

## **PAZIENTE E SALUTE**

### **Individualizzazione, tecnologia ed empowerment**

di Luca Benvenga<sup>1</sup>

#### **Abstract**

---

*Patient and health. Individualisation, technology and empowerment*

The article explores the changes that involved the relationship between care and health in contemporary society.

The role of the patient, with active and participatory behaviours, as well as the technologization of the health system are elements that need to be inscribed in the framework of contemporaneity, which opens new spaces of self-determination for the individual and puts the institutions in front of various challenges.

The work will be organized as follows. An initial focus on the relationship between the processes of individualization, care and technology will be followed by an analysis of how the concept of health differs from the past. We will observe how health has assumed a precise connotation today, due to the acquisition of individual responsibility.

#### **Keywords**

---

Care; empowerment; health; individualization; technology.

<sup>1</sup> LUCA BENVENGA è RTDa presso il Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia e Comunicazione dell'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro".

Email: [luca.benvenga@uniba.it](mailto:luca.benvenga@uniba.it)

DOI: <https://doi.org/10.13131/unipi/90w8-cq20>

## 1. INTRODUZIONE

A partire dagli ultimi due decenni a cavallo tra il XIX e il XX secolo, nell'Occidente industrializzato ha avuto luogo una trasformazione societaria determinata da fattori endogeni ed esogeni inerenti al neoliberismo capitalista (Esping-Andersen 1990, 2005; Ferrera 2006, 2013).

Il generale ridimensionamento della funzione regolatrice dello Stato ha portato a nuovi equilibri tra i sistemi sociale, culturale, economico e politico. Nel campo della salute il nuovo corso che ha interessato i servizi sociosanitari è stato tracciato nel solco di una:

- a) Promozione e protezione della salute, riconoscendo ai pazienti maggiore libertà di scelta nei trattamenti terapeutici (si veda il Consenso Informato).
- b) Contenimento della spesa, gestione aziendale del sistema sanitario e mercificazione dei servizi alla persona.

Lo sviluppo del neoliberismo, con la relativa messa in discussione di un modello di società fondato sulla rilevanza del welfare, ha portato a una diminuzione dei meccanismi di sicurezza e di protezione sociale, garanzie imprescindibili dei sistemi welfaristici così come sono stati pensati nel dopoguerra sul modello *beveridgiano*.

I processi neoliberisti hanno determinato una nuova regolamentazione delle politiche di intervento pubblico, facendo leva sulla nota critica paradigmatica che concepiva lo stato sociale come uno strumento che deresponsabilizzava gli individui (Ferrera, 2006). L'instabilità e l'insicurezza sistemiche generate dalla «dipendenza dal welfare» hanno portato gli stati e le organizzazioni sovranazionali a spostare il baricentro delle politiche di finanziamento, con un'inversione della tendenza interventista che aveva massicciamente differenziato il patto keynesiano nei Trenta Gloriosi (Ferrera, 2006).

Il sistema sanitario pubblico, istituito in Italia con la legge 883 del 1978, dagli anni Novanta diventa oggetto di riordino e privatizzazione. Le riforme sono state attuate in conseguenza di problemi organizzativi e istituzionali, già evidenziati dai primi anni successivi l'entrata in vigore del SSN. La ristrutturazione avvenuta nella prima metà degli anni Novanta ha portato i privati a erogare alcuni servizi ospedalieri e socioassistenziali (si vedano, in quest'ultimo caso, i servizi di *long term care*, cfr. Miele, 2022: 44).

---

Nell'ultimo decennio del XX secolo, gli interventi legislativi sono stati varati in una fase di crisi economica, con il trasferimento delle competenze dallo Stato alle regioni, che stava a significare per il governo centrale ammortizzare gli oneri finanziari e concedere, «a livello meso», la possibilità di attuare «il processo di managerializzazione della sanità» (Ferrera, 2006: 207).

A una lenta ripresa nei primi anni del Duemila fa seguito una stagnazione, dovuta alla crisi del 2008 e all'applicazione delle politiche di austerità. Contestualmente, a un definanziamento della spesa pubblica coincide un'importante privatizzazione del sistema sanitario, attraverso forme di sovvenzionamento diretto dei cittadini. Questo aspetto, secondo Pavolini e Vicarelli, è da considerarsi come una «privatizzazione nascosta» o «strisciante»: con queste aggettivazioni si vuole sottolineare che la sovraesposizione dei contribuenti alle dinamiche di ricapitalizzazione fosse molto spesso latente, purtuttavia superiore ad altre forme di iniezione finanziaria (Pavolini e Vicarelli citati da Miele, 2022: 45).

Per tutti gli anni Duemila, i programmi di sanità pubblica hanno una pianificazione a livello europeo. Gli esperti lavorano in due direzioni: migliorare l'offerta dei paesi membri dell'UE e rispettare i vincoli imposti dal mercato unico. A questo fine, come già visto nel corso di tutti gli anni Novanta, l'obiettivo è la sostenibilità. L'idea di fondo è che una precisa programmazione, monitoraggio e valutazione della domanda di prestazioni potessero contenere la spesa e, simultaneamente, migliorare le capacità di far fronte ai rischi della contemporaneità attraverso l'impiego di strumenti *ad hoc* nella sfera della salute.

