



Stili di vita. La ricetta neo-liberista



Angelo Stefanini

Le campagne di educazione di massa continuano a basarsi sul presupposto che la causa ultima delle malattie, e l'obiettivo su cui agire, risieda nei singoli individui e nelle libere scelte che essi compiono. Focalizzarsi sulla responsabilità individuale fornisce un'efficace copertura alle industrie del tabacco, alimentari, di bevande zuccherate e alcolici tese a difendere i loro profitti contro la minaccia di regolamentazioni o restrizioni governative.

Nonostante il messaggio della Commissione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sui determinanti sociali della salute^[1] e il dibattito sulla "determinazione sociale della salute"^[2] abbiano ormai raggiunto aziende sanitarie, assessorati alla sanità e forse anche qualche reparto ospedaliero, **la visione dominante della promozione della salute tra gli operatori del settore sembra rimanere inesorabilmente fossilizzata sul cambiamento dello "stile di vita" che il singolo individuo è sollecitato a compiere.** Un'immagine forse semplicistica della situazione è data dalla frequenza con cui compaiono le espressioni "determinanti sociali" e "stile/i di vita" nel testo del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 del Ministero della Salute: due volte la prima, ventisei volte la seconda^[3].

La mole di letteratura scientifica^[4,5,6] che dimostra la scarsa efficacia dell'approccio individualistico rispetto agli interventi strutturali e di popolazione e alle strategie combinate nel miglioramento durevole e sostenibile della salute sembra non essere ancora capace di modificare la pratica corrente: **l'health literacy e le campagne di educazione di massa continuano a basarsi sul presupposto che la causa ultima delle malattie, e l'obiettivo su cui agire, risieda nei singoli individui e nelle libere scelte che essi compiono.** Tale impostazione è rappresentativa di un orientamento medicalizzato ai problemi della salute. Nel caso dell'obesità, per esempio, le strategie sanitarie e gli interventi nutrizionali in voga tendono a rafforzare il principio che si tratti di una responsabilità individuale e quindi si debba intervenire, soprattutto attraverso la comunicazione interpersonale, sui determinanti più "prossimi" agli individui (come le abitudini alimentari, la sedentarietà, ecc.), perdendo di vista i contesti sociali e ambientali. L'esperto-nel-miglioramento-dello-stile-di-vita, il *lifestyle trainer*, è la risposta esemplare data a questo problema.

Alcuni autori hanno definito questo riduzionismo come "la deriva dello stile di vita"^[7], in cui i decisori politici, pur attenti ai nuovi dettami "evidence-based" delle agenzie internazionali che mostrano l'importanza dei determinanti 'a monte', distali e strutturali, nel percorso salute-malattia (come per esempio, la commercializzazione e pubblicità mirata di *junk-food* ai bambini), finiscono tuttavia per andare alla deriva, deviando "a valle" con strategie sostanzialmente individualiste. Porre l'accento sulla priorità di intervenire sul comportamento individuale, infatti, oscura le circostanze in cui le singole persone assumono una decisione che riguarda la loro salute. Come hanno sostenuto Moodie e colleghi^[8], prezzo, disponibilità, marketing e percezione di costi e benefici influenzano fortemente la scelta di consumare o no prodotti nocivi alla salute. Allo stesso modo, Hunter e Reddy^[9] notano come dieta e inattività fisica siano soltanto in parte determinati da preferenze individuali, ma più pesantemente influenzati da pratiche strutturali che facilitano o impediscono l'attività fisica. È comprensibile quindi come tale deriva possa arrivare fino a colpevolizzare chi in fondo non è che la vittima, o comunque non il principale responsabile di scelte comportamentali non certamente "libere".

"Non esiste una cosa chiamata società."

