAMPUS University	<input type="checkbox"/>
Università del SALENTO	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di SALERNO	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi del SANNIO di BENEVENTO	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di SASSARI	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di SIENA	<input type="checkbox"/>
Università per Stranieri di SIENA	<input type="checkbox"/>
Università Telematica "LEONARDO da VINCI"	<input type="checkbox"/>
Università Telematica "E-CAMPUS"	<input type="checkbox"/>
Università Telematica "GIUSTINO FORTUNATO"	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi "Guglielmo Marconi" - Telematica	<input type="checkbox"/>
Università Telematica San Raffaele Roma	<input type="checkbox"/>
Università Telematica Internazionale UNINETTUNO	<input type="checkbox"/>
Università Telematica degli Studi IUL	<input type="checkbox"/>
Università Telematica PEGASO	<input type="checkbox"/>
Università Telematica UNITELMA SAPIENZA	<input type="checkbox"/>
UNICUSANO Università degli Studi Niccolò ² Cusano -Telematica Roma	<input type="checkbox"/>
Università Telematica "Universitas MERCATORUM"	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di TERAMO	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di TORINO	<input type="checkbox"/>
Politecnico di TORINO	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di TRENTO	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di TRIESTE	<input type="checkbox"/>
Scuola Internazionale Superiore di Studi Avanzati di TRIESTE	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi della TUSCIA	<input type="checkbox"/>



Università degli Studi di UDINE	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di Urbino Carlo Bo	<input type="checkbox"/>
Università della VALLE D'AOSTA	<input type="checkbox"/>
Università "Cà Foscari" VENEZIA	<input type="checkbox"/>
Università IUAV di VENEZIA	<input type="checkbox"/>
Università degli Studi di VERONA	<input type="checkbox"/>
Scuola IMT Altì Studi - LUCCA	<input type="checkbox"/>
I.U.S.S. - Istituto Universitario di Studi Superiori - PAVIA	<input type="checkbox"/>

A6. Macrosettore di riferimento:

11/D Scienze pedagogiche	<input type="checkbox"/>
11/E Scienze psicologiche	<input type="checkbox"/>
12/A Diritto privato	<input type="checkbox"/>
12/B Diritto commerciale, della navigazione e del lavoro	<input type="checkbox"/>
12/C Diritto costituzionale ed ecclesiastico	<input type="checkbox"/>
12/D Diritto amministrativo e tributario	<input type="checkbox"/>
12/E Diritto internazionale, dell'Unione europea, comparato, dell'economia e dei mercati	<input type="checkbox"/>
12/F Diritto processuale civile	<input type="checkbox"/>
12/G Diritto penale e processuale penale	<input type="checkbox"/>
12/H Diritto romano, Storia del diritto medievale e moderno e Filosofia del diritto	<input type="checkbox"/>
13/A Economia	<input type="checkbox"/>
13/B Economia Aziendale	<input type="checkbox"/>
13/C Storia Economica	<input type="checkbox"/>
13/D Statistica e Metodi Matematici per le Decisioni	<input type="checkbox"/>
14/A Teoria Politica	<input type="checkbox"/>
14/B Storia Politica	<input type="checkbox"/>
14/C - Sociologia	<input type="checkbox"/>
14/D - Sociologia Applicata	<input type="checkbox"/>

Sezione B: Stato di salute

B1. In generale direbbe che la sua salute è:

Eccellente

Molto buona

Buona

Passabile

Scadente

B2. Rispetto all'inizio della pandemia, come giudicherebbe, ora, la sua salute in generale?

Decisamente meglio adesso

Un po' meglio adesso

Più o meno uguale

Un po' peggio

Decisamente peggio adesso

B3. Dall'inizio della pandemia, in che misura la sua salute fisica o il suo stato emotivo hanno interferito con le normali attività sociali (ad esempio con la famiglia, gli amici, i gruppi di cui fa parte, ecc.)?

Per nulla

Leggermente

Un po'

Molto

Moltissimo

B4. Per quanto tempo, dall'inizio della pandemia, si è sentito/a:

	Sempre	Spesso	Solo qualche volta	Mai
Ansioso/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calm/a e sereno/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senza speranze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresso/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha provato poco interesse nel fare le cose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Felice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sfinito/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scoraggiato/a e triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pieno/a di energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallito/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con poca concentrazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Euforico/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione C: Stress e lavoro in tempi di pandemia

C1. Dall'inizio della pandemia, a causa della sua salute fisica, ha riscontrato:

	Sì	Non so	No
Minore rendimento di quanto avrebbe voluto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riduzione del tempo dedicato al lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficoltà nell'eseguire il lavoro (ad esempio, ha fatto più fatica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitazione di alcuni tipi di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2. Dall'inizio della pandemia, a causa del suo stato emotivo, ha riscontrato:

	Si	Non so	No
Minore rendimento di quanto avrebbe voluto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riduzione del tempo dedicato al lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calo di concentrazione sul lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C3. Quante volte le è accaduto di pensare:

	Sempre	Spesso	Solo qualche volta	Mai
Preferisco lavorare da casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le ore di didattica tolgono tempo alla ricerca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non riesco a unire ricerca e impegni didattici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'ambiente fisico in cui lavoro è accettabile e adeguato ai compiti che devo svolgere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non riesco a scindere tra vita privata e lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ricevo pressioni per lavorare molte ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi sono chiari scopi e obiettivi del mio settore disciplinare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Devo trascurare alcuni compiti perché ho troppo da fare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho voce in capitolo sui ritmi e sui modi del mio lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ho difficoltà sul lavoro i miei colleghi mi aiutano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho scadenze che è impossibile rispettare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Devo scrivere troppi articoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C4. Come vede il suo futuro lavorativo in ambito accademico nei prossimi cinque anni?

Migliore	<input type="checkbox"/>
Peggior	<input type="checkbox"/>

C5. Se "Migliore", perché?

C6. Se "Peggior", perché?

Grazie per la partecipazione!