Per poter comprendere la relazione che si instaura tra una corretta programmazione dei rischi sanitari e le nuove relazioni di cura occorre riflettere su vari elementi. Uno di questi elementi è connesso ai processi trasformativi delle organizzazioni complesse e si concentra sull'applicazione delle ICT. Infatti, per i servizi di cura un simile quadro di riferimento mostra come l'innovazione si possa affiancare, come cercherò di dimostrare, a una redistribuzione delle responsabilità, la quale ricade soprattutto sul cittadino/paziente. Il clima culturale in cui maturano queste politiche ha come sfondo un intreccio di fattori che segnano il passaggio verso un modello di cura individualizzato, con il cittadino chiamato a essere informato, proattivo, adempiente ai progetti educativi e auto-riflessivo riguardo il suo vissuto.

Il modello di salute prodotto da queste logiche si regge, dal lato macro, su un paradigma che guarda alla limitazione dei costi di spesa nell'ottica di una gestione aziendale della sanità; dal lato micro, ciò comporta una differente costruzione di senso e di significato rispetto al passato, con

il soggetto pronto a riconoscere alla salute un ruolo differente, anche grazie ai nuovi processi techno-scientifici introdotti dalla biomedicalizzazione (Clarke et al., 2010)<sup>1</sup>.

In questo articolo, attraverso una rassegna della letteratura, mi propongo di approfondire le trasformazioni che si sono consolidate nella società contemporanea intorno alla salute. L'ipotesi di fondo è che i mutamenti legati alla salute e alle relazioni di cura riflettano l'istanza socio-culturale dei processi di individualizzazione, con cui l'empowerment e la biomedicalizzazione sono interconnesse.

Nei paragrafi a venire, dapprima, cercherò di contestualizzare il significato di individualizzazione così come è stato tematizzato da Beck in riferimento al tema della salute, aspetto che il sociologo tedesco ha illustrato in due sue opere (2000; con Elisabeth Beck-Gernsheim, 2002). Al riguardo, restringerò il campo tematico guardando nello specifico al rapporto tra le esigenze della società individualizzata, le relazioni di cura e la tecnologia digitale. Infine, voglio mostrare come lo stato di salute abbia assunto una precisa connotazione, frutto delle innovazioni socio-tecnologiche che mettono in evidenza il ruolo sempre più propositivo del paziente nei processi clinici.

## 2. INDIVIDUALIZZAZIONE E SALUTE

L'individualizzazione fa parte di un dibattito più ampio, e qui non è mio interesse rintracciare la genealogia di questa idea. Tuttavia, di seguito, si farà un rapido riferimento al pensiero di due importanti sociologi contemporanei, Christopher Lasch e Antony Giddens (1994), che si sono occupati in modo sistematico dei processi di individualizzazione, con l'obiettivo di fornire una panoramica sociologica più ampia, così da rafforzare le motivazioni che mi spingono ad adottare prevalentemente il pensiero di Beck riguardo all'oggetto di studio.

Per Lasch l'individualizzazione è un processo che ha avuto origine in epoca rinascimentale, intensificandosi con l'Illuminismo e la seconda Rivoluzione industriale, e si riferisce alla crescente enfasi posta sull'individuo, che acquisisce autonomia rispetto ai vincoli di comunità e alla tradizione. La perdita del senso di comunità, l'alienazione, l'isolamento e la solitudine sono da problematizzare come esiti negativi di questo lungo

---

<sup>1</sup> Il concetto di biomedicalizzazione viene usato dagli autori per indicare «the increasingly complex, multisided, multidirectional that today is being both extended and reconstituted through the emergent social forms and practices of a highly and increasingly technoscientific biomedicine» (Clarke et al., 2010: 47).

processo, determinato anche da eccessive condizioni di egocentrismo e narcisismo che giocoforza vengono prodotte dall'individualizzazione.

Giddens, dal canto suo, sostiene che il processo di individualizzazione è stato guidato da vari cambiamenti sociali ed economici nelle società moderne (capitalismo, perdita delle forme tradizionali di autorità, sviluppo dei mass media e delle ICT). La maggiore autonomia che ne deriva comporta una maggiore responsabilità per il soggetto, sviluppando un senso di ansia e di incertezza poiché gli individui devono costantemente negoziare i rischi e le opportunità della vita moderna. Quindi, agli effetti positivi legati a una piena capacità di agency, ne deriva un senso di frammentazione, disuguaglianza e atomizzazione sociale che riguarda coloro che non sono in grado di adattarsi ai nuovi processi sociali, culturali ed economici.