L'affermazione estrema dell'allora primo ministro britannico, Margaret Thatcher, che "non esiste una cosa chiamata società" è l'espressione più chiara dell'ethos individualista neo-liberista. **L'approccio**

individualistico è l'essenza del moderno trend verso la medicalizzazione della vita. È significativo osservare, per esempio, il capolavoro di travisamento ideologico contenuto nel multimiliardario programma europeo di ricerca *Horizon 2020*: la PHC, epico acronimo della *Primary Health Care*, la strategia, sociale oltre che sanitaria, per raggiungere la "Salute per Tutti" contenuta nella Dichiarazione di Alma Ata (1978, OMS), è ora utilizzata dalla Commissione Europea per promuovere il suo speculare opposto, la *Personalizing Health and Care*,^[10] con grande risalto all'uso delle nuove tecnologie bio-mediche e la ricerca genetica sulla cause di malattia. Un vero e proprio imbroglio concettuale che focalizza l'attenzione esclusiva sulla componente biologica delle persone e soprattutto sul "*complesso medico-industriale*"^[11] che dovrebbe fornire gli strumenti per proteggere la sua salute. Nella lotta alle malattie croniche non stupisce che un modello di questo tipo sia fortemente sostenuto dalle grandi multinazionali: **focalizzarsi sulla responsabilità individuale, infatti, fornisce un'efficace copertura alle industrie del tabacco, alimentari, di bevande zuccherate e alcolici tese a difendere i loro profitti contro la minaccia di regolamentazioni o restrizioni governative.** In altre parole, l'industria ha un forte interesse nella medicalizzazione della vita perché tale approccio alla salute va a suo vantaggio.

La coalizione delle industrie che controllano la produzione e la distribuzione globale dei prodotti alimentari e delle bevande dolcificate (*BigFood*) ha svolto un ruolo determinante nella formulazione dell'agenda per il controllo delle malattie croniche non trasmissibili. Al vertice delle Nazioni Unite del 2011, la sua attività di lobbying ha in pratica smorzato la discussione e ogni proposta di adozione di interventi normativi^[12]. All'Assemblea Mondiale della Sanità del 2013 *BigFood* si è prodigata a propagandare gli effetti "nocivi" della tassazione e dei limiti imposti alla pubblicità. Anche a casa nostra, il ministro Balduzzi nel 2012^[13] e la ministra Lorenzin nel 2014^[14] hanno fatto da cassa di risonanza al messaggio dell'industria: "No alle regole, vogliamo la libertà di scelta! Suvvia, siamo o no cittadini responsabili in grado di decidere da soli che cosa è giusto o sbagliato per la nostra salute!!".

Regime di vita *politically correct*

Oggi, l'uso del termine "stile di vita" implica l'adozione di uno specifico regime di vita politicamente corretto, che comprende l'assillo della dieta, determinate forme di esercizio fisico, la rinuncia a comportamenti "non salutari" definiti da esperti, la riduzione o l'eliminazione di "fattori di rischio" (come l'ossessione del colesterolo) e la regolare frequenza a visite mediche di controllo, *check-up* e screening. Tale regime di vita portato ai suoi estremi è il riflesso di un'ideologia politico-economica che negli ultimi quarant'anni sembra essere diventata l'unico modo possibile di organizzare e gestire la società umana. Lo "stile di vita" fa da importante puntello a questa visione del mondo di cui è diventato il totem.

Quale tipo di promozione della salute può emergere da una simile filosofia della vita sociale? Innanzitutto, l'idea dello "Stato minimalista" va evidentemente contro i contenuti della Carta di Ottawa, il documento dell'OMS del 1986 che definisce la promozione della salute come essenzialmente legata alle scelte politiche in tutti i settori e a ogni livello della organizzazione sociale. Piuttosto che investire nei requisiti per una buona salute descritti dalla Carta, come reddito, abitazione, cibo, coesione sociale, ecc. ossia i determinanti sociali della salute, il quadro di riferimento neo-liberista è saldamente ancorato all'approccio dello stile di vita individualizzato. In questo modo, ciò che andrebbe visto come un problema sociale, un fallimento dello Stato e della società, ora deve essere inteso come una sconfitta del singolo individuo, una questione di responsabilità personale. Disoccupazione, povertà o mancanza di istruzione sono ridefinite come errate scelte personali di cittadini che hanno liberamente compiuto la loro scelta. Anche se il gergo dei determinanti sociali fa occasionalmente capolino nei documenti istituzionali e nei discorsi ufficiali dei responsabili delle istituzioni sanitarie a tutti i livelli, è discutibile in che misura tali affermazioni in realtà vadano al di là della retorica.

Al contrario, le politiche di promozione della salute che tendono a ricevere la maggiore approvazione sono quelle che suggeriscono che tutto andrà bene se gli individui semplicemente fanno esercizio fisico per trenta minuti al giorno e consumano più frutta e verdura. Questo discorso viene promosso anche in un momento in cui per la maggioranza dei cittadini le condizioni sociali ed economiche sono gravemente peggiorate. A prescindere dagli indisputabili benefici che sedute in palestra e diete personalizzate hanno sulla salute di una persona, appare evidente che tali pratiche individualizzate di autoregolamentazione finiscono per oscurare altre forme di conoscenza consolidata ed *evidence-based* come la determinazione sociale della salute, il ruolo fondamentale che l'organizzazione sociale ha sulla salute individuale e collettiva.

È quindi chiaro come il principio di responsabilità personale funzioni da caposaldo dello Stato neo-liberista non soltanto per una questione di efficienza economica, bensì come concetto carico di valore, un dovere di cittadinanza. **Idealmente, oltre a rimuovere un notevole carico dalle spalle dello Stato, trasformare questioni sociali in problemi personali, in "stili di vita" legati alla salute, sostenendo ad esempio la nuova ondata di salutismo, significa anche connotare tali problemi in senso moralistico**^[15]. Le

conseguenze per coloro che non si conformano alle regole di un “sano” stile di vita sono reali e comprendono il biasimo pubblico per non essere in grado di fare proprie le principali metafore e simboli della cittadinanza neoliberista, come l’etica capitalistica del duro lavoro e dei sacrifici necessari per rimanere sano, incarnata nel corpo asciutto, atletico e in forma. Messaggi di promozione della salute come “essere attivo”, “mangiare sano” e “perdere peso” sono con forza propagati come la panacea al moderno problema delle malattie croniche. Sono questi i rudimenti ideologici inculcati nei cittadini nel tentativo di renderli individui intraprendenti e capaci di auto-governarsi. In questa logica, sono le persone a essere poste al centro delle strategie di promozione della salute, non i sistemi sociali.

La salute al mercato e il mercato della salute

In questo passaggio dall’intervento dello Stato alla responsabilità individuale, i cittadini non sono lasciati soli nel processo virtuoso che dovrebbe condurli alla salute e del benessere. Una massiccia gamma di conoscenze specialistiche è messa a loro disposizione sotto forma di liste di “cose da fare e da non fare” per una vita sana. **L’aziendalizzazione e la mercificazione della salute facilitano questo processo, aiutando i cittadini a diventare consumatori e imprenditori**[16], ruoli essenziali nel meccanismo capitalistico del mercato. Se da una parte lo Stato fa un passo indietro dall’intervenire direttamente nelle questioni sociali ed economiche, dall’altra parte apre la strada alla creazione di mercati completamente nuovi. Ciò appare evidente nell’aumento del settore salutistico e nella sua capacità espansiva in tutti i campi che riguardano il corpo, la mente e lo spirito. ‘Esperti’ e aziende private sono incoraggiate a offrire i propri prodotti e servizi nel contesto di un libero mercato in cui il cittadino responsabile, attento alla propria salute, farà le proprie libere scelte.

Ai tempi del neo-liberismo imperante, è difficile ignorare la supremazia del mercato nelle questioni concernenti la salute. Gli scaffali dei negozi di alimentari sono disseminati di prodotti a basso contenuto di sodio, ridotto contenuto di grassi, etichette con numero di calorie e controlli sanitari di vario tipo. Scarpe da corsa, abiti e reggiseni sportivi, libri sulla salute, riviste di fitness, DVD di esercizi fisici, pillole dimagranti, bevande reidratanti, barrette energetiche e macchine di ogni tipo per modellare i muscoli: sono solo alcuni esempi di ciò che l’industria della salute ha da offrire. Non c’è limite fin dove può spingersi il mercato e l’ethos imprenditoriale nel settore della salute.

Il cittadino sano e saggio impara ben presto l’importanza dell’assicurazione contro i rischi per la salute di cui è disseminato l’ambiente circostante. Se un rischio può essere definito come la probabilità di perdita o danno, in termini di promozione della salute possiamo intendere questa perdita o danno come la possibilità di ammalarsi o di morire prematuramente. È l’imminenza di questo danno, la potenzialità delle malattie croniche di rappresentare una minaccia per la vita, che legittima le strategie di promozione della salute. In questo modo la gestione del rischio assume un ruolo centrale tra i principi della razionalità neoliberista. Di fronte al danno imminente che il concetto di rischio implica e il conseguente senso di angoscia e di urgenza dell’azione, ci si attende che le persone prudenti e responsabili rispondano circondandosi dei beni e dei servizi offerti con grande prodigalità dal fiorente settore dell’industria della salute e delle assicurazioni.