Ai fini dell'articolo, che come in alto già chiarito ha l'obiettivo di comprendere i processi di individualizzazione intrecciati con la sfera della salute, ritengo che le posizioni di Beck siano più centrali al focus proposto, rispetto a Lasch e Giddens, per due ordini di motivi. In *primis*, l'ipotesi beckiana di una nuova «morale della salute» è allineata alla nozione di biomedicalizzazione proposta da Clarke et al. (2010) nell'ambito della letteratura dei *Science and Technologies Studies* (STS), in cui si mette in rilievo il ruolo fondamentale del soggetto nell'assumersi le responsabilità nei confronti del suo stesso benessere psicofisico (Clarke et al., 2010; Miele, 2022). In *secundis*, quando Beck parla di azione preventiva dell'individuo in vista di una tutela della propria salute (*infra*), rimanda a quelle che sono le attuali logiche tecno-scientifiche che si servono delle tecnologie di monitoraggio da remoto (Marcelo et al., 2018), di una medicina personalizzata e di uno sguardo molecolare, fattori questi che hanno cambiato la pratica clinica e le relazioni di cura così come proverò a illustrare.

Ulrick Beck ne *I rischi della libertà* (2000) riflette intorno all'individualizzazione quale prodotto delle trasformazioni che hanno interessato la società occidentale a partire dagli ultimi decenni di fine secolo. Secondo l'autore, la nuova dimensione sociale che si dipana in modo sempre più reticolare, non ha fondamento in una libertà di scelta. Individualizzazione «non significa [...] logica di un agire senza limiti [...], neppure semplicemente soggettività», non è un prescindere dal fatto che «sotto la superficie dei mondi della vita vi è una società delle istituzioni altamente efficiente e dalle maglie strettissime» (Karl Ulrich Mayer citato da Beck, 2000: 5). Al contrario, prosegue il sociologo tedesco, l'individualizzazione «è tutto fuorché uno spazio socialmente vuoto [...] in cui si muovono i soggetti moderni con le loro opzioni dell'agire» (Beck, 2000: 5).

Si tratta, in sostanza, del risultato di una struttura labirintica, che risponde a precisi imperativi del mercato del lavoro, dei sistemi di formazione e di istruzione, dello stato assistenziale, della burocrazia etc. Il «tratto distintivo di queste direttive moderne è il fatto che l'individuo – in misura maggiore che in precedenza – se le deve costruire, le deve tirare dentro la sua biografia attraverso l'azione» (*ibidem*).

Con Beck, che pone l'accento sulla progressiva dissoluzione delle forme predefinite della vita sociale e dei modelli di guida tradizionale (Ivi: *passim*), la sociologia si interroga sul superamento delle categorie della modernità e si confronta con i nuovi modi attraverso cui costruire i propri concetti e le pratiche di ricerca per indagare la realtà (Ivi: 29), in un contesto storicosociale in cui l'agire degli individui e le articolazioni di diverse sfere della società hanno conosciuto un'importante riconversione.

Per Beck, lo studio del sociale può essere considerato sia come punto di vista degli individui, sia inteso come il punto di vista di un'organizzazione complessa (Ivi: 22).

La complementarità tra i due quadri cognitivi può offrire un'adeguata lettura del processo di democratizzazione dell'individualizzazione nel solco della «seconda modernità» (Ivi: 20). Attraverso questa duplice prospettiva è possibile poter osservare l'agency del soggetto da un lato e i nuovi modelli di vita dall'altro, nel tentativo di cogliere i cambiamenti nel complesso dei processi di ambivalenza: a) il logorarsi dei «parametri di orientamento»; b) l'esortazione a condurre un'esistenza autonoma e indipendente<sup>2</sup>.

Nel tentativo di approfondire il progressivo affrancamento dai vincoli comunitari e l'affermarsi del soggetto nella contemporaneità, Beck e la moglie Elisabeth Beck-Gernsheim, nel volume *Individualization. Institutionalized Individualism And Its Social and Political Consequences* (2002), analizzano il complesso di esperienze di istituzionalizzazione e democratizzazione dell'individualizzazione nelle varie sfere della vita sociale – dal lavoro alla sfera affettiva e relazionale, dall'ambiente alla salute.

---

<sup>2</sup> La questione, le conseguenze e i limiti della «democratizzazione dell'individualizzazione» sono molto più articolati rispetto a quanto qui riportato – per accurati approfondimenti si rimanda, tra gli altri, a Sennet (2007) e Bauman (2013). In questa sede si vuole rimarcare solo la generale tendenza, tipica della contemporaneità, dello Stato a svolgere un ruolo di coordinamento nell'erogazione di politiche sociosanitarie e, non esercitando più come in passato il monopolio nella gestione dei servizi primari alla persona. La stessa salute non è universalmente distribuita, in seguito a una rivisitazione dei modelli di welfare (Chicchi, Simone, 2017); ciò richiede l'attivazione da parte del soggetto che, attraverso scelte idonee, si garantisce uno stile di vita sostenibile.

---

Nell'economia di questo articolo è mio interesse soffermarmi sulle concettualizzazioni proposte dai due autori nel saggio «Health and Responsibility in the Age of Genetic Technology» (2002), in cui si enfatizzano le conseguenze dei nuovi processi nell'ambito della relazione di cura, come cambia l'approccio con essa e il valore di guida che assume nella società individualizzata (Beck, Beck-Gernsheim, 2002: 140).

Ciò, dà origine a plurime opportunità di azione e rappresenta il prologo di una nuova morale della salute (Ivi: 141). Gli individui si fanno carico dei loro bisogni sociali e sono al centro dei nuovi progetti di vita. L'aspettativa secolare di salute accomuna tutti indistintamente e restituisce un elevato grado di responsabilità, valore fondamentale per la cementazione dei processi di individualizzazione, in connessione anche con gli innovativi strumenti forniti dalla tecnoscienza (Clarke et al., 2010).

Leggiamo insieme Beck e Beck-Gernsheim sulla portata dell'individualizzazione nel campo della salute. Cogliamo, di seguito, il legame che intercorre proprio tra la salute e la responsabilità individuale, frutto di una nuova spinta sociale indotta dalle trasformazioni:

*in pre-industrial society, the dominant ways of living and securing a livelihood were communal. Day to day this meant the family acted as an economic unit pooling its labour, in emergencies it meant support by the village or clan. With industrialization, such modes of provision grew more and more fragile and individuals became primarily responsible for their own livelihood, to be obtained through personal achievement and self-assertion in the labour market. Active self-management was increasingly required, as individuals were expected to make advance plans that pinpointed the chances open to them as well as the potential risks and dangers (Beck, Beck-Gernsheim, 2002: 141).*

In questa circostanza, il dovere morale del soggetto nei riguardi della cura della salute diviene un orientamento biografico (Clarke et al., 2010). Promossa dalla società individualizzata, la salute richiede pianificazione e riorganizzazione del vissuto attraverso l'assunzione di rischi da gestire con strategie mirate (Beck, Beck-Gernsheim, 2002: 141 sgg.). La salute, quindi, come forza trainante dietro l'ascesa del progetto globale della modernità, caratterizzata da una flessibilità esistenziale, con le sue opportunità, incertezze, ostacoli e pressioni (Ivi: 141-42).

Questo progetto globale cui si fa riferimento lo possiamo inquadrare all'interno della cornice concettuale che proponiamo, con specifica attenzione al binomio salute-innovazione techno-scientifica.

Tralasciando il dibattito che anima le due principali posizioni in relazione alla tecnologia, da un lato il determinismo tecnologico e dall'altro il riduzionismo sociale, ciò che voglio far emergere è come la tecnologia,

in uso nella sfera medico-sanitaria, possa marginalizzare i fattori di rischio individuale. Questo è possibile attraverso l'adesione a strutture preventive e alla coproduzione delle relazioni di cura, mediate da dispositivi digitali per la misurazione e la valutazione.

Entrambe le circostanze, infatti, rappresentano quell'elemento «di autogestione che ci si aspetta dalle persone moderne individualizzate» (Daele citato da Beck, Beck-Gernsheimm, 2002: 145), alla costante ricerca di fonti di assicurazione di fronte alle tante vicissitudini della vita (Beck, Beck-Gernsheimm, 2002: 145 sgg.), costrette a muoversi all'interno di nuove reti societarie nel tentativo di organizzare una risposta adeguata in una società in continua trasformazione.

Pur considerando l'atteggiamento responsabile del singolo in una logica di auto-pianificazione biografica, parafrasando gli autori possiamo definire i due modi di agire come una sorta di «coercizione volontaria» (Ivi: 145), dal momento che si collocano in una zona di confine tra la costrizione diretta – in una progressiva razionalizzazione della spesa sanitaria accompagnata da un importante sviluppo scientifico e tecnico –, e la scelta personale – che si presenta come prodotto di un logoramento delle certezze del recente passato.

Vedremo come il discorso intorno alla salute e alle nuove tecnologie digitali faccia spesso ricorso al termine di *patient empowerment* (*infra*, par. 4).

Ciò rappresenta il presente e il futuro delle relazioni di cura, di fronte alle nuove articolazioni digitali assunte dai servizi sociosanitari rispetto alla prima modernità, oggetto di studi e ricerche in letteratura come possiamo evincere nel prossimo paragrafo.

### **3. CURA E TECNOLOGIA. STATO DELL'ARTE**

In riferimento all'oggetto di studio che intendo proporre, di seguito riporto alcuni lavori sul tema.

Bakker (2002) e Quaglio et al. (2016) offrono l'opportunità di riflettere intorno allo sviluppo delle soluzioni ICT in relazione al perseguimento di condizioni di benessere. Questo, soprattutto in seguito alla tendenza dei sistemi sanitari mondiali verso un'economia di condivisione, la quale funziona tramite lo scambio di intelligenze, strutture e risorse di vario tipo nella società di Rete (Castells, 1996), richiedendo la collaborazione intersoggettiva tra individui differenziati per caratteristiche socio-anagrafiche, culturali ed economiche.

Altre analisi (Marcelo et al., 2018) si sono concentrate sui modelli di governance concepiti attraverso le soluzioni tecnologiche, funzionali a

---

una migliore gestione delle risorse e dei servizi alla persona, in cui le ICT contribuiscono alla crescita dell'efficienza dell'assistenza sanitaria fornendo sostegno al supporto logistico, nel miglioramento della diagnostica, creazione di cartelle cliniche e trasmissione di singole terapie.

Per Baur (2008) e Van Dijk (2020) l'impossibilità di accedere a Internet in alcuni territori (infrastruttura), o le mancate competenze soggettive che giustificano l'utilizzo di strumenti digitali (conoscenze), rappresentano reali barriere per l'utilizzo dell'*Artificial Intelligent* nei percorsi diagnostici e di monitoraggio. Infatti, dal lato degli operatori della sanità, considerata la grande quantità di informazioni che oggi è necessario valutare nel processo di cura – es. la biografia del paziente, le malattie ereditarie etc. – la decisione clinica può diventare complessa se non coadiuvata proprio da sistemi intelligenti che regolano le attività riducendo quelle in eccesso. Dal lato dell'utente, le poche risorse possono generare disuguaglianze ed esclusione: accanto ai potenziali benefici, quindi, vengono mostrati anche potenziali criticità nell'impiego delle ICT, tanto a livello individuale quanto organizzativo (Mugge et al., 2020). Il superamento di queste criticità richiede strumenti adatti, con un sostanziale supporto amministrativo e politico a quelle che si configurano oggi come le nuove sfide di politica sociosanitaria nel panorama globale.

Per Haddon et al. (2003), invece, le implicazioni socioculturali per i fruitori dei servizi riguardano in modo particolare le modifiche avvenute nell'ambito della percezione del corpo e della relazione di cura. Con la tecnologia digitale il paziente ha una conoscenza appropriata e minuziosa del proprio corpo. La maggiore consapevolezza del funzionamento del corpo fornisce modelli operativi adeguati alla scienza medica e risposte più precise (come nel caso della medicina personalizzata). Inoltre, chi è impossibilitato a recarsi in ospedale anche e solo per controlli routinari, vede l'introduzione della tecnologia come garanzia di assistenza, adottando così un nuovo atteggiamento nei confronti delle patologie che lo colpiscono, con effetti positivi sulle qualità di vita e la sfera relazionale.

#### **4. TECNOLOGIA, PROGRESSO, AUTO-RIFLESSIVITÀ**

La tecnologia, fondamentale nell'evoluzione dell'umanità, fino alla seconda metà del secolo scorso è stata percepita come uno strumento attraverso il quale supplire alle carenze morfo-fisiologiche del nostro corpo (Gehlen, 1984). Oggi, la tecnologia, soprattutto di tipo digitale, è vista come una possibilità di migliorare le condizioni fisiche e mentali, mediante una contaminazione che è alla base dell'evoluzione verso l'individuo bio-tecnologico.

Un ragionamento simile, che muove verso uno stato di mobilità, vale per spiegare l'odierna relazione tra i soggetti, le relazioni di cura e gli strumenti digitali che ne favoriscono l'espletamento. Le recenti dinamiche di scambio di informazioni hanno trovato forma nei sistemi interconnessi (McLuhan, 1964): a contraddistinguere le interazioni soggetto-tecnologia è l'affermazione di una sinergia che permette lo sviluppo di nuove forme di comunicazione (sanitaria), condivisione di contenuti (personali) e relazioni (terapeutiche).

La contemporaneità implica il ripensamento dei modelli relazionali di cura, con al centro la partecipazione proattiva dei cittadini, condizione che comporta il ripensamento dell'intera organizzazione sociale.

Il concetto di sviluppo socio-tecnologico si colloca nella spirale del progresso scientifico, come visto con Clarke et al. (2010), ma anche nel solco dei processi di individualizzazione come dimostrato da Beck. Infatti, questo sviluppo socio-tecnologico diviene un elemento abilitante per la creazione di auto-riflessività e in termini di scelte strategiche, in un presente-futuro che si sottrae alle imposizioni della prima modernità ma che tuttavia palesa dei vincoli.

Il potere che la tecnologia rivendica sulle nostre biografie è legato all'introduzione dei sistemi di monitoraggio e/o terapeutici appropriati. Questi sistemi favoriscono la possibilità di conoscere i propri fattori di rischio, considerandoli nella pianificazione delle nostre esistenze (Beck, Beck- Gernsheim, 2002: 145).

Lo sforzo generale di porre la salute al centro di un disegno di vita più complesso, che attinge dai processi di interdipendenza su base territoriale tra i servizi sanitari e i cittadini, è un modo di assegnare al concetto di responsabilizzazione un ruolo primario. Ma questa responsabilizzazione, tanto da parte dell'individuo quanto delle istituzioni, ha bisogno di una precisa analisi delle interdipendenze delle catene di azione (Elias, 1990) tra i vari attori sociali.

Tale percorso, infatti, si sviluppa lungo due direttrici. Nella prima, l'utente ha l'obiettivo di acquisire conoscenza nel tentativo di gestire il proprio corpo e prevenire eventuali problemi di salute; nella seconda, c'è l'esigenza di un coordinamento tra i servizi territoriali alla persona.

Le catene di azione tra domanda di bisogni e offerta di servizi congrui hanno come obiettivo garantire l'autonomia del cittadino (Teisberg, Wallace, O'hara, 2020). Infatti, questi processi sociosanitari si innestano, oltre che nell'ambito di una crisi delle capacità regolative di alcune principali

---

istituzioni del passato, anche e soprattutto nella presa d'atto di un cambiamento culturale della popolazione favorito dall'uso delle tecnologie<sup>3</sup>.

Dal lato del soggetto, la generale tendenza alla responsabilità nei confronti del proprio benessere psico-fisico, precetto della società individualizzata, può comportare la possibile istituzionalizzazione di una crescente «coazione alla prevenzione» (Beck, Beck-Gernsheimm, 2002). In certa misura, queste trasformazioni colte su un piano soggettivo mettono al centro l'individuo, secondo lo schema del *do-it-yourself*.

## **5. UNA PROSPETTIVA CONTEMPORANEA DELLA CURA. EMPOWERMENT DEL PAZIENTE**

La nozione di salute, in virtù delle trasformazioni in atto, è stata ridesegnata e pensata in funzione della centralità del soggetto, del corpo e delle differenti relazioni di cura, aprendo a nuovi scenari in vista delle potenzialità e del progresso raggiunto nel XXI secolo.

La visione incentrata sull'autonomia del soggetto è connessa al tema dell'empowerment, che ha guadagnato importanza tra la comunità scientifica e i professionisti della salute. La WHO ha definito l'empowerment come «un processo multidimensionale attraverso il quale le persone acquisiscono un maggiore controllo sulle decisioni e azioni che riguardano la propria salute» (World Health Organization, 2013: 86). Nel suo senso generale, l'empowerment si riferisce alla capacità delle persone di esercitare una forma di controllo al fine di migliorare la propria condizione di vita (Segal, 1998: 37).

Intersecando le varie dimensioni dell'empowerment – da modello guida per la pianificazione della salute individuale a principio base per la crescita comunitaria (Aujoulat, D'Hoore e Deccache, 2007; Segal, 1998) –, possiamo considerare questo concetto come risultato della modernizzazione riflessiva, in cui troviamo condizioni di autodeterminazione del soggetto rese possibili grazie a diverse aree di abilitazione (Ciarini, 2010: 362).

Rispetto alla salute, l'abilitazione del soggetto è legata alla capacità di impegnarsi nell'attività preventiva e al ricorsivo monitoraggio (ancora una volta è qui presente il richiamo a uno degli aspetti della biomedicalizzazione). La strategia dell'empowerment migliora la capacità di

<sup>3</sup> Nell'economia del lavoro non sono presi in considerazione gli aspetti che riguardano le disuguaglianze, tanto personali quanto strutturali, nell'accesso alla Rete e nell'utilizzo di tecnologie digitali.

autogestione e promuove l'adozione di comportamenti sani, riducendo i rischi per la salute. Il maggior senso di controllo associato all'empowerment contribuisce ad accrescere il benessere ed è inversamente relazionale con l'incidenza delle malattie (Segal, 1998: 37).

Ciononostante, questo processo presuppone la preesistenza di alcune condizioni preliminari all'autodeterminazione:

- a) la dotazione di capitale culturale, che favorisca lo sviluppo di una dimensione ermeneutica delle relazioni di cura (Lupton, 2013: 262).
- b) L'acquisizione graduale di pratiche di monitoraggio. Infatti, l'obiettivo di sostenere gli sforzi di auto-cura, al fine di conseguire migliori risultati per la salute, deve fondarsi su un modello di crescita personale.

L'empowerment è in relazione con tutte quelle azioni che gli individui devono intraprendere per ottenere il massimo beneficio dai servizi sanitari a loro disposizione. Questa definizione rimarca il ruolo dell'individuo indipendentemente dai cambiamenti volti a migliorare l'efficacia del sistema sanitario.

Questi sviluppi presuppongono e richiedono una partecipazione consapevole da parte dei pazienti, indipendentemente dalla loro età, sesso, etnia, reddito o stato di salute (Gruman et al., 2010). Con le ICT si sancisce la riformulazione di una serie di dimensioni di vita, poiché l'impatto che hanno avuto sulla struttura della società è stato profondo. Le ICT hanno trasformato le attività quotidiane e accresciuto la fiducia nella scienza: a) nuovi modelli di produzione e circolazione del sapere hanno trovato affermazione in uno spazio esteso; b) i rapporti sociali si sono sottratti alla morfologia dei confini geo-territoriali; c) l'uso di tablet e smartphone ha registrato il passaggio da una «digitalizzazione cognitiva» a una «mobilità cognitiva», in cui tutte le informazioni (non solo i contenuti medialti ma anche le informazioni individuali) sono disponibili ovunque (De Kerchove, 2014).

Su altri versanti, medico, farmacologico e bio-tecnologico, il dialogo tra umano e digitale ha sovvertito le antiche controversie in seno all'evoluzione umana, con l'affermarsi di una rivoluzione copernicana in luogo di una secolare concezione aristotelica dell'uomo. Al proposito, quella che da diversi anni si configura come manipolazione digitale della natura, della «composizione del proprio corpo», con il preciso scopo di modificare la «percezione del dato naturale come qualcosa di fisso, passivamente vissuto [...]», illustra, invece, come «il corpo stesso [rappresenti]

---

una delle mutevoli espressioni della cultura umana» (Marazzi, 2012, 129-130). Gli oggetti cultural-digitali operano sulla possibile evoluzione della società: il progresso, frutto delle invenzioni della scienza, riveste un ruolo sulla tipologia evolutiva dell'umano. Le sue potenzialità emancipatrici ci hanno permesso di comprendere al meglio le nostre basi biologiche e potenziarle.

L'empowerment rappresenta l'optimum per la società contemporanea, per la possibilità di adeguare il proprio stato di salute in funzione di precisi pattern, all'interno di circuiti di senso prestabiliti dalle nuove alleanze tra individuo, istituzioni e mercato.

Il nesso società-salute è il nodo fondante di queste logiche. Gli assetti storico-sociali, gli stili di vita e gli orientamenti culturali hanno un'influenza sulle risposte interpretative e operative attraverso le quali le persone tentano di affrontare le proprie condizioni (Seppilli, 2014: 42). I soggetti responsabilizzati sperimentano un maggiore controllo sul processo di gestione della salute, in quanto

as contemporary healthcare evolves from a disease-centered to a patient-centered model, the concept of patient engagement assumes a pivotal role. The use of the term patient engagement has rapidly expanded in the health sciences. The concept has been referenced in literature published on patient-centered medical homes, comparative effectiveness research, use of technology for inpatient settings, ambulatory chronic care management, patient safety for prevention of adverse events and controlling healthcare costs. Definitions of patient engagement have varied over time and across contexts, however, rendering the essential nature of the concept elusive (Higgins et al., 2017: 30).

In un graduale cambiamento delle relazioni di cura, i rischi per la salute possono essere tecnologicamente contenuti. Combinata con la cura e la salute, la tecnologia favorisce attraverso specifici interventi una possibilità di adattamento delle persone al nuovo paradigma contemporaneo, frutto di nuovi orientamenti che hanno aumentato il senso di partecipazione del soggetto nell'ottica di un'appropriata riflessione autobiografica (Beck, Beck- Gernsheim, 2002).

## 6. CONCLUSIONI

Quello che in questo articolo ho tentato di dimostrare è come a) i comportamenti «attivi» e «partecipativi» del paziente, e b) la tecnologizzazione delle relazioni di cura, siano da inscrivere nel solco della società

contemporanea, la quale incoraggia nuovi ruoli sociali per l'individuo e apre a nuove sfide per le istituzioni.

Nella prima parte mi sono confrontato con la riflessione di Beck sui processi di individualizzazione: la possibilità di scegliere non è sinonimo di assenza di regole, bensì di un allentamento delle costrizioni che in passato si caratterizzavano per la loro rigidità. In questa situazione ha avuto luogo quello che già Talcott Parsons aveva chiamato «individualismo istituzionalizzato» (Beck, 2000: 21), ovvero la fine di alcuni vincoli (religione, ceti, famiglia etc.) e l'affermarsi di nuove pretese istituzionali (Camoletto, 2003) che hanno dato un impulso maggiore all'azione del soggetto nella sfera della salute.

Il proteggersi dietro lo scudo dell'assunzione di responsabilità, tanto nei confronti di sé stessi con la riduzione di malattie e sofferenze, quanto nei riguardi del sistema sanitario con un progressivo contenimento dei costi e la diminuzione dei servizi di assistenza sociale, è da valutare come una caratteristica dell'individuo contemporaneo che vive in una condizione di incertezza biografica generata da un ordine post-tradizionale.

Nella seconda parte dell'articolo è emerso che la relazione di cura si è dimostrata soggetta alle istanze di cambiamento indotte dalle trasformazioni socio-tecnologiche e dalle aspettative dei soggetti che mettono a punto nuove tipologie di relazioni. La tecnologia, in questo senso, ha una sua utilità nel decretare l'autodeterminazione dell'individuo e nella scelta di una valida strategia biografica.

## **BIBLIOGRAFIA**

- AUJOLAT, I. D'HORE, W. DECCACHE, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony?. *Patient education and counselling*. 66(1): 13-20.
- BAKKER, A. R. (2002). Health care and ICT, partnership is a must. *International journal of medical informatics*. 66(1-3): 51-57.
- BAUMAN, Z. (2013). *The individualized society*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- BAUR, C. (2008). An analysis of factors underlying e-health disparities. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 17(4): 417-428.
- BECK, U. (2000). *I rischi della libertà*. Bologna: il Mulino.
- BECK, U. BECK-GERNSHEIM, E. (2002). Health and Responsibility in the Age of Genetic Technology. In Id., *Individualization: Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences* (pp. 139-150). London: Sage.
-

- CAMOLETTO FERRERO, R. (2003). Una vecchia storia: il processo di individualizzazione nella seconda modernità. *Quaderni di Sociologia*. (32). Disponibile online: <https://journals.openedition.org/qds/1195?lang=it>.
- CASTELLS, M. (1996). *La nascita della società in rete*. Milano: Egea.
- CHICCHI, F., SIMONE, A. (2017). *La società della prestazione*. Roma: Ediesse.
- CIARINI, A. (2010). Welfare e individualizzazione. Dimensioni e processi. *La Rivista delle Politiche Sociali*, 2, 347-368.
- CLARKE, A. E. MAMO, L. FOSKET, J.R. FISHMAN, J.R., SHIM, J.K. (a cura di). (2010). *Biomedicalization: Technoscience, health, and illness in the US*. Durham: Duke University Press.
- DE KERCKHOVE, D. (2014). *Psicotecnologie connettive*. Milano: Egea.
- ELIAS, N. (1990). *Che cos'è la sociologia*. Torino: Rosenberg & Sellier.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990). *The Three World of Capitalism*. Cambridge, Polity press.
- ESPING-ANDERSEN, G. (2005). Le nuove sfide per le politiche sociali del XXI secolo. *Stato e mercato*. 25(2): 181-206.
- FERRERA, M. (2006). *Le politiche sociali*. Bologna: il Mulino.
- FERRERA, M. (2013). Neowelfarismo liberale: nuove prospettive per lo stato sociale in Europa. *Stato e mercato*. 33(1): 3-36.
- HADDON, L., MANTE-MEIJER, E., SAPIO, B. et al., (a cura di) (2003), *The Good, the Bad and the Irrelevant: The user and the future of information and communication technologies* (pp.56- 62). Helsinki: Media Lab UIAH.
- GEHLEN, A. (1984). *L'uomo nell'era della tecnica*. Milano: SugarCo.
- GRUMAN, J. ROVNER, M. H., FRENCH, M. E. et al. (2010). From patient education to patient engagement: Implications for the field of patient education. *Patient education and counseling*, 78: 3. Disponibile online: <https://www.sciencedirect.com/journal/patient-education-and-counseling/vol/78/issue/3>.
- HIGGINS T., LARSON, E., SCHNALL, R., (2017). Unraveling the meaning of patient engagement: A concept analysis. *Patient education and counselling*. 100: 30-36.
- LUPTON, D. (2013). The Digitally Engaged Patient: Self-Monitoring and Self-Care in the Digital Health Era. *Social Theory & Health*. 11(3): 256-270.
- MARAZZI, A. (2012). *Uomini, cyborg e robot umanoidi: antropologia dell'uomo artificiale*. Bologna: Carocci.

- MARCELO, A., MEDEIROS, D., RAMESH, K. et al. (2018). Transforming health systems through good digital health governance. *Information Technology for Development*. 22(2): 306-319.
- MCLUHAN, M. (1964). *Understanding media*. McGraw-hill: New York.
- MIELE, F. (2022). *Anziani, salute e società. Politiche di welfare, discorso pubblico e cura quotidiana*. Bologna: il mulino.
- MUGGE, P., ABBU, H., MICHAELIS, T. L. et al. (2020). Patterns of digitization: A practical guide to digital transformation. *Research-Technology Management*. 63(2): 27-35.
- QUAGLIO, G., DARIO, C., STAFYLAS, P. et al. (2016). E-Health in Europe: Current situation and challenges ahead. *Health Policy and Technology*. (5)4: 314-317.
- SEGAL, L. (1998). The importance of patient empowerment in health system reform. *Health Policy*. 44: 31-44.
- SENNETT, R. (2007). *The culture of the new capitalism*. Yale: Yale University Press.
- SEPPILLI, T. (2014). Medical Anthropology, welfare state and political engagement. *Rivista della Società italiana di antropologia medica*. 17-18:41-49.
- TEISBERG, E. WALLACE, S. O'HARA, S. (2020). Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. *Academic Medicine*. 95(5).
- VAN DIJK, J. (2020). *The digital divide*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2013). *Health 2020 policy framework and strategy document*. Geneva. WHO. Disponibile online: [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf).
-