La disuguaglianza come scelta?

In questo clima politico, economico e sociale, le crescenti disuguaglianze in salute diventano una conseguenza inevitabile della libertà di scelta. Mentre i più accorti prestano attenzione ai messaggi salutistici promossi dagli esperti, altri “scelgono” di andare per la propria strada e divengono essi stessi artefici della propria perdita di salute. In questo modo, le disuguaglianze in salute sono “normalizzate”, rimanendo semplici differenze naturali il cui peso può tranquillamente essere rimosso dalla coscienza degli organi di governo e addossato alle singole persone, le reali responsabili delle proprie scelte e dei propri comportamenti. È evidente che il modo in cui si parla della salute nelle società neoliberali contemporanee riflette e rafforza questa ideologia politica. L’agenda neo-liberista dello Stato minimale e di mercati con poche o senza regole, e, allo stesso tempo, un corpo sociale composto di cittadini attenti alla propria salute, ma consci dell’inevitabilità delle disuguaglianze, diventa così la rappresentazione della società “sana”.

Evidenziare come questa logica influenzi in molti casi le politiche di promozione della salute aiuta a comprendere come il pensiero neo-liberista contribuisca a definire il modo in cui le società occidentali contemporanee sono giunte a comprendere che cosa significa essere e mantenersi in buona salute. E contribuisce a elaborare politiche di promozione della salute coerenti ed efficaci.

Bibliografia

1. WHO Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: Commission on Social Determinants of Health Final Report. Geneva: World Health Organization, 2008.
2. Spiegel JM, Breilh J, Yassi A. Why language matters: insights and challenges in applying a social determination of health approach in a North-South collaborative research program. *Globalization and Health* 2015;11(1):9.
3. Ministero della Salute. [Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018](#) [PDF: 889Kb]

4. [AHA Scientific Statement Population Approaches to Improve Diet, Physical Activity, and Smoking Habits](#). A Scientific Statement From the American Heart Association.
5. Puska, Pekka. Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. *Public Health Medicine* 2002; 4(1): 5-7.
6. Meiro-Lorenzo, Montserrat, Tonya L. Villafana, and Margaret N. Harrit. [Effective responses to non-communicable diseases: embracing action beyond the health sector](#). Washington DC: The World Bank, 2011.
7. Katikireddi SV, Higgins M, Smith KE, Williams G. Health inequalities: the need to move beyond bad behaviours. *J Epidemiol Community Health* 2013;67(9):715-6. doi: 10.1136/jech-2012-202064
8. Moodie R, Stuckler D, Monteiro, Sheron N, Neal B, Thamarangsi T, et al. Profits and pandemics: prevention of harmful effects tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *Lancet* 2013; 381: 670-9
9. Hunter DJ, Reddy KS. Global health: noncommunicable diseases. *N Engl J Med* 2013; 369: 1336-43.
10. [HORIZON 2020 – Work programme 2014-2015. Health, demographic change and wellbeing](#)[PDF: 1,1 Mb]. European Commission Decision C (2015)2453 of 17 April 2015
11. Relman, Arnold S. The new medical-industrial complex. *The New England Journal of Medicine* 1980; 303 (17): 963-970.
12. Stuckler D, Basu S, McKee M. Commentary: UN high level meeting on non-communicable diseases: an opportunity for whom? *BMJ* 2011; 343: d5336. DOI: 10.1136/bmj.d5336.
13. Rame S. [Balduzzi sgasato: niente tassa sulle bibite](#). *Il Giornale*, 02.09.2012
14. De Bac M. [Zucchero, Italia contro Oms Lorenzin: «Sbagliato dimezzarlo»](#). *Il Corriere della Sera*, 19.11.2014
15. Galvin R. Disturbing notions of chronic illness and individual responsibility: towards a genealogy of morals. *Health* 2002; 6(2):107–137.
16. Idem.



Fonte: SALUTEINTERNAZIONALE.info

pubblicato su:

