

Antonio Maturò
Francesca Setiffi

GLI ASPETTI SOCIALI DEL WELLNESS

FrancoAngeli

OPEN  ACCESS



OPEN

SOCIOLOGY

Open Sociology

Direzione scientifica

Linda Lombi, Michele Marzulli
(Università Cattolica di Milano)

OPEN
SOCIOLOGY

Open Sociology è una collana che si propone di raccogliere contributi, sia di taglio teorico che empirico, sui temi chiave della sociologia. Open significa innanzitutto la scelta di un modello editoriale di condivisione del sapere (*open access*), ma anche un'idea di conoscenza aperta e interdisciplinare, in cui la sociologia non rinuncia a sconfinamenti, scambi e confronti con le altre scienze umane. L'apertura si riferisce anche alla possibilità concreta data a giovani studiosi e ricercatori di proporre iniziative editoriali e progetti culturali innovativi. Infatti, la collana è guidata da un Comitato scientifico e una Direzione composta da giovani studiosi, ma non rinuncia al confronto con un comitato internazionale e al supporto di un Comitato di saggi che garantisce della validità delle proposte.

La rivoluzione digitale degli ultimi anni, insieme a molti altri cambiamenti che hanno investito la società contemporanea, ha comportato la possibilità di comunicare in maniera aperta i contenuti del sapere che tradizionalmente erano rimasti chiusi nell'accademia. In quanto *open access*, la collana mira a diffondere la conoscenza sociologica attraverso un orientamento di apertura e accessibilità, favorendo la spendibilità del sapere in tutti i contesti, istituzionali e non, in cui questa forma di pubblicazione rappresenta un requisito indispensabile.

I manoscritti proposti sono sottoposti a referaggio in doppio cieco.

Comitato scientifico

Biagio Aragona (*Università di Napoli*), **Davide Arcidiacono** (*Università di Catania*), **Charlie Barnao** (*Università di Catanzaro*), **Davide Bennato** (*Università di Catania*), **Alessia Bertolazzi** (*Università di Macerata*), **Silvia Cervia** (*Università di Pisa*), **Romina Deriu** (*Università di Sassari*), **Raffaella Ferrero Camoletto** (*Università di Torino*), **Angela Genova** (*Università di Urbino*), **Fabio Introini** (*Università Cattolica di Milano*), **Cristina Lonardi** (*Università di Verona*), **Roberto Lusardi** (*Università di Bergamo*), **Elena Macchioni** (*Università di Bologna*), **Natalia Magnani** (*Università di Trento*), **Beba Molinari** (*Università di Catanzaro*), **Veronica Moretti** (*Università di Bologna*), **Luca Mori** (*Università di Verona*), **Matteo Moscatelli** (*Università Cattolica di Milano*), **Sara Nanetti** (*Università Cattolica di Milano*), **Marta Pantalone** (*Università di Venezia*), **Nicola Pasini** (*Università degli Studi di Milano*), **Nicoletta Pavesi** (*Università Cattolica di Milano*), **Marco Pedroni** (*Università eCampus*), **Annamaria Perino** (*Università di Trento*), **Paolo Parra Saiani** (*Università di Genova*), **Alessandra Sannella** (*Università di Cassino*), **Mariagrazia Santagati** (*Università Cattolica di Milano*), **Alice Scavarda** (*Università di Torino*).

Comitato dei saggi

Natale Ammataro (*Università di Salerno*), **Elena Besozzi** (*Università Cattolica di Milano*), **Andrea Bixio** (*Università "La Sapienza" di Roma*), **Bernardo Cattarinussi** (*Università di Udine*), **Alessandro Cavalli** (*Università di Pavia*), **Vincenzo Cesareo** (*Università Cattolica di Milano*), **Costantino Cipolla** (*Università di Bologna*), **Roberto Cipriani** (*Università Roma Tre*), **Pierpaolo Donati** (*Università di Bologna*), **Renzo Gubert** (*Università di Trento*), **Clemente Lanzetti** (*Università Cattolica di Milano*), **Alberto Marradi** (*Università di Firenze*), **Rosanna Memoli** (*Università "La Sapienza" di Roma*), **Everardo Minardi** (*Università di Teramo*), **Mauro Niero** (*Università di Verona*), **Nicola Porro** (*Università di Cassino*), **Giovanna Rossi** (*Università Cattolica di Milano*), **Ernesto Savona** (*Università Cattolica di Milano*), **Antonio Scaglia** (*Università di Trento*), **Raimondo Strassoldo** (*Università di Udine*), **Willem Tousijn** (*Università di Torino*).

Comitato internazionale

Ilona Biernacka-Ligięza (*University of Marie Curie-Sklodowska - Polonia*), **Carlos Gallegos Elías** (*Unam - Universidad Nacional Autónoma de México*), **Carlos Gutiérrez Rohàn** (*Universidad de Sonora - Mexico*), **Juan Ignacio Piovani** (*Universidad Nacional de La Plata - Argentina*), **Ericka Johnson** (*Linköping University - Svezia*), **Victoria Robinson** (*York University - Regno Unito*), **Karen Willis** (*La Trobe University - Australia*).

Antonio Maturò
Francesca Setiffi

GLI ASPETTI SOCIALI DEL WELLNESS



La pubblicazione di questo volume è stata possibile grazie al contributo del progetto SID 2018 “L’innovazione 4.0: Culture Organizzative e Pratiche Sociali nelle Imprese del Nord Est” (prot. BIRD 188325, Responsabile Scientifico: Prof.ssa Francesca Setiffi) e dei fondi di Dotazione Ordinaria della Ricerca del Dipartimento di Scienze Politiche, Giuridiche e Studi Internazionali (SPGI) dell’Università degli Studi di Padova.

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Pubblicato con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

L’opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d’autore. L’Utente nel momento in cui effettua il download dell’opera accetta tutte le condizioni della licenza d’uso dell’opera previste e comunicate sul sito

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Indice

Introduzione	pag.	7
1. La società di oggi tra accelerazione, performance e medicalizzazione	»	9
1. La società dell'accelerazione	»	9
2. La società della performance	»	15
3. La cultura terapeutica	»	19
4. La società senza dolore	»	24
2. Felicità, benessere e qualità della vita	»	29
1. Teorie sociologiche della felicità	»	29
2. Costruzioni sociali di benessere soggettivo	»	33
3. Culture di felicità	»	35
4. Felicità Interna Lorda e qualità della vita	»	37
5. Limiti della psicologia positiva	»	41
3. La salute nel XXI secolo	»	45
1. La crescita dell'aspettativa di vita	»	46
2. La rapida ascesa dei costi sanitari	»	50
3. Il problema dell'obesità nella società contemporanea	»	56
4. La diminuzione globale dell'attività fisica	»	61
4. Wellness sul lavoro, turismo wellness e mercato del fitness	»	67
1. Attività fisica e prestazioni lavorative	»	68
2. Turismo <i>wellness</i>	»	70
3. Il mercato del fitness	»	76
4. Verso una società <i>wellness</i> ?	»	79

**Conclusioni. Spunti per un modello www:
tra welfare, wellbeing e wellness** pag. 83

Riferimenti bibliografici » 87

Introduzione

In questo testo cerchiamo di fornire un'inquadratura sociologica al fenomeno del *wellness*, distinguendolo dal *wellbeing* e, ovviamente, dal *welfare* – tutti in italiano traducibili con “benessere”. A nostro avviso, tale argomento diviene ancora più importante oggi, dopo il Covid.

L'itinerario che proponiamo si snoda attraverso quattro capitoli.

Nel primo capitolo presentiamo le principali teorie sociologiche contemporanee connesse a questa tematica. Cominciamo con la teoria dell'accelerazione sociale e delle sue connessioni con la felicità. Proseguiamo poi con l'enucleare i principali elementi della prospettiva della società della prestazione, una teoria che specifica in modo analitico alcune conseguenze dell'accelerazione. Subito dopo mostriamo come la “cultura terapeutica” stia prendendo sempre più spazio nella nostra società e ne forniamo numerosi esempi. Concludiamo, con una proposta che per certi versi porta all'estremo la cultura terapeutica, ovvero l'idea della società “senza dolore”. Si tratta della prospettiva di filosofia sociale di Byung-Ciul Han.

Nel secondo capitolo ci soffermiamo sulle principali considerazioni sociologiche sulla felicità, con particolare riferimento alla teoria della costruzione sociale della realtà. Mostriamo inoltre come il concetto di benessere, e quindi anche di valutazione cognitiva della propria vita, possa variare in dif-

ferenti culture. Descriviamo poi l'esperienza istituzionale più compiuta rispetto alla felicità ovvero la proposta della "Felicità Interna Lorda" del Bhutan. Concludiamo con alcune annotazioni critiche verso la "psicologia positiva".

Nel terzo capitolo ci soffermiamo sui principali dati epidemiologici e le loro conseguenze sociali nella società contemporanea. In particolare, descriviamo la crescita dell'aspettativa di vita e i suoi effetti, anche economici. Ci soffermiamo poi su un fenomeno drammatico: ovvero il dilagare dell'obesità. Parallelamente forniamo alcuni dati e riflessioni sulla preoccupante riduzione dell'attività fisica negli ultimi cinquanta anni.

Nel quarto capitolo invece discutiamo di tre ambiti. Il primo è l'importanza del *wellness* sul luogo di lavoro. Il secondo ambito è il turismo *wellness*, un'area in forte sviluppo (Covid permettendo). La terza area riguarda le modalità di incentivazione e promozione di una cultura *wellness*. Questi ultimi due capitoli riprendono parzialmente la struttura di alcune parti di un report scritto da Antonio Maturo per la Wellness Foundation nel 2018 – Il circolo virtuoso del *wellness* – i dati sono stati riaggiornati e molte considerazioni riviste alla luce del Covid. Ringrazio Luigi Angeli di Wellness Foundation per la fiducia dimostratami.

Nelle Conclusioni proponiamo un modello, o meglio l'inizio di un modello, fondato sulle *www* - *welfare*, *wellness*, *wellbeing*.

Materialmente il primo e il secondo capitolo sono stati scritti da Francesca Setiffi, il resto da Antonio Maturo, chiaramente abbiamo discusso tutti i punti del volume insieme.

1. La società di oggi tra accelerazione, performance e medicalizzazione

Nel presente capitolo forniamo una descrizione di alcune teorie sociologiche che hanno individuato alcuni tratti peculiari della società contemporanea e ne hanno dato una lettura originale. In specifico, riprendiamo la teoria dell'accelerazione di Hartmut Rosa; la sistematizzazione proposta da Federico Chicchi e Anna Simone riguardo alle teorie sociologiche della società della prestazione; la descrizione della cultura terapeutica fornita da Frank Furedi e le argomentazioni di Byung-Chul Han rispetto alla scomparsa sociale del dolore nella società contemporanea.

Tali prospettive sono necessarie per inquadrare ed accennare al possibile ruolo del *wellness* nella società *post covid*, obiettivo che sviluppiamo nelle Conclusioni del presente volume.

1. La società dell'accelerazione

Quante volte abbiamo sbuffato e sospirato perché non siamo riusciti a portare a termine un impegno per mancanza di tempo? E quante volte ci siamo lamentati perché le cose corrono troppo in fretta e noi non riusciamo più a “starci dietro”?

La crescita della velocità dei processi sociali, comunicativi e tecnologici è motivo di lamento per tutti noi e oggetto di studio per le scienze sociali. In special modo, Hartmut Rosa ha introdotto e analizzato il concetto di accelerazione. La premessa di questa scelta è semplice ed elegante: «un modo di esaminare la forma e la qualità della nostra vita consiste nell’osservarne le strutture temporali» (Rosa, 2015, p. VIII).

La rapidità è una categoria fondamentale del nostro tempo. L’aveva individuata già Italo Calvino per le sue *Lezioni americane. Sei proposte per il prossimo millennio* scritte nel 1985 e purtroppo mai presentate a Harvard dove era stato invitato – purtroppo Calvino morì e le sue *Lezioni* uscirono postume.

A Rosa non sfugge che la rapidità attraversa trasversalmente anche i concetti classici della sociologia come la differenziazione di Durkheim; la razionalizzazione di Weber; la domestificazione di Marx; l’idea di erosione dei mondi vitali di Habermas; la crescita dei sottosistemi di Luhmann; il moltiplicarsi dei rischi di Beck e altri si potrebbero citare. Ma anche nella nostra vita quotidiana possiamo notare come la velocità, spesso intrecciata con i consumi, scandisca le nostre scelte: “compra con un click” o anche: “premi qui per prelevare 100 euro senza ricevuta”. I casellanti nelle autostrade sono estinti da anni, perché col telepass non dobbiamo neppure più fermarci. I biglietti ferroviari li compriamo in un minuto dal cellulare. In hotel diciamo solo “Buonasera” quando arriviamo perché abbiamo già inviato la nostra carta di identità scannerizzata quando con un click abbiamo prenotato la stanza sulla piattaforma digitale. La velocità di imbarco sui voli è commisurata e “prioritizzata” al prezzo del nostro biglietto, quasi montare sull’aereo prima degli altri fosse un simbolo di status. Tra l’altro vi è anche un obbligo alla velocità: il *check in* è ormai solo *on line*. Osservando più da vicino questi

fenomeni, scrive Rosa che risulta possibile dividerli in tre categorie analiticamente ed empiricamente distinte: accelerazione tecnologica, accelerazione dei mutamenti sociali e accelerazione del ritmo di vita.

Tipi di accelerazione

L'accelerazione tecnologica riguarda l'incremento della velocità nei processi comunicativi, nella produzione e nei trasporti. L'accelerazione tecnologica ha prodotto effetti enormi. In primis, ha trasformato «il “regime spazio-temporale” della società, ossia la percezione e organizzazione dello spazio e del tempo nella vita collettiva» (Rosa, 2015, p. 10). Risulta infatti che «lo spazio appare virtualmente “contrarsi” per effetto della velocità dei trasporti e della comunicazione» (Rosa, 2015, p. 10).

L'accelerazione dei mutamenti sociali si basa sull'idea che «gli stessi ritmi del cambiamento stiano cambiando. Così atteggiamenti e valori, ma anche mode e stili di vita, relazioni e obblighi sociali, gruppi, classi, ambienti e linguaggi sociali, e anche comportamenti e abitudini pare stiano mutando a ritmi sempre crescenti» (Rosa, 2015, pp. 11-12). Si attua una vera e propria *contrazione del presente*. Per rendere chiaro cosa intende con questa espressione bisogna rivolgersi ai ritmi dei mutamenti sociali. In tal senso, Rosa fa due esempi: lavoro e famiglia. In tali ambiti si è passati «dal ritmo intergenerazionale della prima età moderna al ritmo generazionale della “modernità classica” fino al ritmo intragenerazionale della tarda modernità». Tradotto in esempio concreto, Rosa fa notare che nella prima età moderna lo stesso lavoro veniva svolto per più generazioni (se uno aveva il padre contadino, avrebbe fatto il contadino e i suoi figli pure); la modernità si caratterizza

invece per il fatto che la persona sceglie il lavoro, e poi lo fa per tutta la vita (non necessariamente quello del padre); nella tarda modernità una persona cambia lavoro più volte nella propria vita. Per quanto riguarda la famiglia: «la struttura della famiglia tipo nelle società agricole tendeva a rimanere stabile nei secoli e il cambio generazionale lasciava intatta la struttura di base. Nella modernità classica (all'incirca tra il 1850 e il 1970) la struttura era invece pensata per durare una generazione: era organizzata attorno a una coppia e tendeva a dissolversi con la morte dei coniugi. Nella tarda modernità si osserva una tendenza crescente da parte dei cicli di vita familiare a durare meno della vita dell'individuo: aumento di divorzi e nuovi matrimoni sono la prova più evidente di questo fatto» (Rosa, 2015, p. 14).

Per accelerazione dei ritmi di vita, Rosa intende «un aumento del numero di singole azioni o esperienze in un'unità di tempo, cioè la conseguenza del desiderio o del bisogno percepito di fare più cose in meno tempo» (Rosa, 2015, pp. 15-16). È proprio la dimensione legata al senso di mancanza di tempo tipica dei nostri tempi. Ma oltre la sensazione, l'accelerazione dei ritmi di vita può essere provata oggettivamente. Un primo esempio riguarda la riduzione di tempo dedicato ad alcune attività: oggi dedichiamo meno tempo rispetto a cento anni fa al sonno e al cibo. Un secondo esempio dell'accelerazione dei ritmi di vita riguarda la possibilità del *multitasking*: ad esempio viaggiare in treno ma allo stesso tempo scrivere e ricevere telefonate.

Le cause dell'accelerazione sociale

Potremmo pensare che l'accelerazione tecnologica produca un rallentamento dei ritmi di vita, visto che aumenta il tempo libero. Ma curiosamente questo non accade.

Questo non-avvenimento è esattamente il nucleo dell'accelerazione sociale. Ma quali sono le cause? Rosa ne individua due: competizione e promessa dell'eternità.

La competizione non è una dimensione solo legata all'ambito sportivo o economico. Essa attraversa tutte le sfere sociali e spinge tutti a correre. Chi si ferma rimane indietro. La competizione determina la posizione sociale che occuperemo, scrive forse troppo ottimisticamente Rosa. Poiché l'unità di misura della competizione è la *prestazione* si capisce perché si corra tanto, dice Rosa.

La seconda causa, o "ruota motrice", è un fattore culturale: «nella società moderna e secolarizzata l'accelerazione funge da equivalente funzionale della promessa (religiosa) della vita eterna» (Rosa, 2015, P. 26). In altri termini, constatato che non si può vivere eternamente dobbiamo trovare un equivalente. Infatti, per cosa si caratterizza la vita eterna? Banalmente, se così possiamo dire, per la possibilità di fare un sacco di cose. Quindi, se noi facciamo tante cose, se noi affolliamo la nostra vita di esperienze, se partecipiamo a tantissimi eventi è come se vivessimo per l'eternità. Dunque sembra che «l'accelerazione del «ritmo di vita» sia la nostra risposta (ossia la risposta della modernità) al problema della finitezza e della morte», tuttavia, conclude laconicamente Rosa: «È superfluo dire che purtroppo la promessa alla fine non viene mantenuta» (Rosa, 2015, P. 28).

Tipi di decelerazione sociale

Benché Rosa individui nell'accelerazione la cifra della società, sono presenti però anche forze contrarie. Infatti, vanno menzionate almeno quattro tipi di decelerazione.

Innanzitutto, ci sono “limiti naturali” all'accelerazione, come alcuni limiti fisici.

Poi, più interessanti, ci sono le “zone di decelerazione”. Si tratta di aree, anche piuttosto eterogenee tra loro, nelle quali la lentezza e la tradizione hanno un valore, ad esempio il modo di vivere degli Amish. Oppure, su un altro piano, le modalità di lavorazione di alcuni cibi o bevande “fatte come una volta”. Rosa cita la pubblicità del whisky Jack Daniels. Ma oggi sappiamo quanto abbia importanza il suffisso “slow” – a cominciare dallo *slow food* – per indicare una filosofia d'azione umana e rispettosa dei tempi della natura.

Ci sono, com'è intuibile, anche le decelerazioni causate proprio dall'accelerazione. Tipico esempio potrebbe essere un ingorgo stradale. Oppure, la depressione causata dai ritmi di vita per molti troppo veloci.

Vi è poi la decelerazione opposizionale ideologica rappresentata da gruppi che si oppongono all'accelerazione, come i luddisti o, in tempi più recenti, coloro che vogliono il ritorno alla lira.

Di particolare importanza è invece la decelerazione funzionale. Questo è un rallentamento fatto apposta per poi riaccelerare – «Dolcemente viaggiare, rallentando per poi accelerare», cantava nel secolo scorso Lucio Battisti. Gli esempi sono molteplici. Lo yoga fatto per essere maggiormente produttivi sul lavoro; l'anno sabbatico; il *downshifting* temporaneo di un manager d'azienda.

2. La società della performance

Nel loro volume su *La società della prestazione*, Federico Chicchi e Anna Simone (2017) analizzano in modo minuzioso la mutazione antropologica del soggetto causata dal capitalismo neoliberista. L'io si fa impresa e, come un'impresa, deve produrre, competere e avere successo. Sulla scorta di Han (2012), Chicchi e Simone affermano: «Il nuovo imperativo sociale, fondato sulla prestazione individuale, assume una determinazione societaria concreta attraverso la generalizzazione della forma impresa come forma soggettiva adeguata alle esigenze produttive del capitalismo postindustriale. I soggetti di prestazione in altre parole sono o devono diventare imprenditori di sé stessi» (Chicchi, Simone, 2017, p. 63).

Si tratta quindi di un soggetto che deve tendere al continuo auto-miglioramento. Deve addestrarsi a essere competitivo. Tale attitudine, tuttavia, non è confinata alla sfera economica, ma si estende anche ad ambiti diversi come la formazione, gli affetti, le amicizie. Giocoforza «un soggetto per sostenere l'incessante richiesta di perfezionamento del proprio potenziale deve abdicare alla sua stanzialità e iscriversi in un processo inarrestabile di continuo perfezionamento (*empowerment*) che non conosce né pause né tempi morti» (Chicchi, Simone, 2017, p. 112).

Ma come può una persona portare avanti un progetto e un compito su stesso così ambizioso? Quali conoscenze deve possedere ed essere in grado di mobilitare?

Secondo Chicchi e Simone, il processo di *Bildung* del soggetto poggia su sapere eterogenei:

la società della prestazione e il mercato che la genera utilizzano i saperi provenienti dalla managerialistica, dalla psicologia cognitiva e comportamentale, financo dalle discipline orientali e dalle tecniche militari di addestramento, non più solo per generare un regno degli inclusi e un regno degli esclusi, ma per condurre a sé qualsiasi attitudine dell'umano e del sentire più intimo e profondo, per includere differenziando (Chicchi, Simone, 2017, p. 112).

All'apparenza distanti, questi saperi hanno secondo noi il tratto comune della rapidità, della accessibilità e della "cosmetica".

Sono saperi "rapidi" perché si caratterizzano per una serie di istruzioni che permettono il cambiamento quasi istantaneo, se seguite fedelmente. Un po' come le istruzioni Ikea.

Sono accessibili perché non presuppongono una propedeuticità. Apparentemente tutti possiamo sviluppare competenze "smart" per essere più prestanti e competitivi: possiamo imparare a leggere tre libri la settimana, a essere più assertivi e anche a essere più seducenti o a parlare in pubblico. Si tratta, appunto, solo di tecniche e tecnologie per lo sviluppo del sé.

Di conseguenza, ciò che diventiamo rimane sulla superficie della nostra soggettività. È una socializzazione "cosmetica", solo esteriore, e solo temporanea. La flessibilità richiede trasformazioni reversibili, visto che dobbiamo essere pronti a cogliere nuove sfide e dobbiamo saperci adattare a situazioni sempre cangianti.

Perfino le menzionate discipline orientali appaiono piegate alle esigenze del consumo rapido e senza sforzo. Ad esempio, la *mindfulness* prende il posto della meditazione e lo yoga diviene un mezzo per ricaricarci e per essere più produttivi. Chiaramente, non si può essere contro delle pratiche che riducono lo stress e che comunque sono salutari, tuttavia come scrive Barker

(2014), l'idea sottesa alla *mindfulness* è che tutte le ansie e il disagio che proviamo siano un nostro problema mentale, dei fatti interni alla nostra psiche. Così facendo si espelle però qualsiasi considerazione di taglio politico e di critica all'esistente. C'è chi critica inoltre la pedagogia della *mindfulness*.

Learning to become mindful is one way members of the younger generation become charged with a moral responsibility to augment their own emotional wellbeing. The capacity for personal prevention and self-surveillance that school-based mindfulness training inculcates in the young, in turn, is central to the self-managing figure that neoliberalism prizes. When institutionalized as a form of therapeutic education, therefore, mindfulness meditation is not ideologically neutral but rather morphs into a neoliberal self-technology (Reveley, 2016, 497).

La retorica dell'individuo-impresa è esemplificata nella sfera digitale e nella "filosofia" del *Quantified Self* (Maturò, Setiffi, 2020). Il *Quantified Self* è oggi un fenomeno talmente diffuso che, in fondo, è poco interessante in sé. In sostanza, indica il soggetto che si quantifica attraverso il *self-tracking*.

Sappiamo infatti come grazie a *smartphone* e *wearable* possiamo raccogliere un'infinità di dati su noi stessi. Dati fisiologici (ad esempio, il battito cardiaco), dati legati all'attività fisica (ad esempio, i passi fatti), dati comportamentali (ad esempio, il numero di caffè bevuti), dati emotivi (il nostro stato d'animo). Il *Quantified Self* è qualcuno/qualcosa che raccoglie big data su sé stesso per migliorare le proprie prestazioni: correre più veloce, lavorare di più, fumare meno... Del resto, abbiamo oggi il nostro Laboratorio di Ricerca & Sviluppo portatile: lo *smartphone* raccoglie dati, li elabora, produce statistiche. E sappiamo quanto i dati ci influenzano. Anzi, in questa pratica di soggettivazione molto unidimensionale, si discute di *data-double*. Ovvero

quella rappresentazione del sé fatta di numeri, *benchmark*, percentuali, grafici. Questo “double”, questa copia del sé fatta delle parti quantificabili, diviene sempre più preponderante nella vita quotidiana. Influenza le nostre azioni verso un miglioramento continuo riducendo interazioni e azioni sociali a prestazioni quantificabili, misurabili, comparabili. Ma questo appare perfettamente coerente, considerato che «la dimensione prestazionaria può essere effettivamente considerata come la misura dell’azione competitiva, cioè, in altre parole, come il criterio fondamentale di gerarchizzazione ordinale della soggettività impegnata a concorrere e a formarsi sul mercato» (Chicchi, Simone, 2017, p. 55).

Chicchi e Simone (2017), sulla scorta di Boltanski e Chiapello (2014), enfatizzano la centralità del management come scienza organizzativa e quindi del manager come modello del nostro tempo.

La logica psichica che sottende questo spostamento organizzativo è molto semplice: gli individui gettati nell’arena della competitività o si affidano alle capacità prestazionali di sé stessi performando continuamente il loro agire orientato al successo o si affidano al loro manager il quale assume anche il ruolo del leader. Un leader umanisticamente determinato dalla vision e dalla mission, per usare la loro terminologia, interamente dedicata al profitto per sé e per gli altri (Chicchi, Simone, 2017, p. 40).

Come possiamo a questo punto facilmente constatare, il manager a cui affidarsi siamo sempre più noi stessi – in quanto *data-double* – supportati dal nostro *Research and Development Lab* portatile: il nostro *smartphone* – con l’insieme di tutti i dati in continua elaborazione generati dal *self tracking*.

Tuttavia, l’uomo dalle multiple prestazioni, non è detto che sia felice. Anzi, è evidente come sia sommerso da dati, calcoli, comparazioni e quindi

decisioni da prendere e strategie da porre in atto. Tutto ciò ha ovviamente conseguenze sulla psiche, come scrive Lasch.

L'uomo economico è stato sostituito dall'uomo psicologico dei giorni nostri – il prodotto finale dell'individualismo borghese –. Il nuovo narcisista è perseguitato dall'ansia e non dalla colpa. (...)

Acquisitivo nel senso che i suoi desideri non conoscono limiti, egli non accumula in previsione del futuro, come faceva l'individualista acquisitivo dell'economia politica ottocentesca, ma esige una gratificazione immediata e vive in uno stato di inquietudine e di insoddisfazione perenne (Lasch, 1981, pp. 10-11).

Per questo, se viviamo in una società della prestazione è plausibile pensare che si stia sviluppando parallelamente, anzi, forse non è tanto una novità, una cultura terapeutica.

3. La cultura terapeutica

Furedi, già nel 2003, cominciava così il suo libro: «These days, we live in a culture that takes emotions very seriously» (2003, p. 1). Il titolo, in effetti, sintetizza mirabilmente il contenuto del testo: *Therapy Culture. Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*. Inoltre, esso condensa la tesi dell'autore: viviamo in un periodo di incertezza nel quale siamo invitato a coltivare, anzi ad esporre, la nostra vulnerabilità. In più, solo delle risposte terapeutiche possono mitigarla.

Nel corso del suo volume, Furedi descrive come il lessico terapeutico sia diventato oggi molto diffuso e come non si riferisca più a chissà quali problemi di salute o a chissà quali esotici stati mentali. Al contrario, termini come stress, ansia, dipendenza, trauma, attacco di panico, sindrome e persino “emozioni negative”, *counselling* e “crisi di mezz’età” sono entrati nel nostro parlare quotidiano (Furedi, 2003, p. 1). Inoltre, Furedi individua nella “bassa autostima” una delle espressioni diagnostiche usate maggiormente – e a sproposito – per riferirsi a problemi della condizione umana. Si tratterebbe di una “malattia invisibile” che erode la capacità degli individui di controllare la propria vita. Come cartina di tornasole, Furedi fa notare la crescente popolarità e diffusione di termini come “intelligenza emotiva”, “emotional literacy” o anche “deficit emotivo”.

La cultura terapeutica irradia la convinzione che le persone non possano fronteggiare emotivamente la crescente complessità del vivere comune (Furedi, 2003, p. 4). Non è un caso quindi la tendenza al *cocooning*, all’“imbozzolimento” privatistico e la perdurante crisi dei campi di bowling, per dirla con Putnam (2000). Certo oggi, addirittura, dal *cocooning* c’è la possibilità di arrivi al *hichikomorismo* su larga scala, anche a causa del lungo *lockdown*.

Oggi sembra che alle persone manchi la resilienza per contrastare sentimenti di isolamento, delusione e sconfitta. Attraverso la patologizzazione delle risposte emozionali negative alle pressioni della vita, la cultura contemporanea inconsapevolmente incoraggia le persone a sentirsi traumatizzati e depressi per esperienze fino a qui considerare routine (Furedi, 2003, pp. 6-7).

Di qui la secca e sconcertante conclusione: «L’imperativo terapeutico non si caratterizza per la tensione verso l’auto-realizzazione ma verso la promozione dell’auto-limitazione» (Furedi, 2003, p. 21). In altri termini, la cultura

terapeutica si risolve col ripiegamento soggettivo nel mondo interno del sé. Un mondo interno che poi viene paradossalmente affidato al *management terapeutico*. Ma c'è di più. La cultura terapeutica propone una visione sulla natura umana. Tendendo a considerare gli stati emozionali delle persone come problematici, allo stesso tempo ne fa il tratto che – con la figura retorica della *pars pro toto* – definisce la loro identità.

Non sarà sfuggito come Furedi si inserisca in modo perfettamente coerente nell'alveo degli studi sulla medicalizzazione. Per medicalizzazione si può intendere quel processo attraverso cui fenomeni considerati normali divengono patologici, o comunque descritti attraverso un lessico biomedico (Conrad, 2007). Oltre a nuove diagnosi, che hanno *esteso* lo sguardo medico su alcuni aspetti – spesso stati d'animo – prima non medicalizzati, vi sono anche casi di *espansione* della sfera del patologico riguardo a condizioni biofisiche. La bassa autostima sarebbe un esempio di medicalizzazione estensiva, laddove l'ansia sarebbe un esempio di medicalizzazione espansiva. Come descritto in Maturò e Setiffi (2020), si possono individuare almeno cinque cause di crescita della medicalizzazione: la classe medica; *Big Pharma*; l'organizzazione sanitaria; i consumatori; la tecnologia. Furedi invece invita a vedere la medicalizzazione come un'ampia tendenza culturale del nostro tempo, non è un caso che la sua ricerca si focalizzi sul giornalismo “popolare”. Inoltre, egli delimita per lo più il suo campo alla analisi della “psy-culture”, ovvero la psicologizzazione e patologizzazione delle emozioni. Si pone quindi dal lato della *medicalizzazione concettuale* della società, riprendendo la definizione di Conrad (2007). Infatti, secondo Furedi, di per sé: «le persone non hanno nessuno desiderio interno di percepirsi come malate» (Furedi, 2006, p. 15). Tuttavia, potenti dispositivi culturali forniscono alle persone una serie di interpretazioni “ready-made” dei loro guai. E

quando viene offerta sistematicamente una diagnosi come guida interpretativa per dare senso al proprio disagio, ecco che molte persone si percepiranno malate.

Furedi (2006) mostra chiaramente come la forza dei medici, nel promuovere la medicalizzazione stia diminuendo, innanzitutto a causa di un maggior controllo dello Stato e per la crescita del managerialismo in sanità. In secondo luogo, una certa sfiducia verso i medici si è avuta per la diffusione delle medicine alternative. Anche un certo *empowerment* dei pazienti e la professionalizzazione di altre figure sanitarie, come le infermiere/i, hanno dato un contributo. Ormai, si può quindi dirsi conclusa la *Golden Age of Medicine* e si assiste anzi alla de-professionalizzazione della medicina, dice Furedi (2006).

Sono altre le figure che soffiano sul fuoco della medicalizzazione: psicologi, *life coaches*, *coaches* “genitoriali” e una vasta umanità di *counselors*. Questi agenti di medicalizzazione sono ben contenti di inquadrare fatti un tempo normali della vita attraverso un lessico patologizzante.

In termini più generali, la conflazione tra diversi significati di malattia e salute, insieme allo sviluppo di identità “illness-based”, spiana ulteriormente la strada alla medicalizzazione. Come esempio, di identità *illness-based*, Furedi (2006) menziona gli ex malati di cancro e gli ex alcolisti (*cancer survivor* e *recovering alcoholic*). In tutto questo, si può però rilevare come la medicalizzazione abbia contribuito a molteplici forme di stigmatizzazione dei malati (si pensi alla malattia mentale). In altri termini, l’espansione e l’estensione dei confini della medicina hanno avuto l’effetto imprevisto della normalizzazione della malattia.

Oltre a questo, va sottolineato come la psicologizzazione del disagio sposti il focus dell’attenzione dai problemi sociali, e quindi dalla politica, a degli

stati d'animo "sbagliati", correggibili con un accurato management delle emozioni.

Today, western culture makes sense of the experience of social isolation through interpreting behaviour through the highly individualised idiom of therapeutic discourse. Our culture has fostered a climate where the internal world of the individual has become the site where the problems of society are raised and where it is perceived they need to be resolved (Furedi, 2003, pp. 24-25).

Inoltre, lo spostamento d'attenzione dalla vita sociale alla vita interiore ha promosso un riorientamento esplicativo verso la dimensione del sé, in special modo verso emozioni e sentimenti.

Since the self is defined through feelings, the state of emotion is often represented as the key determinant of both individual and collective behaviour. Social problems are frequently recast as individual ones that have no direct connection to the social realm. One of the consequences of this decline in the sociological imagination is a growing tendency to redefine public issues as the private problem of the individual. This mood is vividly captured through the individualised idiom of therapy. (Furedi, 2003, p. 25).

Questo aspetto può essere ulteriormente approfondito ed esploso, anzi, implosivo attraverso una proposta teorica di Nicholas Rose (2004). Infatti, Rose (2004) si domanda: come abbiamo fatto a diventare dei sé neurochimici?

Ovvero, come siamo arrivati a definire la tristezza come "depressione" causata da uno squilibrio chimico nel cervello, curabile attraverso farmaci che riequilibrano le dimensioni molecolari delle nostre sinapsi?

Forse, le riflessioni di Furedi possono rispondere parzialmente alla domanda di Rose. E forse questo ulteriore ipotesi di Rose, può servirci come ponte tra la precedente descrizione della società della prestazione di Chicchi e Simone e la cultura terapeutica di Furedi.

The continual incitements to action, to choice, to self-realisation and self improvement act as a norm in relation to which individuals govern themselves and are governed by others, and against which differences are judged as pathologies (Rose, 2004, p. 101).

4. La società senza dolore

Il filosofo coreano Byung-Ciul Han fornisce un prezioso quadro teorico ad alcune delle riflessioni legate alla società della prestazione e alla cultura terapeutica. Si pone, comprensibilmente, su un livello più elevato di elaborazione, tuttavia propone un inquadramento molto sottile rispetto alle principali tendenze sociali del nostro tempo. Anche nel suo caso il titolo del suo volume è eloquente: *La società senza dolore. Perché abbiamo bandito la sofferenza dalla nostra vita.*

Infatti la sua tesi è che: «Noi viviamo in una società della positività che tenta di sbarazzarsi di tutto ciò che è negativo. Il dolore è la negatività per antonomasia» (Han, 2021, p. 6). Infatti, sostiene Han: «Oggi imperversa ovunque una algofobia, una paura generalizzata del dolore. Anche la soglia del dolore crolla con rapidità. L'algofobia ha come conseguenza un'anestesia permanente. Si evita qualsiasi circostanza dolorosa» (Han, 2021, p. 5). Han menziona anche la crisi degli oppioidi negli Stati Uniti per sostenere la

sua tesi. Nell'ambito della filosofia sociale, è certamente un'argomentazione efficace.

Dopo decenni di crescita costante, nel 2015 l'aspettativa di vita degli americani bianchi non ispanici presenta un segno negativo. Attuarialmente, i nati di quell'anno vivranno due mesi e mezzo in meno di quelli nati l'anno precedente. L'ipotesi, piuttosto probabile, è che siano le morti dovute a overdose di *pain killer* ad avere causato questa diminuzione. Infatti, dal 2000 al 2015 le morti per farmaci oppioidi sono triplicate (Dowell *et al.*, 2017). Continuando sul versante speculativo inaugurato da Han, ci sarebbe da riflettere anche sul fatto che la concentrazione di morti sia tra bianchi non ispanici. Generalmente, non il gruppo sociale più deprivato.

Ancora generalizzando, sappiamo dell'importanza della felicità nella società americana. La ricerca della felicità è un aspetto promosso anche dalla Costituzione e a volte assume tratti ossessivi, come viene raccontato in *Prozac Nation* (Wurtzel, 1994). Riprendiamo però un altro testo, anche questo con un titolo eloquente: *Artificial Happiness. The Dark Side of the New Happy Class* di Richard Dworkin (2006), un medico.

Cinque anni fa una donna mi chiese di prescrivere del Prozac a suo figlio. Invece che continuare il proseguimento regolare degli studi universitari, il figlio della donna si arruolò nella Marina militare degli US, il che per la madre era folle, visto che tutti i giovani che lei conosceva volevano diventare medici o avvocati. “Visto che solo la gente infelice si arruola nella Marina” – disse – “non potevo dargli un po' di Prozac per risollevargli lo spirito e rimmetterlo in carreggiata?”. Io nicchiai, dicendole che ero un anestesista e non uno psichiatra, ma lei protestò affermando che era pieno di non-psichiatri che prescrivevano medicinali psicotropi di questi tempi. Rifiutai ad ogni modo. Alle fine, la preoccupazione per la carriera di suo figlio la fece diventare così

triste che fu lei a finire sotto Prozac. “Sei stata sciocca” – le dissi. Mi urlò dietro: “La mia infelicità è una malattia (*disease*)!” – che era ciò che le aveva raccontato il suo dottore. Qualcosa che ha che fare coi neurotrasmettitori, borbottò. Fortunatamente, il figlio constatò nei sottomarini di essere claustrofobico, mentre sulle navi veniva colto invariabilmente dal mal di mare, e dunque lasciò la Marina per andare a studiare Legge. La madre smise col Prozac (Dworkin, 2006, pp. 1-2).

Il brano è leggero e gradevole e indirettamente si pone in perfetta armonia con le argomentazioni di Han. Lo stesso Han, inoltre, arriva alle stesse conclusioni di Furedi (2006) e Conrad (2009), rispetto all’occultamento della dimensione politica conseguente alla medicalizzazione della tristezza: «La sofferenza, della quale sarebbe responsabile la società, viene privatizzata e psicologizzata. Le condizioni da migliorare non sono sociali, bensì psichiche» (Han, 2021, p. 14). Dunque: «Il dispositivo della felicità isola l’essere umano e conduce a una spolticizzazione e desolidarizzazione della società. Ognuno deve badare alla propria felicità, che diventa quindi una questione privata» (Han, 2021, p. 14).

Una nota ricerca svolta in ambito psicologico mise a confronto le diverse concezioni di felicità tra occidentali e orientali. Come si vede meglio nel successivo capitolo, sembrerebbe che tra gli *white anglosaxon protestant* americani, sia dominante un’idea di felicità legata all’autorealizzazione e all’acquisività, mentre tra gli asiatici sia più diffusa che la felicità sia legata all’armonia sociale (Uchida *et al.*, 2004). Anche Han pone in relazione la realizzazione economica implicitamente. Infatti scrive che: «La società palliativa coincide con la società della prestazione. Il dolore viene interpretato come un segno di debolezza, qualcosa da nascondere o da eliminare in nome

dell'ottimizzazione. Esso non è compatibile con la performance» (Han, 2021, p. 6).

In effetti, per essere prestanti bisogna essere sani. La malattia rende incapaci di svolgere i propri compiti sociali. Parsons (1951, trad. it.: 1965) scrive proprio questo rispetto al *sick role* e specialmente si rivolgeva al ruolo produttivo che ognuno di noi avrebbe all'interno della società. Solo il medico con la sua diagnosi può permetterci di derogare – temporalmente – alla nostra funzione produttiva. Ma il brano di Han, menzionando l'ottimizzazione, ci impone di distinguere tra medicalizzazione e miglioramento umano. Della medicalizzazione abbiamo già detto: la medicalizzazione consiste nel trasformare situazioni un tempo normali in condizioni patologiche. Il miglioramento umano, o ottimizzazione, si attua attraverso un intervento biomedico che trasforma il normale in “migliore”. Le azioni di miglioramento umano possono essere svilupparsi in quattro aree: miglioramento cognitivo, miglioramento emotivo, miglioramento fisico ed estensione della vita (Maturò, 2009). Un esempio tipico di miglioramento umano è il doping nello sport. Ma ci sono anche casi di persone che prendono psicofarmaci per lavorare o studiare. Un classico esempio è l'Adderal usato dagli studenti di prestigiose università del Nord America (Maturò, 2013).

Per ultimo va fatto notare un aspetto “apocalittico” (nel senso di Eco, 1964) di Han, rispetto alla tecnologia. Han scrive infatti che: «L'ipocondria digitale, la costante auto-misurazione mediante *app* per la salute e il fitness, degrada la vita a una funzione. La vita viene spogliata di qualsiasi narrazione capace di generare senso: non è più ciò che si può raccontare, bensì ciò che si può misurare e conteggiare» (Han, 2021, p. 17). Sul *Quantified Self* abbiamo già scritto alcune pagine più indietro e altro si trova nel prosieguo.

2. Felicità, benessere e qualità della vita

In questo capitolo presentiamo le principali componenti teoriche del concetto di felicità, cercando di ancorarle alla riflessione sociologica. In particolare ci soffermiamo sull'approccio costruzionista alla definizione di benessere e a quello basato sulla comparazione sociale. Mostriamo inoltre come il concetto di benessere, e quindi di valutazione cognitiva della propria vita, possa variare in differenti culture. Per collegare la nozione di qualità della vita e quella di felicità, sintetizziamo inoltre i vari domini della Felicità Interna Lorda del Buthan. Concludiamo con alcune annotazioni critiche verso la "psicologia positiva".

1. Teorie sociologiche della felicità

Per approcciarci al tema della felicità, ambito che ovviamente fa tremare i polsi vista la sua profondità, ampiezza e storicità, può essere saggio rimanere in ambito sociologico, o comunque ai confini con la psicologia. Certamente lasceremo da parte la dimensione filosofica.

La felicità può essere collegata al concetto di benessere. Possiamo distinguere tra benessere soggettivo e benessere oggettivo. A sua volta il benessere soggettivo può essere diviso in benessere emotivo, ovvero il modo in cui ci

sentiamo, e benessere cognitivo che coincide con la valutazione cognitiva che si dà della propria vita (Veenhoven, 2008; Diener, Suh, Oishi, 1997)

Thus a person is said to have high [subjective well-being] if she or he experiences life satisfaction and frequent joy, and only infrequently experiences unpleasant emotions such as sadness or anger. Contrariwise, a person is said to have low [subjective well-being] if she or he is dissatisfied with life, experiences little joy and affection and frequently feels negative emotions such as anger or anxiety (Diener, Suh, Oishi, 1997, p. 25).

La felicità può essere vista come la componente emotiva del benessere soggettivo (Bartram, 2012). Teoricamente una persona può sentirsi infelice pur dando una valutazione soddisfacente della propria vita. È un po' meno probabile sentirsi felici se non si è minimamente soddisfatti della propria vita.

Diciamo quindi che la sensazione di infelicità ha una certa qual maggiore possibilità di frequenza rispetto a quella di felicità, visto che possiamo essere infelici anche quando le cose vanno apparentemente bene, mentre è un po' meno probabile che si sia felici quando le cose vanno sicuramente male. Di qui il fenomeno della medicalizzazione dell'infelicità. Ovvero, persone che prendono psicofarmaci anche quando le loro vite funzionano, molte mete sono state raggiunte, i loro bisogni materiali sono ampiamente soddisfatti (Horwitz, Wakefield, 2009). In questo caso, l'infelicità assume le forme di sensazioni simili come disagio, insoddisfazione personale, ansia. Il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali nelle sue varie edizioni ha reso sempre più semplice diagnosticare patologie correlate a sensazioni di infelicità (Maturo, Tognetti, Esposito, 2020) andando così incontro anche alle richieste di maggiore benessere psichico degli *worried well* (Dworkin, 2006).

Talvolta si può essere infelici per motivi nobili, però è piuttosto raro. Nel film “Io e Annie”, l’alter ego infantile di Woody Allen, il bambino di otto anni Alvin, era palesemente infelice. Alla richiesta di spiegazioni della madre, il bambino rispose che era molto preoccupato perché “L’universo si stava dilatando”. La madre, una donna decisamente poco sensibile, non capiva il nesso col rifiuto del bambino di fare i compiti per il giorno dopo.

A prima vista saremmo portati ad assimilare la parte emotiva del benessere soggettivo con l’irrazionalità, mentre quella cognitiva, ovvero la soddisfazione per la propria vita, con la razionalità. In fondo, si fa un bilancio: da una parte mettiamo le cose che siamo riusciti a fare e dall’altra quelle che non siamo riusciti a fare e se le prime superano le seconde allora il bilancio è algebricamente positivo. Purtroppo sembra non funzioni così. Un po’ perché le nostre valutazioni cambiano nel tempo e un po’ perché le nostre aspettative mutano. Ma soprattutto perché il contesto sociale influenza le nostre valutazioni. E spesso il problema sono gli altri: è il problema del *keeping up with the Joneses*.

Se nel vicinato tutti vanno a sciare a Cortina, mentre noi non possiamo permettercelo, potrebbe dispiacerci. Se poi gli stessi vicini iscrivono i loro figli a una scuola internazionale molto costosa e noi non riusciamo, ci sentiremo in colpa. A lungo andare potremmo anche chiederci se abbiamo sbagliato qualcosa e dare una valutazione non tanto elevata di quanto abbiamo (fatto) nella vita. Dunque, c’è una forte componente sociale nella felicità personale e (spesso) la componente cognitiva influenza il benessere emotivo. Le basi cognitive della valutazione della soddisfazione per la propria vita sono socialmente condizionate.

In effetti, gli economisti, insieme agli psicologi, sono i pionieri degli studi sulla felicità e ovviamente hanno rivolto la loro attenzione al reddito e alla

crescita economica. Un pilastro delle loro teorie è il paradosso rilevato da Easterline – detto appunto “Easterlin paradox” ovvero che la crescita economica e l’aumento generalizzato del reddito non aumenta la felicità, almeno in nazioni relativamente ricche (Easterline, 1974). In effetti, come fanno notare Boyce *et al.* (2010) nel loro articolo limpidamente intitolato *Money and Happiness: Rank of Income, Not Income, Affects Life Satisfaction* il meccanismo della “comparazione sociale” riflette il fatto che il reddito è in parte un bene posizionale. Bartram (2012) lo sintetizza molto bene.

it matters not only in enabling consumption but as a marker of status (this is a key reason why in a cross-sectional analysis high-earners are happier than low-earners). If one’s income rises in line with the increases of others, then one’s ranking remains unchanged, with corresponding implications for happiness (Bartram 2012, p. 650).

Per fare un esempio della complessità relativa alla misurazione della felicità, possiamo menzionare la famosa scala Ryff (1989). La psicologa, sulla base di una profonda analisi di ricerche sul tema, alla fine identificò sei dimensioni: *Self-acceptance, Positive relations with others, Autonomy, Environmental mastery, Purpose in life, and Personal growth.*

Anche da questo esempio, tratto dalla psicologia, si conferma la forte componente di costruzione sociale nel benessere soggettivo.

2. Costruzioni sociali di benessere soggettivo

Sintetizziamo qui alcune note considerazioni fatte da Ruut Veenhoven (2008) sul condizionamento sociale del benessere soggettivo. Veenhoven riprende la teoria del costruzionismo sociale di Berger e Luckman (1969). Questa teoria analizza il modo attraverso cui attribuiamo significato alle cose. Si fonda sull'assunzione che "costruiamo" rappresentazioni mentali della realtà utilizzando delle idee collettive come componenti fondamentali. Quindi il costruzionismo sociale enfatizza le modalità attraverso cui diamo senso e significato alla realtà e non utilizza nozioni come l'esperienza emotiva o le idee innate. Lungo questa prospettiva, dice Veenhoven, il benessere soggettivo è una costruzione sociale esattamente come la "bellezza" o la "giustizia". Di conseguenza, proseguendo su questa linea di pensiero, possiamo affermare che il benessere soggettivo dipende da idee comuni rispetto alla vita e che queste *collective notions* forniscono il frame per le valutazioni individuali. Ad esempio, questa prospettiva spiega perché ci sono dei modi di concepire la realtà che sono generalmente ottimistici (vedere il bicchiere mezzo pieno) e altri che sono pessimistici (vedere il bicchiere mezzo vuoto). Le culture ottimistiche tendono a porre in primo piano gli aspetti positivi della vita, laddove le culture pessimistiche enfatizzano i problemi.

Gli americani sono spesso menzionati come esempio della prima cultura, mentre i francesi sono spesso assimilati alla seconda (Veenhoven, 2008). Lungo questa linea, Inglehart (1990) suggeriva che la felicità fosse più bassa in Francia rispetto agli Stati Uniti perché la vita per anni era stata molto dura in Francia e queste esperienze, nelle generazioni più anziane, si rispecchiavano in una visione pessimistica della vita che è durata a lungo e si è incarnata, per molto tempo, nella dimensione culturale.

Un altro meccanismo cognitivo che dà forma al nostro benessere soggettivo è la comparazione con idee condivise sulla vita. Secondo questa linea di pensiero, il benessere soggettivo è la risultante tra le percezioni della vita concreta con l'ideale di come la vita dovrebbe essere. Per questo motivo, si dice che l'industria pubblicitaria riduce il nostro benessere: in fondo alimenta l'idea di una vita molto distante dalla vita concreta di tutti i giorni.

Un altro meccanismo culturale in atto nella costruzione del benessere soggettivo è la tendenza a vedere noi stessi, e quindi anche il nostro benessere soggettivo, con gli occhi degli altri. In tal senso, il benessere è una "valutazione riflessa". Generalizzando potremmo dire che siamo felici quando gli altri ci vedono come delle persone vincenti e siamo infelici quando gli altri ci vedono, o noi pensiamo lo facciamo, come dei perdenti. In tal senso, anni fa, la minore felicità tra donne single è stata spiegata come il risultato di uno stereotipo negativo: essendo che le single (e i single) venivano etichettate come sfortunate, queste donne cominciarono a vedere sé stesse come disgraziate, anche se in realtà ci sono molto vantaggi a essere single.

La prospettiva costruttivista assume che il benessere soggettivo sia una mera idea e quindi implicitamente svalorizza questo concetto. Inoltre, essendo che le idee rispetto a ciò che è una buona vita cambiano nel tempo e a seconda delle culture, il benessere soggettivo è anche visto come relativistico. Una vita considerata bellissima in una cultura, può essere vista come un fallimento in un'altra. Vediamo ora un esempio.

3. Culture di felicità

Uchida *et al.* (2004) hanno investigato le basi del benessere soggettivo in varie culture. Essi partono dall'assunto, già da noi analizzato, che il benessere soggettivo sia connesso alla valutazione cognitiva che si fa della propria vita, laddove la felicità è il "concomitante emozionale" di questo giudizio di massima. Noi abbiamo espresso una concatenazione meno deterministica di questo nesso, ma non entriamo qui nel dettaglio.

Dicono Uchida *et al.* (2004) che a seconda delle culture ci sono diversi significati di felicità e quindi ci sono diverse modalità per ricercare la felicità e, di conseguenza, diversi predittori di felicità (ovvero i fattori che costituiscono la felicità).

Tuttavia, Uchida *et al.* (2004) permettono di fare un passo avanti nella discussione sulla felicità quando parlano di emozioni. Infatti, essi sottolineano come anziché concepire le emozioni come universali e come biologicamente determinate, esse siano sempre "sitate" e incarnate (*embedded*) in contesti culturali specifici – un aspetto su cui si soffermò anche Norbert Elias. E siccome l'idea di felicità è differente in società differenti, a seconda del contesto culturale possono categorizzare esperienze molto differenti come momenti di felicità.

Ad esempio, nella *American middleclass* culture c'è una forte credenza nell'indipendenza e nell'autonomia delle persone. L'individuo (*the self*) è considerato al centro dell'azione, del pensiero e della motivazione. Dunque, nella cultura protestante americana, dicono Uchida *et al.* (2004) la felicità è strettamente connessa con l'affermazione del proprio sé. Anzi, anche la felicità è vista come una dimensione che si raggiunge attraverso l'impegno per-

sonale. In altri termini, la felicità è costruita in termini di realizzazione personale (*personal achievement*), una realizzazione che generalmente coincide con il successo lavorativo.

Invece, nelle culture orientali, al centro dell'azione, del pensiero e della motivazione c'è la persona-in-relazione (*The self-in-relationship-with-others*). Il *self* è importante ovviamente, ma viene visto come interdipendente con tutti gli altri *selves* (Kitayama, Markus, 2000). Di qui l'obbligo sociale ad aderire a certi ruoli, vincoli sociali e la forte richiesta ad assolvere a tutte quelle aspettative sociali che realizzano l'interdipendenza. Dunque, in queste culture, la felicità «depend crucially on the realization of positive social relationship of which the self is part» e anzi addirittura «Personal happiness often damages social relationship» (Uchida *et al.* 2004, p. 226).

Non è difficile vedere dietro ai significati della felicità nordamericana, i tratti della cultura protestante individuati da Max Weber ne *L'etica protestante e lo spirito del capitalismo* (1991, ed. orig. 1905). La necessità di provare la propria predestinazione attraverso il successo inframondano, ovvero nel lavoro. La conseguente astensione dallo spreco e l'adesione a uno stile di vita sobrio, con il risultato di un ulteriore reinvestimento dell'utile nell'impresa e quindi maggiore lavoro e probabilmente maggiore crescita degli utili. Abnegazione, dedizione e ovviamente successo sono i tratti su cui si valuterà la propria soddisfazione personale.

Parallelamente, ancorché differentemente, la visione orientale della felicità come realizzazione dell'armonia sociale è connessa a molti aspetti del confucianesimo, del taoismo e del buddismo. Queste filosofie religiose enfatizzano un mondo olistico dove ogni cosa è connessa con tutte le altre. In particolare, come detto, la realizzazione individuale perturba l'armonia sociale (Kitayama, Markus, 2000).

Ne consegue che laddove la felicità venga assimilata al successo individuale, le persone siano prone a considerare le proprie capacità e abilità come strumenti per il raggiungimento della felicità. Mentre nelle culture dove la felicità è vista come realizzazione dell'armonia sociale, ci sarà scarsa attenzione per la felicità personale visto che potrebbe incrinare il senso della comunità. Ci sarà quindi la ricerca di forme profonde di felicità – dicono ancora Uchida *et al.* (2004). Del resto, sembra che gli asiatici rispetto agli americani siano più preoccupati dell'approvazione delle loro cerchie sociali più prossime (Uchida, Kitayama, 2009).

Per quanto riguarda i fattori che predicano la felicità, nella cultura occidentale sono l'autostima e la realizzazione personale, mentre nelle culture asiatiche sono quelle attitudini che permettono l'adattamento alle norme sociali e l'adempimento di aspettative relazionali (Suh, 2002).

Chiaramente, le ricerche di Uchida e Kitayama benché accurate, attendibili e valide vanno comunque, come sottolineano gli stessi studiosi, considerate nella loro generalità. Parlare di culture è ovviamente molto delicato e si rischiano fraintendimenti e stereotipizzazioni anche stupide se si traggono inferenze affrettate.

4. Felicità Interna Lorda e qualità della vita

Sono quasi cinquant'anni che in Bhutan, un paese incastonato tra le montagne dell'Himalaya si misura la felicità lorda dei cittadini. L'indice della felicità è la sintesi di un calcolo effettuato su 33 indicatori e 124 variabili che fanno riferimento a nove aree d'interesse (dette domini): benessere psicolo-

gico, salute, uso del tempo, istruzione, multiculturalità, buon governo, vitalità sociale, tutela della biodiversità e qualità della vita. Gli indicatori non hanno tutti lo stesso peso statistico: il tempo dedicato al sonno, ad esempio, conta 1/18 del punteggio totale; il reddito pro-capite e la casa “valgono” 1/27; le emozioni positive e negative – fattori più soggettivi – 1/54 (Ionta, 2014). Tali ambiti sono rappresentati nella figura seguente. Per la loro descrizione ci siamo avvalsi del report *A compass towards a just and harmonious society*, 2015 GNH Survey Report, redatto dal Centre for Bhutan Studies & GNH Research (2016).

Fig. 1 – I nove domini della Felicità Interna Lorda del Buthan



Il dominio del benessere psicologico combina indicatori relativi alla soddisfazione per la vita, il benessere emotivo (che per alcuni autori coincide con l’idea di felicità in senso stretto) e la spiritualità. Il dominio della salute si fonda su quattro indicatori: la salute percepita (e quindi quanto e come una

persona si sente in salute); i giorni vissuti in salute, ovvero non malati negli ultimi trenta giorni; la presenza e la gravità di disabilità a lungo termine; la salute mentale, misurata in termini di presenza di ansia e depressione.

Il dominio dell'educazione raggruppa quattro insiemi di indicatori. Il primo indicatore è quello della *literacy*, ovvero la capacità di leggere e scrivere ed esprimersi. Il secondo indicatore è quello del livello formale di istruzione. Il terzo indicatore è quello della conoscenza (*knowledge*); esso è costruito sulla scorta di altri 5 sottoindicatori: la conoscenza delle storie e leggende locali, la conoscenza dei festival locali, la conoscenza delle canzoni tradizionali, la conoscenza delle modalità di trasmissione dell'Aids e la conoscenza della Costituzione. L'ultimo indicatore è invece quello relativo al peso dato ai valori morali.

Il dominio della cultura si fonda su quattro indicatori. Il primo riguarda la conoscenza della lingua e del proprio dialetto. Il secondo è relativo alla conoscenza delle arti locali. Il terzo riguarda la partecipazione socio-culturale. Il quarto, detto, della "via dell'Armonia", può essere sintetizzato con la conoscenza della etichetta locale.

Il dominio dell'uso del tempo si focalizza sull'equilibrio tra tempo utilizzato per lavoro pagato, per lavoro non pagato e per *leisure*. In questo indicatore viene preso in considerazione anche il tempo fornito alla comunità in termini di volontariato e il tempo dedicato al sonno (con otto ore di sonno indicate come l'optimum).

Il dominio della *Good Governance* si basa su quattro misure. La prima è la partecipazione politica (possibilità di votare e partecipazione a incontri di politica locale). La seconda è quella della libertà politica (vari parametri sulla percezione di democrazia). La terza riguarda la valutazione della qualità dei

servizi pubblici, con esempi molto specifici. La quarta riguarda la *Governance performance* (simile alla precedente).

Il dominio della *Community Vitality* si fonda su quattro misure. La prima è il supporto sociale, che comprende attività civiche e volontariato. La seconda riguarda le relazioni comunitarie, comprende il senso di appartenenza comunitaria e la fiducia interpersonale. La terza riguarda il valore dato alla famiglia. La quarta è relativa alla sicurezza, in specifico viene chiesto se si è stati vittima di un crimine negli ultimi dodici mesi.

Il dominio della diversità ecologica e della resilienza include tre indicatori relativi alle percezioni su inquinamento, problemi urbani e responsabilità ambientale. In più ve ne è uno, più oggettivo, relativo ai danni ai raccolti agricoli.

Ultimo ma primo, c'è il dominio degli standard di vita. Questo riguarda il benessere materiale e comprende un indicatore relativo al reddito familiare; un altro relativo agli *asset* (ovvero beni posseduti, tipo cellulare) e un altro sulla qualità dell'abitazione.

Chiaramente molti di questi indicatori sono di tipo oggettivo e quindi la qualità della vita, altri riguardano percezioni e quindi sono più vicini al benessere soggettivo. Il Buthan ha reso popolare e centrale la dimensione della felicità a livello istituzionale è quindi un esempio da seguire, tuttavia non è detto che tutti i domini possano essere importati automaticamente in tutte le culture. Oggi, forse, in Italia ci sarebbe bisogno di qualche indicatore relativo al cosmopolitismo, laddove invece il Buthan ci sembra enfatizzi folklore e comunitarismo.

5. Limiti della psicologia positiva

Negli ultimi decenni c'è stata una vera e propria invasione di pubblicazioni sulla felicità da parte di rappresentanti della “psicologia positiva” – tra l'altro spesso neppure scritti da psicologi. Manualetti di “self building”, libri su come essere “disruptive” e “pensare fuori dalla scatola”, articoli su come sviluppare la famosa “resilienza”. In sintesi, per essere felici e “fiorire” bisogna lavorare su di sé, sulla propria intelligenza emotiva, sull'autostima, sull'ottimismo e sulla propria struttura motivazionale. Si tratta di un invito a una maggiore conoscenza di sé e a una maggiore autoconsapevolezza e in quanto tale va tenuto in alta considerazione. Non c'è nulla di male nel provare a migliorarsi e nel ricercare maggior benessere. Tuttavia, tale orientamento in molti casi si è presentato in vesti riduzioniste e ha pure alimentato aspettative un po' troppo elevate per essere poi raggiunte. In sintesi, verso la psicologia positiva o “scienza della felicità” si possono avanzare quattro riserve: la critica epistemologica, la critica sociologica, la critica fenomenologica, e la critica morale (Cabanas, Illouz, 2019, pp. 8-11).

La critica epistemologica riguarda la legittimità a trattare la felicità come oggetto scientifico, ovvero la pretesa di porsi “scientificamente” verso l'oggetto di studio-felicità. Difficile, dicono Cabanas e Illouz (2019) accettare che si possano formulare proposizioni oggettive rispetto alla felicità. Questa critica, benché colga nel segno nel denunciare un uso quantomeno disinvolto del termine “scienza”, appare comunque un po' severa. Sappiamo da tempo quanto la scientificità non coincida con l'oggettività delle scoperte, ma semmai con la pubblicità, controllabilità e ripercorribilità delle tecniche di investigazioni utilizzate e con la possibilità di argomentare le scelte metodologiche fatte.

La critica sociologica è invece più articolata. Dicono Cabanas e Illouz che è necessario domandarsi ed esaminare quali soggetti sociali possono beneficiare del concetto di felicità, quali interessi e ideologie questo legittima e quali, eventualmente, potrebbero essere le conseguenze economiche di una sua istituzionalizzazione. In particolar modo, i due avvertono come l'approccio scientifico alla felicità, e il conseguente sviluppo di una sorta di "happiness industry", finisce con l'instaurare l'assunto che ricchezza e povertà, successo e fallimenti, nonché salute e malattie siano legati alla sola, o quasi, forza di volontà. In altri termini, legittima l'idea che "non ci sono problemi strutturali ma solo guasti psicologici, ovvero, non c'è la società ma solo gli individui" (Cabanas, Illouz, 2019, p. 9). Sintetizzando, i due autori sostengono che il perseguimento della felicità, portato avanti lungo il frame degli "scienziati della felicità" non coincide con il perseguimento del bene e del buono a cui dovremmo tutti tendere, ma rappresenta il trionfo della *personal society* (terapeutica, individualistica e atomizzata) sulla visione comunitaria (Cabanas, Illouz, 2019, p. 9).

La critica fenomenologica accusa la psicologia positiva di essere superficiale e di, potenzialmente, generare effetti perversi. Non avendo altro scopo che fornire una lista di istruzioni per accrescere il proprio benessere soggettivo, la felicità diviene un imperativo in sé, con il rischio di creare una nuova varietà di esaltati "cercatori di felicità" e di *happychondriacs* costantemente impegnati e fissati sul proprio benessere interiore e sulla propria "trasformazione permanente".

Thus, whereas this makes happiness a perfect commodity for a market that thrives on normalizing our obsession with mental and physical health, this obsession easily turns against the very same people who pin their hopes on the many types of happiness products, services and therapies offered by

scholars, professionals and so-called wellness expert (Cabanas, Illouz, 2019, p. 10).

Di conseguenza, la quarta critica è facile prevedere che riguardi la moralità. Identificando la felicità con la produttività, la funzionalità e financo con la normalità, ma soprattutto facendone una questione di scelta personale, la scienza della felicità, più o meno volontariamente, può condurre a stigmatizzare chi soffre. Ovvero coloro che non ragionano in termini di crescita personale anche di fronte a eventi avversi. In sintesi: «in the end, we are not given much choice: the science of happiness not only obliges us to be happy, it blame us for not leading more successful and fulfilling lives» (Cabanas, Illouz, 2019, p. 10).

3. *La salute nel XXI secolo*

Senza parlare degli effetti del Covid-19, rispetto alla dimensione della salute, gli ultimi 150 anni della società occidentale sono stati caratterizzati da mutamenti di dimensioni così vaste che è persino difficile descrivere le enormi conseguenze a cui stanno dando luogo. Nell'ambito della salute bisogna menzionare cinque grandi "rivoluzioni", tra loro intrecciate.

L'aumento dell'aspettativa di vita è certamente una delle più importanti conquiste dell'umanità. In certi paesi essa è raddoppiata nel corso di un secolo. Progressi della medicina e migliorate condizioni di vita hanno permesso di debellare le malattie infettive che erano, fino al XIX secolo, la prima causa di morte nella maggioranza dei paesi del globo. Oggi, invece, e questa è la seconda rivoluzione, lo scenario epidemiologico è dominato da malattie cronico-degenerative. *Malattie largamente causate dagli stili di vita*. Ciò sta determinando, anche se con lentezza, un ribaltamento del paradigma biomedico: dalla cura alla prevenzione. In effetti, e questa è la terza parte trattata in questo capitolo, negli ultimi decenni i costi sanitari sono esplosi. Oggi viviamo malati per decenni e dobbiamo essere curati. Inoltre, la tecnologia medica ha costi fuori controllo. La quarta rivoluzione riguarda il peso del nostro corpo. Una seria minaccia alla crescente aspettativa di vita proviene dall'obesità. Non siamo mai stati così pesanti. L'obesità è una condizione di rischio per patologie serie e costose. Una delle cause fondamentali

dell'obesità è l'inattività fisica, e siamo così al quinto punto. Mai nella storia dell'umanità ci siamo mossi così poco. Lavori sedentari e trasporti efficienti fanno sì che la maggior parte della nostra vita venga trascorsa seduta. Con conseguenze non trascurabili per la nostra condizione psico-fisica.

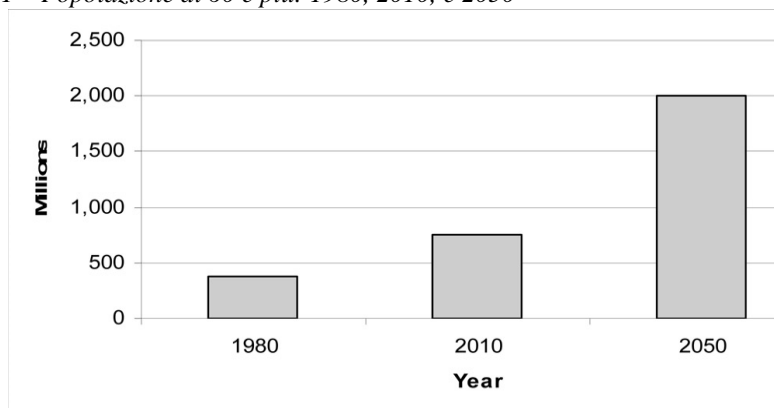
1. La crescita dell'aspettativa di vita

L'aumento dell'aspettativa di vita è certamente una conquista sociale. Un tempo, a causa di virus, guerre e povertà le persone morivano prima di invecchiare. Con l'industrializzazione e l'avvento del welfare-state, è cresciuto il benessere collettivo e sono migliorate le condizioni di vita. Case riscaldate, acqua pulita, miglioramento delle condizioni lavorative, accesso al cibo e progressi della medicina sono i fattori più importanti per la crescita dell'aspettativa di vita. Negli ultimi 150 anni, la crescita dell'aspettativa di vita è stata lineare nei paesi a più alto benessere. Ad esempio, nel 1850 una donna svedese poteva aspettarsi di vivere in media 45 anni, mentre oggi arriva quasi a 85. Ciò significa che l'aspettativa di vita è cresciuta di tre mesi all'anno. Questa tendenza è diffusa a livello mondiale. Negli ultimi trent'anni, il numero di persone al mondo che hanno più di sessanta anni è raddoppiato ed è stimato che crescerà più del doppio entro il 2050, anno nel quale – per la prima volta nella storia – il numero di over 60 supererà quello dei giovanissimi (ovvero, le persone tra zero e quattordici anni).

In effetti, il futuro riserva scenari sociali del tutto inediti per l'umanità. In alcuni paesi, la metà della popolazione sarà composta da persone anziane. Ad esempio, il Giappone del 2050 avrà il 44% di over 60 e in questa fascia

oltre un terzo di essi sarà ultraottantenne. Anche Germania e Italia si avvicineranno demograficamente a questa composizione.

Fig. 1 – Popolazione di 60 e più: 1980, 2010, e 2050



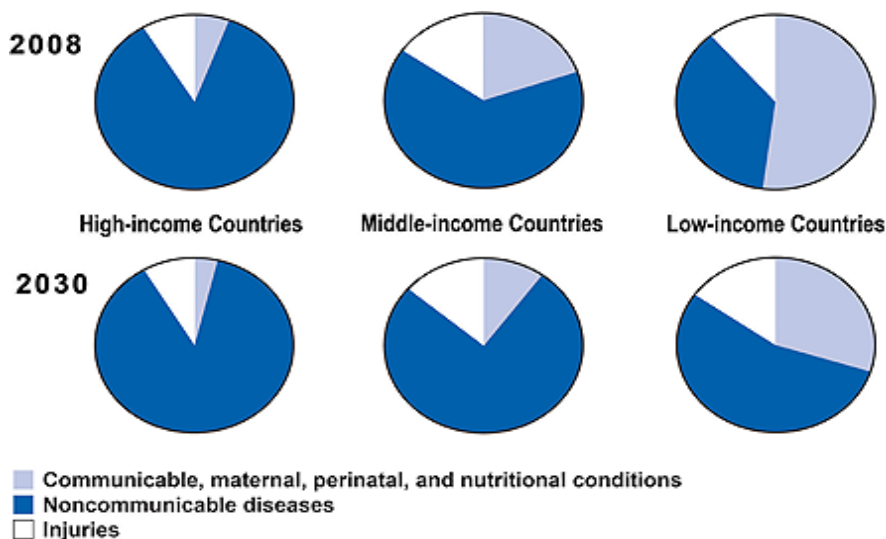
Fonte: United Nations, World Population Ageing 2009, p. viii

L'aumento dell'aspettativa di vita è, insieme, causa ed effetto della transizione epidemiologica (Omran, 2005). Nella seconda metà del XVII secolo a Londra solo il 6% delle morti erano causate da malattie cardiovascolari e cancro, mentre circa il 75% delle morti era causato da malattie infettive, malnutrizione e complicanze durante il parto (Omran, 2005). Con transizione epidemiologica, i demografi si riferiscono al superamento delle malattie croniche sulle malattie acute (in particolare le malattie infettive) come principali cause di morte di una determinata popolazione. Tale mutamento, nella società occidentale, si è avuto nel XX secolo. Omran descrive le malattie croniche come *Man-Made Diseases*, ovvero malattie prodotte dall'uomo. *Risulta quindi chiaro che dal 1900 gli stili di vita di una persona diventano determinanti per la sua salute.* Mentre in precedenza le persone, per lo più, erano vittime di eventi avversi a cui non potevano opporsi – ovvero carestie, virus e guerre – oggi, in qualche misura, siamo noi stessi a mettere a rischio

la nostra salute, ovviamente Covid a parte. Come vedremo, però, il concetto di responsabilità personale nel campo della salute può avere significati equivoci, visto che in parte le scelte di salute non dipendono dagli individui, ma dal contesto sociale nel quale crescono.

Le malattie non trasmissibili – ovvero malattie cardiovascolari, cancro, malattie respiratorie croniche e diabete – pesano per il 63% delle morti che occorrono annualmente sulla Terra: più di 36 milioni di persone: di queste, 9 milioni muoiono entro i 60 anni di età. In specifico, le malattie non trasmissibili contavano per l’86% del *burden of disease* nei paesi affluenti; per il 65% nei paesi *middle-income* e per il 37% nei paesi poveri.

Fig. 2 – L’espansione delle malattie non trasmissibili: un confronto tra 2008 e 2030.



Fonte: World Health Organization, Projections of Mortality and Burden of Disease, 2008-2030 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/index.html).

Entro il 2030, è stimato che le malattie non trasmissibili conteranno per più del 50% del *disease burden* nei paesi poveri e per più del 75% del *burden* nei paesi *middle-income*. Malattie dovute a infezioni e parassiti conteranno, rispettivamente per il 30% e il 10% nei paesi poveri (NIA, 2017).

A causa dell'allungamento della vita e della crescita del peso delle malattie cronico-degenerative si assiste a una crescita sostenuta della forza-lavoro sanitaria impiegata nella *long term care*. Solo per fare alcuni esempi, nell'arco 1995-2017, i lavoratori di questo settore sono passati in Danimarca da 50.580 a 87.003; in Ungheria da 30.812 a 39.565 e in Israele da 25.770 a 105.600 (OECD, 2015).

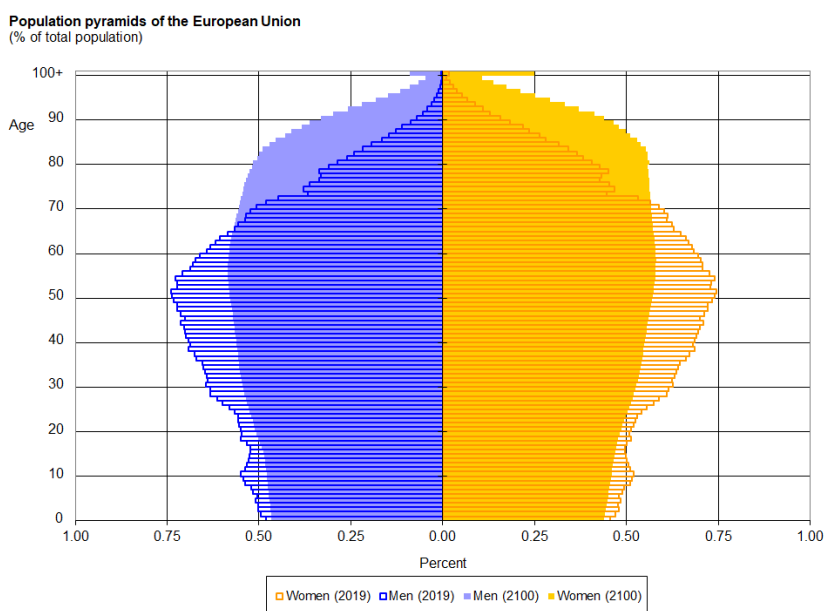
Le malattie non trasmissibili possono essere ostacolate efficacemente agendo sui fattori di rischio: tabagismo, scarsa attività fisica, dieta povera, eccessivo consumo di alcol (WHO, 2013). Purtroppo gli indici relativi ai fattori di rischio non sono in diminuzione. Anzi, mai come nell'epoca attuale le persone sono state così sedentarie. Non sorprende quindi che la inattività fisica sia direttamente responsabile di un numero di morti annuale (5,3 milioni di persone) più elevato del numero di morti causate dal tabagismo (5,1 milioni di persone) (Wen, Wu, 2012).

Le malattie non trasmissibili, oltre a causare milioni di morti, sono anche molto costose in termini economici. Ai sistemi sanitari vengono richieste ingenti risorse in termini di tecnologia medica e di personale sanitario. Alle famiglie spetta "il prendersi cura" di persone disabili che non sono autosufficienti e che possono rimanere in condizioni di non autosufficienza per molti anni. Questo carico crea stress e stanchezza nei familiari, nonché fenomeni di depressione e di vero e proprio *burn out*. E ancora, perdita di capacità lavorativa e quindi aggravio finanziario nell'ambito dell'intera famiglia.

2. La rapida ascesa dei costi sanitari

Come abbiamo appena visto, è probabile che nei prossimi anni ci sia un progressivo aumento dell'aspettativa di vita, soprattutto grazie a paesi poveri che “recuperano” rispetto a paesi in cui l'aspettativa di vita è elevata – sebbene vi siano anche alcune voci meno ottimiste¹.

Fig. 3 – Popolazione europea al 2019, per sesso e fascia d'età (valori percentuali) e previsioni per l'anno 2100



Note: Population projections, base year 2019
Source: Eurostat (online data codes: proj_19np)

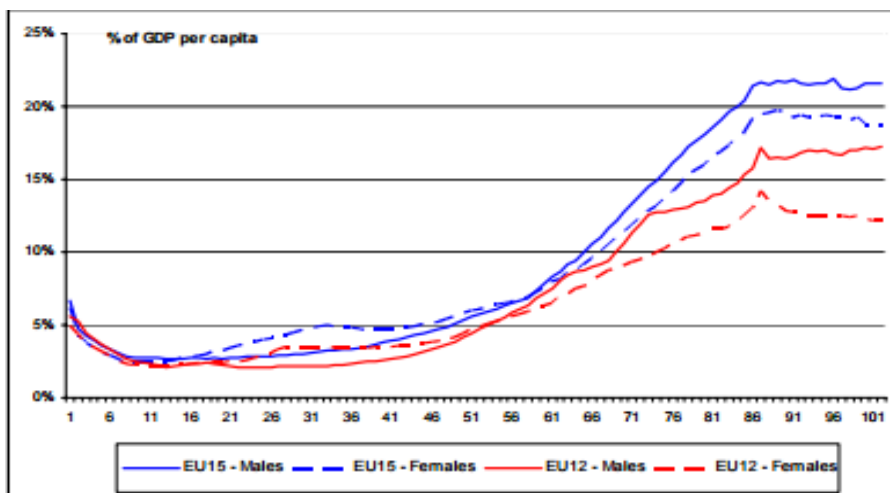
eurostat 

¹ Si veda la tesi di Oshalsky *et al.* illustrata nel prosieguo di questo paragrafo.

Al 1° gennaio 2019, circa un quinto della popolazione EU-27 aveva meno di 20 anni, mentre la maggior parte della popolazione (59,4%) era in età lavorativa (20-64 anni). La fetta di popolazione dai 65 anni in su corrispondeva al 20,3% della popolazione, con il 5,8% della popolazione totale rappresentato dalle persone di 80 anni o più. Tuttavia, a causa del basso livello di fertilità, la composizione della popolazione europea – il trend è abbastanza simile nel resto del mondo ma meno accentuato – subirà un drastico mutamento nel prossimo futuro. Infatti, se osserviamo le proiezioni per il 2100 (fig. 3), le fasce di popolazione anziana (65+) e superanziana (80+) sono destinate ad aumentare in termini percentuali. Al contrario, la fetta di popolazione in età lavorativa (20-64) – ciò che sostiene la creazione di ricchezza necessaria al pagamento delle pensioni – in questo arco di tempo si restringerà considerevolmente.

Tuttavia, accanto al pagamento delle pensioni, il grosso problema, per la sostenibilità finanziaria degli Stati, riguarda il crescente costo sanitario che consegue alla senilizzazione della società. Numerosi studi hanno evidenziato come le spese sanitarie pro-capite degli over 85 sono il doppio rispetto a quelle di coloro che fanno parte della fascia 75-84 e sono triple rispetto alla fascia 65-74 che sono comunque molto alte rispetto al costo sanitario pro-capite di coloro che sono in età lavorativa (fig. 4). A questo bisogna aggiungere che i costi sanitari per la cura di patologie tipiche degli anziani sono cresciuti molto più velocemente dei costi sanitari per i giovani negli ultimi decenni: con il risultato di polarizzare ancora di più i costi sanitari dei giovani e degli anziani. In altri termini, a parità di patologia, le cure per un ottantenne oggi sono molto più costose delle cure dello stesso ottantenne nel 1980 – ovviamente a inflazione normalizzata.

Fig. 4 – Spese sanitarie medie per fasce di età, anno 2009 (EU15 e EU12, maschi e femmine)



Fonte: Przywara B. (2010), Projecting future healthcare expenditure at European level: drivers, methodology and main results, Economic Papers, Economic and Financial Affairs, European Commission, p. 17

Principalmente, la crescita dei costi di cura è dovuta all’impatto delle tecnologie sanitarie. La tecnologia medica può ridurre il costo unitario delle cure rendendo più efficiente il trattamento, tuttavia spesso fa crescere le spese quando aumenta il consumo sanitario. Inoltre, sebbene l’affermazione possa apparire cinica, la tecnologia può aumentare i costi sanitari laddove faccia crescere le possibilità di sopravvivenza di persone con condizioni di salute molto compromesse. Va rilevato come, in questi casi, il confine con l’accanimento terapeutico sia labile.

Ci sono però altri scenari che debbono essere menzionati. In specifico si tratta di considerare gli anni di vita in salute contenuti nel prolungamento dell’aspettativa di vita. Su questo ci sono tre ipotesi (Przywara, 2010).

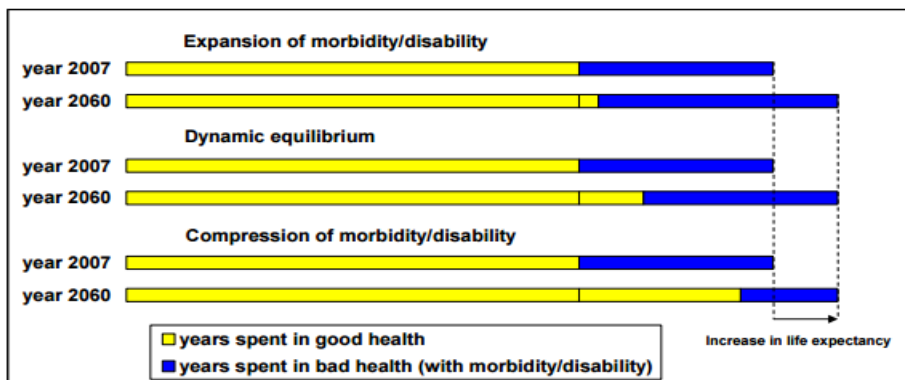
L'ipotesi della espansione della morbidità assume che quasi tutti gli anni di vita "guadagnati" con il prolungamento dell'aspettativa di vita saranno caratterizzati da grossi problemi di salute. Chi sostiene questa ipotesi, pensa che la medicina sarà in grado di contrastare eventi fatali, ma non di arrestare le malattie croniche che quindi continueranno ad affliggere i grandi anziani per un numero maggiore di anni.

L'ipotesi della compressione della morbidità/disabilità è basata sull'idea che grazie a stili di vita più sani si possano ridurre gli anni di disabilità e che si possa posticipare l'esordio delle patologie cronico-degenerative. Dunque, le condizioni di disabilità grave vengono compresse negli ultimi anni di vita. In pratica, l'aspettativa di vita in salute cresce in modo più consistente rispetto dell'aspettativa di vita generale.

L'ipotesi dell'equilibrio dinamico/posticipo della morbidità assume invece che grazie a biomedicina e stili di vita più sani aumenterà l'aspettativa di vita, mentre gli anni passati con malattie croniche rimarrà invariato, ma con inizio posticipato. La medicina quindi non può ridurre il numero di anni in cui saremo afflitti da problemi seri di salute, tuttavia visto che l'aspettativa di vita si allunga, in proporzione gli anni in cattiva salute diminuiscono.

In sintesi, la prima ipotesi (*Expansion of morbidity/disability*) assume che gli anni di vita guadagnati saranno perlopiù caratterizzati da cattiva salute; la seconda ipotesi (*Compression of morbidity/disability*) assume che gli anni di vita guadagnati potrebbero essere abbastanza sani se si è seguito un certo regime di vita; la terza ipotesi (*Dynamic equilibrium*) assume che gli anni guadagnati saranno leggermente più sani: gli anni in cattiva salute non diminuiscono in termini assoluti, ma in termini relativi sì (fig. 5).

Fig. 5 – Differenti ipotesi sull'evoluzione dell'aspettativa di vita sana e non



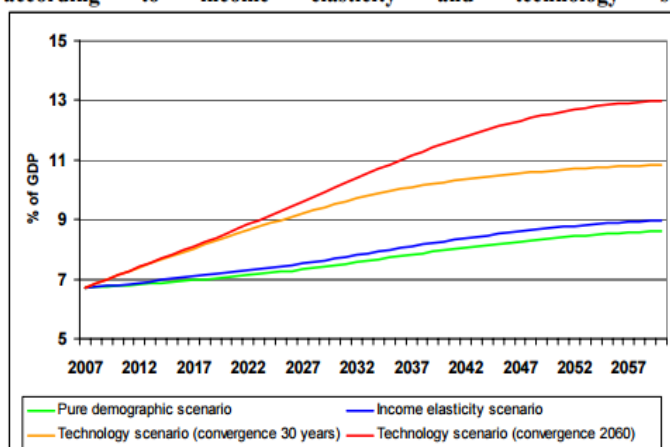
Fonte: Przywara B. (2010), Projecting future healthcare expenditure at European level: drivers, methodology and main results, Economic Papers, Economic and Financial Affairs, European Commission, p. 22 (retrieved: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2010/pdf/ecp417_en.pdf)

Quale delle tre ipotesi si realizzerà dipende dal rapporto causale tra morbidità e mortalità: se l'estensione dell'aspettativa di vita è il risultato della diminuzione della morbidità allora aumentano gli anni in salute; se l'estensione dell'aspettativa di vita è l'esito di un miglioramento delle tecnologie biomediche di sopravvivenza (*survival technologies*) allora gli ultimi anni di vita saranno caratterizzati da cattiva salute ed elevata medicalizzazione. In quest'ultimo caso i costi sanitari saranno elevati. Tra gli studiosi vi sono opinioni molto discordanti su queste ipotesi. Al di là dei diversi approcci teorici è certo che l'ipotesi più rosea – ovvero quella della compressione della morbidità/disabilità – può essere “aiutata”. Uno sforzo istituzionale verso la promozione di stili di vita sani può rendere più probabile l'esito della diminuzione della disabilità. Si tratterebbe di una strategia che nel medio e lungo termine farebbe risparmiare denaro pubblico grazie agli anni di malattia e disabilità evitati.

Nella fig. 6, riportiamo alcuni studi di scenario, rispetto alle proiezioni di spese sanitarie nelle EU27, di qui al 2060. Come si vede chiaramente, in tutti i quattro casi presi in esame i costi sanitari sono destinati ad aumentare. Nel caso peggiore, la proiezione dello scenario tecnologico con base 2060, i costi sanitari pubblici medi della EU27 sono destinati quasi a raddoppiare (da meno del 7% a più del 13% sul PIL).

Fig. 6 – Comparazione delle spese sanitarie stimate (% del PIL, media EU27) in base a elasticità del reddito e scenari tecnologici, 2007-2060)

Comparison of health care expenditure projections (% of GDP, EU27 average) according to income elasticity and technology scenarios, 2007-2060



Source: based on European Commission and Economic Policy Committee (2009)

Fonte: Przywara B. (2010), Projecting future healthcare expenditure at European level: drivers, methodology and main results, Economic Papers, Economic and Financial Affairs, European Commission, p. 50.

L'assunto dell'aumento dell'aspettativa di vita, su cui riposano gran parte delle proiezioni sulle spese sanitarie future, tuttavia non è condiviso da tutte le prospettive teoriche e operative sui quadri demografici ed epidemiologici dei prossimi anni. Tali prospettive prendono le mosse da un articolo del 2002

comparso sul *New England Journal of Medicine* a firma di S.J. Olshansky e altri intitolato *A Potential Decline in Life Expectancy in the United States in the 21st Century* (Olshansky, 2005). Nella famosa pubblicazione, gli studiosi avanzano l'ipotesi che l'imperiosa crescita dell'aspettativa di vita degli ultimi 150 anni stia rallentando, anzi, non è distante il momento in cui questo trend si invertirà. In altre parole, negli Stati Uniti si potrà probabilmente assistere a una diminuzione dell'aspettativa di vita. Paradossalmente, tale diminuzione sarà accompagnata da un aumento dei costi sanitari. La causa di questo sorprendente mutamento sarebbe l'obesità e le complicazioni sanitarie a cui essa dà luogo. Secondo questi studiosi la società americana è diventata, infatti, troppo "pesante".

3. Il problema dell'obesità nella società contemporanea

L'incipit del Rapporto *Overcoming Obesity. An Initial Economic Analysis*, redatto dal Mc Kinsey Global Institute e uscito nel novembre 2014, rende bene l'idea della minaccia alla salute che oggi è rappresentata dall'obesità: «Più di 2,1 miliardi di persone – circa il 30% della popolazione mondiale – sono sovrappeso o obese. Si tratta di un numero che è due volte e mezzo il numero di persone sottanutrite. L'obesità, che è una condizione prevenibile, è responsabile per il 5% delle morti mondiali. Se la sua prevalenza continuerà ad aumentare con lo stesso ritmo, quasi metà della popolazione adulta sarà obesa o sovrappeso entro il 2030» (2014, p. VIII). Inoltre, si legge nel Rapporto, i costi complessivi legati all'obesità sono pari a 2,8% del Prodotto Interno Lordo Globale e si aggirano intorno a 2,0 trilioni di dollari, un costo quasi

simile ai danni provocati dal fumo e dalle armi (fig. 7). Le malattie correlate all'obesità ammonterebbero invece a circa il 20% della spesa sanitaria.

Come ben raffigurato nella fig. 8, tre dei primi quattro *social global burden* sono di tipo sanitario: tabagismo, obesità e alcolismo. Si tratta di stili di vita che possono essere modificati, sebbene in varia misura, dall'attività fisica. Vi sono altri dati riguardo all'obesità che debbono essere menzionati. La World Health Organization (WHO) fornisce preoccupanti dati al riguardo:

- a livello mondiale l'obesità è quasi triplicata dal 1975;
- nel 2016, più di 1,9 miliardi di adulti (dai 18 anni in su) erano sovrappeso. Di questi, più di 650 milioni erano obesi.
- il 39% degli adulti dai 18 anni in su era sovrappeso nel 2016, e il 13% era obeso;
- la maggior parte della popolazione mondiale vive in paesi dove l'obesità e il sovrappeso sono responsabili della morte di più persone di quanto non lo sia la sottanutrizione;
- 38 milioni di bambini sotto i cinque anni erano sovrappeso o obesi nel 2019;
- più di 340 milioni di bambini e adolescenti nella fascia d'età 5-19 erano sovrappeso o obesi nel 2016.

Negli Usa gli obesi sono il 27,2% della popolazione (Levi, 2014). La percentuale è preoccupante perché i dati sono del 2014 e segnano un'ulteriore crescita dell'obesità (nel 2008, il tasso di obesità era del 25,5%). La crescita più sostenuta è avvenuta nella fascia over 65.

Le cause dell'obesità sono molteplici e interdipendenti. La famosa espressione *obesity epidemic* è infatti poco accurata, sebbene di forte impatto mediatico. La “globesity” è piuttosto da considerare come “endemica”, visto

che la diffusione dell'obesità è multicentrica e non deriva da un unico focolaio di contagio.

Sono quattro le principali teorie che vengono proposte per spiegare la eziologia della “globesity”:

- la prospettiva del mutamento di stili di vita;
- la prospettiva biologico-evolutiva;
- la *political economy* dei prodotti alimentari;
- la teoria della diseguaglianza sociale.

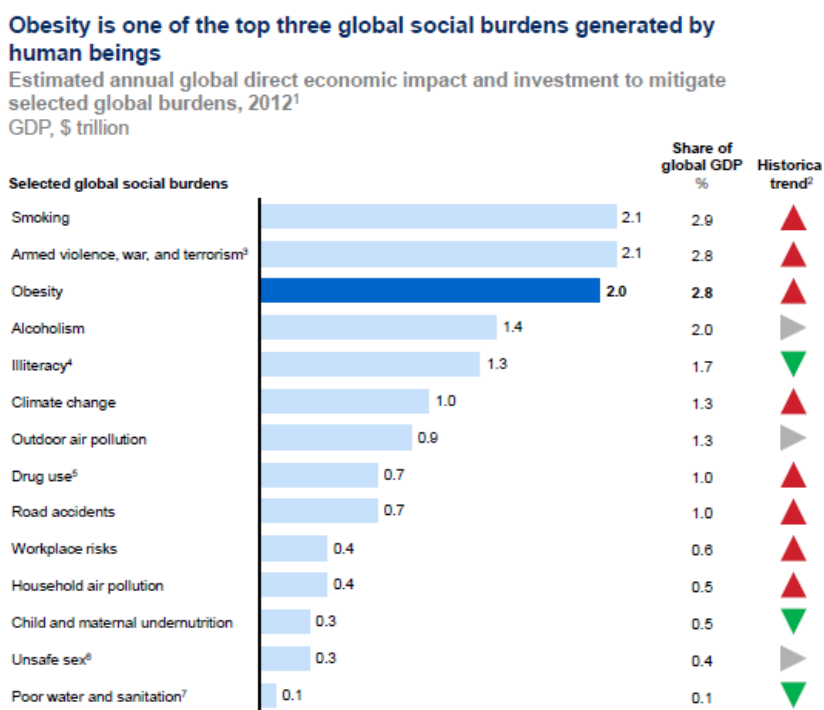
Come detto questi approcci vanno intesi come prospettive di tipo analitico e ideale. Si tratta di teorie non mutuamente esclusive e tra loro interdipendenti e sovrapposte.

La prospettiva del mutamento di stili di vita. Questo approccio si focalizza sull'attività fisica. Per lo più per effetto dei mutamenti nella sfera del lavoro e dello sviluppo tecnologico, non c'è un'epoca che abbia contemplato, per la popolazione, così poca attività fisica e così tanta sedentarietà quanto la nostra. Grazie alla rivoluzione industriale la nostra attività fisica direttamente (ad es. trasporti) o indirettamente (ad es. televisione) è notevolmente diminuita. Di qui, l'aumento di obesità e il sovrappeso. Passare da lavori all'aperto, basati sull'attività fisica, a lavori dietro alle scrivanie ha probabilmente ridotto influenza e raffreddori, ma portato a incrementi di peso, colesterolo e pressione sanguigna (Maturò, 2014). Ovviamente, anche l'alimentazione – che si inquadra all'interno degli stili di vita – gioca un ruolo molto importante, come vedremo.

La prospettiva biologico-evolutiva. Per millenni, la selezione naturale ha premiato gli individui più capaci a immagazzinare grassi e calorie utili a far fronte a periodi di carestia. Dunque, siamo evolutivamente portati alla riten-

zione del grasso, tuttavia i nostri corpi non si sono adattati alle mutate condizioni ambientali caratterizzate dalla sedentarietà. Questo *mismatching* tra natura individuale e ambiente sociale favorisce obesità e sovrappeso. Ancora, il cosiddetto “gene risparmiatore” ci porta a mangiare più di quello che ci serve – nel passato questo surplus ci sarebbe servito in tempi di bisogno.

Fig. 7 – Impatto economico e di salute di stili di vita e azioni umane



Fonte: Mc Kinsey Global Institute (2014), *Overcoming Obesity. An Initial Economic Analysis*, p. 2

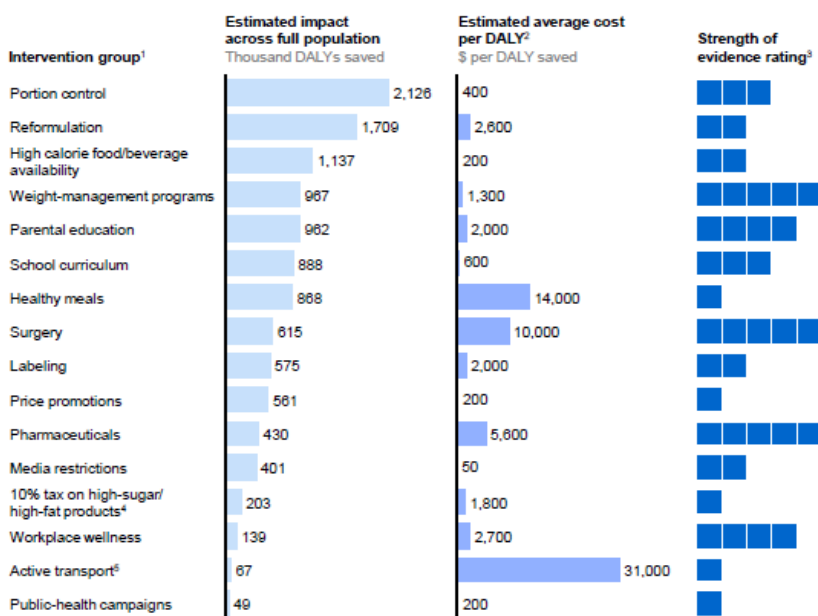
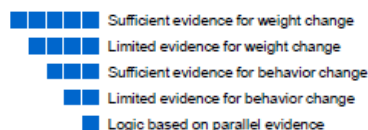
La *political economy dei prodotti alimentari*. Questa prospettiva mette al centro della propria analisi la qualità merceologica di parte dei prodotti alimentari attuali. Cibi sempre più grassi e zuccherati risultano in un aumento

vertiginoso delle calorie assunte giornalmente. Il cibo prodotto su larga scala, spesso *junk food*, diviene inoltre molto economico e distribuito in grosse porzioni, con ingredienti che stimolano un consumo abnorme.

Fig. 8 – Impatto di varie misure sanitarie e sociali su obesità

There is considerable scope to have high impact on obesity in a cost-effective way

Cost-effectiveness and impact of obesity levers, United Kingdom



La teoria della disegualianza sociale. Secondo questa prospettiva la disegualianza sociale è strettamente coinvolta nel generare obesità. Vi sono molteplici livelli di fattori implicati. Innanzitutto, va rilevato che spesso i cibi obesogeni sono meno costosi e più raggiungibili dei cibi sani. Specialmente negli Stati Uniti vi sono quartieri nei quali non è materialmente possibile acquistare cibo fresco. Per farlo è necessario spostarsi, avere tempo e

avere denaro. Inoltre, è stato dimostrato che grandi abbuffate o comunque un tipo di consumo alimentare sopra i toni possono assolvere una funzione di gratificazione immediata nel caso di persone con pochi mezzi per trovare altre forme di piacere. Anche in questo caso il consumo non è propriamente quello di cibo salutare.

4. La diminuzione globale dell'attività fisica

Recenti ricerche hanno posto in luce un allarmante declino dell'attività fisica a livello mondiale. In special modo, l'aumento dell'inattività fisica si concentra nei paesi ad alto reddito, tuttavia si sta espandendo anche nei paesi in via di sviluppo. In specifico, va rilevato che in soli 44 anni (ovvero nell'arco di 1,5 generazioni) l'attività fisica negli Stati Uniti è diminuita del 32% con un calo previsto, per il 2030, che arriverà al 46%. La Gran Bretagna, parallelamente, registra un calo del 20% negli ultimi 44 anni, che raggiungerà il 35% nel 2030 (Nike Inc., 2013).

Secondo alcuni ricercatori della World Health Organization (WHO), più di un quarto della popolazione adulta mondiale (28%), che corrisponde a più di 1,4 miliardi di persone, è fisicamente inattivo (Guthold *et al.*, 2018). Vi sono comunque grosse differenze tra le regioni WHO: i paesi ad alto reddito presentano tassi di inattività più elevati (37%) rispetto a quelli a medio reddito (26%) e a basso reddito (16%). Ancora a livello globale risulta che le donne siano più inattive degli uomini: rispettivamente 32% e 23%. La inattività fisica ha conseguenze pesanti sull'economia: prendendo in considerazione solo quattro Stati (Cina, India, Gran Bretagna e Stati Uniti), secondo

una stima, i costi dell'inattività fisica sono stati oltre 200 miliardi di dollari nel 2008 (Nike Inc., 2013).

La prospettiva sociologica del ciclo di vita fornisce altri dati preoccupanti. Secondo questo orientamento, gli anni dell'infanzia e della prima adolescenza influenzano in modo consistente lo sviluppo futuro della persona. Le conseguenze non sono solo fisiche, ma anche cognitive e sociali e si innescano lungo un circolo vizioso. Dunque, una crescita della inattività fisica tra i bambini e i giovani ha effetti negativi sul loro futuro. Rispetto a bambini che svolgono regolarmente attività fisica, coloro che sono fisicamente inattivi hanno un'elevata probabilità di obesità, perdono più giorni di scuola, hanno un rendimento scolastico più scadente, ed è inoltre più probabile che abbiano un lavoro a basso reddito e che sviluppino una salute piuttosto cagionevole. Ovviamente, e questo va ripetuto, si tratta di probabilità e tendenze generali, non di certezze.

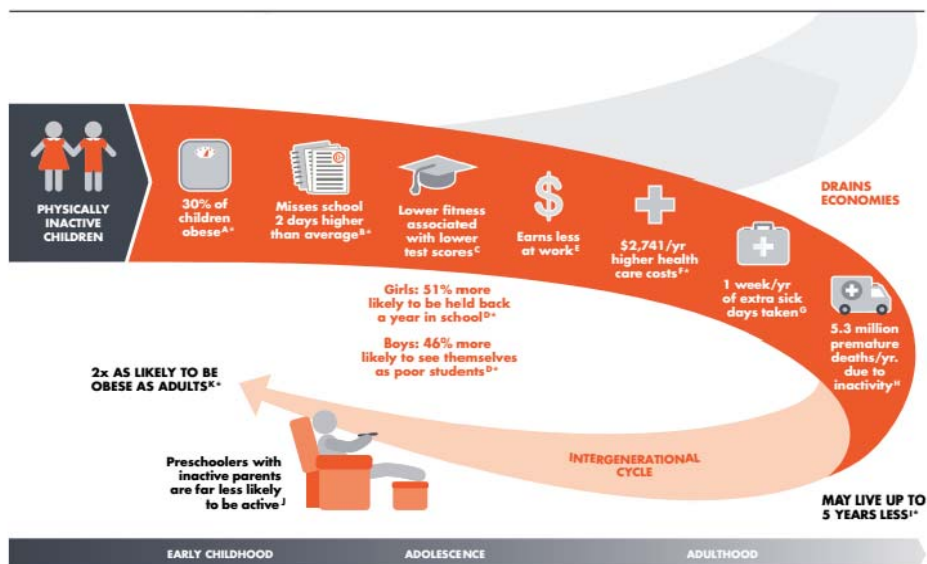
Oggi, i bambini sono molto meno attivi rispetto a un tempo. Ricerche recenti hanno rilevato come tra i 9 e 15 anni le ore di attività fisica tra i bambini americani si riducano del 75%. Tra gli adolescenti europei la riduzione si attesta invece al 50%.

Oltre al ciclo di vita individuale, la inattività fisica si tramette anche – sempre a livello probabilistico – lungo le generazioni: i figli di genitori fisicamente inattivi hanno il 50% di possibilità in meno di essere attivi fisicamente rispetto agli altri bambini. È stato rilevato che gli adolescenti americani dedicano all'attività fisica metà del tempo che ad essa dedicavano i loro nonni, mentre tra i bambini cinesi questa proporzione si riscontra tra gli adolescenti e i loro padri. La fig. 9 descrive quanto appena riportato.

Fig. 9 – L'effetto combinato dell'inattività fisica lungo il ciclo di vita

THE COMPOUNDING COSTS OF PHYSICAL INACTIVITY OVER A LIFETIME

Physical inactivity perpetuates a very dangerous cycle that begins to take hold very early in life.



Fonte: Nike, Inc. (2013), Designed To Move. A Physical Activity Action Agend. Executive Summary. P. 7. <http://e13c7a4144957cea5013-f2f5ab26d5e83af3ea377013dd602911.r77.cf5.rackcdn.com/resources/pdf/en/full-report.pdf>

Lo status socio-economico (reddito e istruzione) ha una diretta correlazione con la frequenza dell'attività fisica tra le persone. Una ricerca del 2018 condotta nell'ambito dell'Eurobarometro sui paesi dell'EU-28 dimostra quanto la frequenza del coinvolgimento delle persone in attività fisica vari notevolmente a seconda dello status socio-economico. La percentuale di persone che non svolgono mai attività fisica o sport è pari al 26% tra i manager, al 37% tra gli impiegati e al 36% tra i lavoratori autonomi. Tale percentuale sale al 49% tra gli artigiani e tra i disoccupati. Parallelamente, il modello si replica a livello di titolo di studio: il 73% delle persone che hanno lasciato la

scuola entro i 15 anni non fa esercizio fisico né attività sportive; tale percentuale scende al 51% tra chi ha terminato gli studi tra i 16 e i 19 anni, e al 31% tra coloro che hanno finito gli studi oltre i 20 anni. Le persone con problemi economici è più probabile non svolgano attività fisica rispetto a coloro che stanno meglio: il 66% di coloro che il più delle volte fanno fatica a pagare le utenze non svolge alcuna attività sportiva, laddove tale percentuale scende al 41% tra coloro che invece pagano agevolmente le utenze². Su queste basi è dunque facile constatare che i vantaggi di un'attività fisica regolare sono colti in misura maggiore dagli strati più floridi della società, mentre le conseguenze negative per la salute causate dall'inattività sono concentrate tra gli strati sociali più bassi. Gli interventi sociali che mirano a incoraggiare la partecipazione ad attività fisiche o all'esercizio fisico regolare possono quindi aiutare a ridurre le disegualtanze di salute tra la popolazione.

Per contrastare la inattività fisica sono state implementate numerose attività di educazione alla salute, tuttavia, come scritto in un numero speciale di *The Lancet* dedicato all'attività fisica, le campagne di promozione della salute hanno avuto scarso successo:

Il tradizionale approccio public health basato su evidenze ed esortazioni è stato per il momento fallimentare, almeno a certi livelli. Con poche eccezioni, i professionisti sanitari non sono stati in grado di mobilitare istituzioni e popolazione allo scopo di prendere la inattività fisica come problema di salute pubblica (Hallal *et al.*, 2012, pp. 247-257).

² Abbiamo tratto questo dato da European Commission (2018), *Sport and Physical Activity*, Special Eurobarometer, Brussels. Le informazioni precedenti sono invece tratte da Centre for Economics and Business Research (2015), *Rapporto ISCA/cebr. L'impatto economico dell'inattività fisica in Europa*, London.

In sintesi, «in tutto il mondo, l'attività fisica è un aspetto negletto della prevenzione» (Das, Horton, 2012, pp. 189-190). Nelle prossime pagine, si presenteranno alcuni spunti e *best practice* collegati al contrasto dell'inattività fisica.

4. *Wellness sul lavoro, turismo wellness e mercato del fitness*

In questo capitolo vengono svolte analisi su tre importanti ambiti.

Innanzitutto, mostreremo l'importanza, non solo etica, del benessere del lavoratore presso il luogo di lavoro. Parte della soddisfazione e del benessere del lavoratore è collegata alla possibilità di svolgere attività fisica sul luogo di lavoro o comunque di vederla incoraggiata.

In secondo luogo, mostreremo alcune delle principali caratteristiche del turismo *wellness*. La peculiarità di questo settore consiste nel trovarsi all'incrocio virtuoso di due fenomeni globali in vasta crescita nell'ultimo decennio: il turismo e lo stile di vita *wellness*. Inoltre, la mentalità *wellness*, come vedremo, si sta estendendo a molti tipi di viaggiatori e non solo ai turisti.

Per specificare la crucialità del *wellness* oggi, tratteggeremo la grande crescita economica del mercato del fitness. L'ambito è in forte espansione e potrebbe aumentare esponenzialmente con la diffusione di sinergie tra *health club* e istituzioni sanitarie, sulla base della idea – verificata – che il fitness sia una cura preventiva.

1. Attività fisica e prestazioni lavorative

La salute dei lavoratori, oltre ad essere un obiettivo etico, è anche il fattore essenziale per lo sviluppo dell'economia. A causa della senilizzazione della società, gran parte della forza lavoro sarà costituita, nel prossimo futuro, da persone a rischio di patologie cronico-degenerative. Inoltre, circa un terzo del peso globale delle malattie (*global burden of disease*) è fortemente correlato agli stili di vita (tabagismo, alimentazione, consumo di alcol e attività fisica). Dunque, a meno che non si prendano misure immediate, la crescita dell'inattività fisica – specialmente tra coloro che sono nella fase dell'infanzia o dell'adolescenza oggi – farà aumentare, nella *workforce* di domani, malattie come diabete, cancro, patologie cardio-vascolari. Non è un caso che la *Confederation of British Industry* ha stimato che il costo annuale delle assenze sul lavoro, è di 14 miliardi di sterline (Jimenez, 2014). Gran parte di questi costi sono a carico a del settore economico visto che si tratta di soldi spesi per rimpiazzare persone in malattia, straordinari pagati a colleghi che debbono sobbarcarsi lavoro extra e costi per la selezione di nuovo personale.

Altri studi hanno mostrato come l'offerta di servizi per la salute del lavoratore conducono a un ritorno economico per l'azienda maggiore dell'investimento iniziale. Per questo, le aziende che investono in interventi per la salute sul posto di lavoro (*workplace health*) sono più competitive e maggiormente adatte alla competizione globale (WWCR, 2012). L'incentivazione dell'attività fisica è il pilastro dei programmi di wellness aziendale, tuttavia lacci burocratici e tassazioni incomprensibili agiscono come barriere respingenti rispetto a un'offerta flessibile di queste possibilità. Come abbiamo già accennato, preservare e migliorare la salute del lavoratore non si

traduce solo in un vantaggio per l'azienda, ma anche per la società nel suo complesso, visti i crescenti costi sanitari. Inoltre, le persone che lavorano in ufficio si muovono decisamente troppo poco: il 75% della loro giornata lavorativa ha luogo dietro una scrivania, il 21% è occupato da attività fisiche di lieve entità e solo il 3% è dedicato ad attività fisiche di intensità moderata o vigorosa. In tutto, coloro che hanno un lavoro d'ufficio passano 9-11 ore al giorno stando a sedere per motivi lavorativi (Thorp *et al.*, 2009).

Come evidenziato dalla WHO, dedicare attenzione alla salute dei lavoratori produce numerosi benefici:

- i lavoratori in salute sono più produttivi e trasmettono abitudini salutari alle loro famiglie: dunque i lavoratori in salute sono una *key strategy*, soprattutto per superare la povertà;
- promuovere la salute sul posto di lavoro contribuisce al benessere del lavoratore e alimenta stili di vita sani;
- la salute sul posto di lavoro è fondamentale per la salute pubblica, perché sempre più risulta evidente come le patologie più gravi, per essere anticipate, necessitano di essere integrate in programmi di prevenzione basati sul luogo di lavoro.

Più analiticamente, secondo la WHO, l'attenzione al benessere del lavoro – che, va detto, non si esaurisce con l'incentivazione dell'attività fisica – produce numerosi vantaggi sia per l'azienda sia per il lavoratore. Per l'azienda, i benefici si sostanziano nell'aumento della produttività; la riduzione dell'assenteismo; la riduzione del turnover; il miglioramento del clima organizzativo; il miglioramento dell'immagine aziendale e nella costituzione di un programma di salute e sicurezza efficiente. Per il lavoratore, i vantaggi riguardano il miglioramento della salute fisica; un maggiore benessere psi-

cologico; l'acquisizione di abitudini e abilità per il mantenimento della salute; una maggiore soddisfazione per il lavoro; il miglioramento dell'umore; la riduzione dello stress; una maggiore autostima (fig. 1).

Fig. 1 – Benefici dei programmi per salute sul posto di lavoro

To the organization	To the employee
a well-managed health and safety programme	a safe and healthy work environment
a positive and caring image	enhanced self-esteem
improved staff morale	reduced stress
reduced staff turnover	improved morale
reduced absenteeism	increased job satisfaction
increased productivity	increased skills for health protection
reduced health care/insurance costs	improved health
reduced risk of fines and litigation	improved sense of well-being

Fonte: WHO, Occupational health, Work health promotion, http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/index1.html

2. Turismo *wellness*

Lo studio dell'economia del turismo *wellness* si focalizza sui consumi, le abitudini e le spese fatte dai turisti per migliorare o per mantenere il proprio benessere durante la vacanza. Questo approccio, in molte analisi, utilizza una quadripartizione basata sull'incrocio, riferito al turismo, di due dicotomie: domestico/internazionale e *wellness/non wellness*.

Si arriva così a quattro categorie:

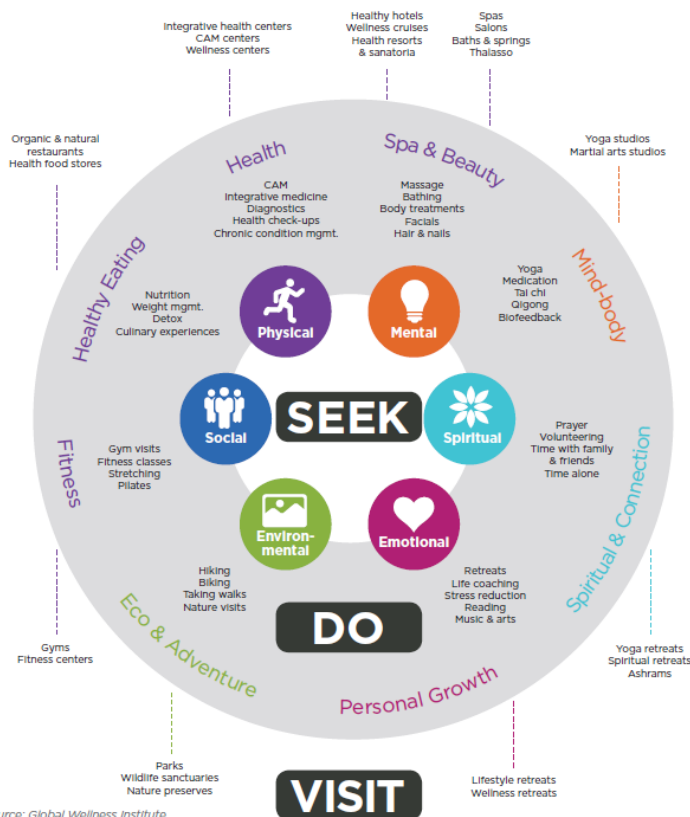
- turismo domestico *wellness*;
- turismo internazionale *wellness*;
- turismo domestico non *wellness*;

- turismo internazionale non *wellness*.

Inoltre, si può parlare di turisti che hanno come motivazione principale del viaggio il *wellness* (*Primary Wellness Tourists*) e turisti per i quali la dimensione *wellness* è presente nel viaggio ma non è centrale (*Secondary Wellness Tourists*). Per quanto riguarda le attività *wellness* esse si possono fare risalire alle seguenti dimensioni: Spa & Beauty, Fitness, Ecologia e avventura, Crescita personale, Viaggio spirituale, Connessione mente-corpo, Salute olistica, Cibo salutare. La fig. 1 contiene gli esempi di queste categorie.

Il turismo *wellness* è un settore in rapida crescita (6,5% annuo tra il 2015 e il 2017 – un tasso più che doppio rispetto alla crescita del settore turistico in generale) e le spese per questa tipologia di turismo hanno raggiunto i 639,4 miliardi di dollari nel 2017 (contro i 563,2 miliardi di dollari del 2015) (GWI, 2018). Il turismo *wellness* rappresenta il 16,8% delle spese per il viaggio di tutto il turismo internazionale e domestico e il 6,6% di tutti i viaggi turistici. I turisti del *wellness* spendono infatti molto di più rispetto al turista medio (fig. 2): il turista del *wellness* che sceglie mete internazionali spende il 53% in più rispetto al turista medio internazionale; il turista del *wellness* domestico spende il 178% in più rispetto al turista medio domestico. Prevalentemente, il turismo *wellness* è di tipo domestico piuttosto che internazionale: il turismo domestico rappresenta, infatti, l'82% del turismo *wellness* e il 65% del totale delle spese turistiche.

Fig. 1 – Tipologie di turisti wellness



Source: Global Wellness Institute

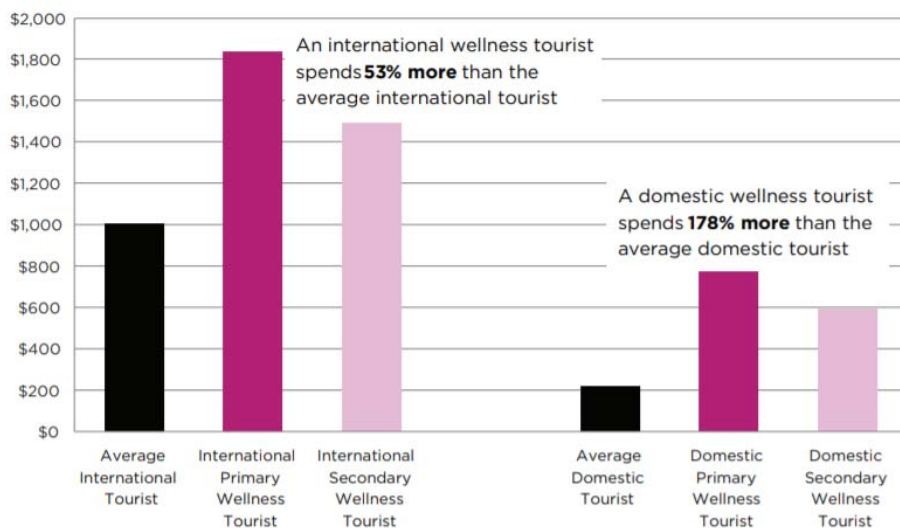
Fonte: Global Wellness Institute (2018), *Global Wellness Tourism Economy November 2018*, p. 15.

Alcune caratteristiche dei turisti *wellness*:

- i turisti internazionali *wellness* spendono in media 1.528 dollari per viaggio;
- i turisti *wellness* domestici spendono in media 609 dollari per viaggio;

- tendenzialmente il turista *wellness* è relativamente affluente, ha un titolo di studio elevato e tende ad essere un *early adopter* propenso a provare nuove esperienze;
- cinque stati “valgono” oltre metà del mercato del turismo *wellness* (59% del mercato globale), si tratta di: Stati Uniti, Germania, Giappone, Francia e Cina;
- gli stati che ricevono più turisti *wellness* da altri paesi sono: Stati Uniti, Messico, Cina, Austria e Francia;
- si prevede che nei prossimi anni cresceranno i consumatori di questo tipo di turismo in Asia, nell’America Latina, nell’Africa Sub-Sahariana e nel Medio Oriente-Nord Africa.

Fig. 2 – Comparazione tra spesa del turista *wellness* e spesa del turista medio.



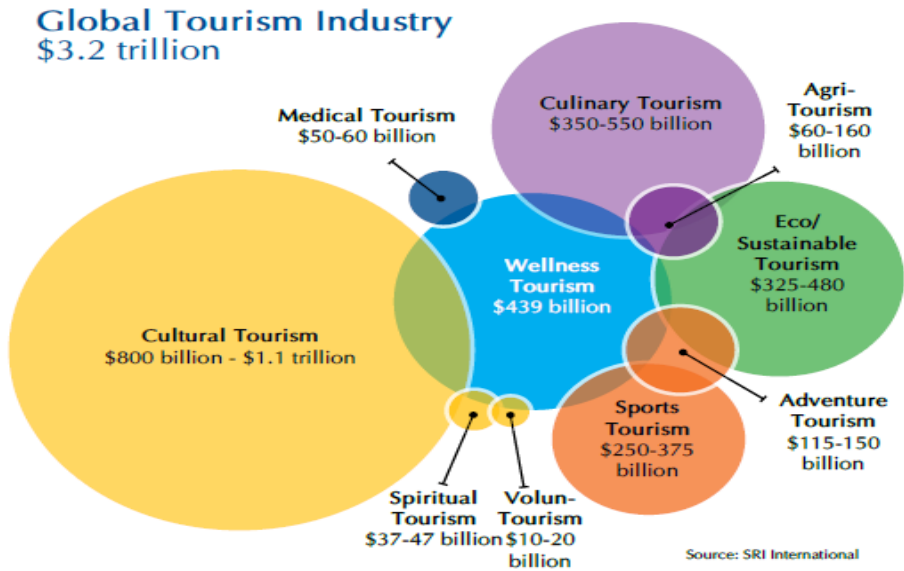
Fonte: Global Wellness Institute (2018), *Global Wellness Tourism Economy November 2018*, p. v.

A questo punto dovrebbe essere chiaro perché il turismo *wellness* si configura come un ambito economico (ma non solo) di primaria importanza a livello globale: Covid a parte, il turismo è uno dei pochi settori economici in crescita e il *wellness*, ovvero l'attenzione alla salute e agli stili di vita sani, è una tendenza sociale che si diffonde di anno in anno. Dunque, il turismo *wellness* è la risultante dell'intersezione di una *global industry* in salute e di un potente *lifestyle-trend*.

Infatti, l'attenzione per il *wellness* diventerà una costante nei viaggi turistici e di lavoro. Sempre meno le persone accetteranno di rimanere inattive quando sono fuori dalle loro aree di residenza. Non solo ci sono e ci saranno sempre più turisti che viaggiano primariamente per il *wellness*, ma ci sono una serie di viaggiatori che si muovono per lavoro o per turismo "tradizionale" che vogliono rimanere in forma. Anzi, proprio perché in molti casi viaggiare è fonte di stress (per ritardi, spostamenti, mutamenti di abitudini) ecco che l'attenzione alla salute si acutizza.

Inoltre, il turismo *wellness* agisce in modo sinergico con altre modalità turistiche. In alcuni casi, esso agisce come volano e come "attivatore" di altre esperienze. Ad esempio, può stimolare un turismo più eco-sostenibile, può incidere sulle presenze negli agriturismi, può connettersi e agire da catalizzatore con esperienze culturali e culinarie. Si tratta, tra l'altro, di tendenze turistiche che a loro volta stanno subendo accelerazioni piuttosto consistenti (fig. 3).

Fig. 3 – Global Tourism Industry



Fonte: Global Wellness Institute - GWI (2014), *The Global Wellness Tourism Economy 2013*, p. 24.

Questa sovrapposizione e “contaminazione” tra differenti tipi di turismo agisce inoltre come circolo virtuoso di *cross-fertilization* e di stimolo reciproco, rendendo evidente come il turismo del futuro si presenti come sempre più multidimensionale. L’idea del turismo come “villeggiatura” e come “ozio” è tramontata. Anche la lingua, che oggi grazie a internet si sta modificando rapidamente, ha registrato questo mutamento. Ad esempio, il neologismo *Bleasure* sta per i viaggi business + *leisure*. E, come abbiamo visto, il *wellness* è compreso sia in segmenti business sia in segmenti *leisure*. Dunque, tutti i viaggiatori possono in parte essere turisti *wellness* e forse sarebbe il caso di parlare soprattutto di *wellness traveller*, ovvero di viaggiatori *wellness*, oltre che di turista *wellness*.

3. Il mercato del fitness

Il numero delle palestre, o, meglio, degli *health club*, vede un aumento sostenuto negli ultimi anni¹. Infatti, a livello mondiale si è passati dai 128.500 *health club* esistenti nel 2009 ai circa 183.000 nel 2014. A livello di macro-regioni, la maggior parte degli *health club* si trova in America Latina, con il Brasile che detiene il numero più alto (circa 30.000). L'Europa, come macro-regione, è seconda per numero di *health club*: nel 2014 se ne contano oltre 51.000. Di questi circa 8.000 si trovano in Germania, oltre 6.600 in Italia e circa 6.000 in Gran Bretagna. Nel Nord America gli *health club* sono quasi 41.000, di questi 34.000 localizzati negli Stati Uniti. Gli Stati Uniti sono quindi lo stato con il più alto numero di *health club* al mondo.

Il fatturato globale degli *health club* (*global health club industry revenue*) ha raggiunto, nel 2014, gli 84,3 miliardi di dollari. Si tratta della cifra più alta di sempre. Nel 2009 il fatturato fu di 63 miliardi di dollari circa, siamo dunque di fronte a un plus di 17 miliardi di dollari nel giro di 5 anni. Di questi, 35 miliardi di dollari sono stati generati in Europa e 26,8 miliardi di dollari nel Nord America. La Gran Bretagna presenta invece un giro d'affari di 6,7 miliardi di dollari, prima in Europa (sebbene sia terza per numero di *health club*). Relativamente basse le cifre di Africa e Medio Oriente: complessivamente si arriva a 2,18 miliardi di dollari di entrate.

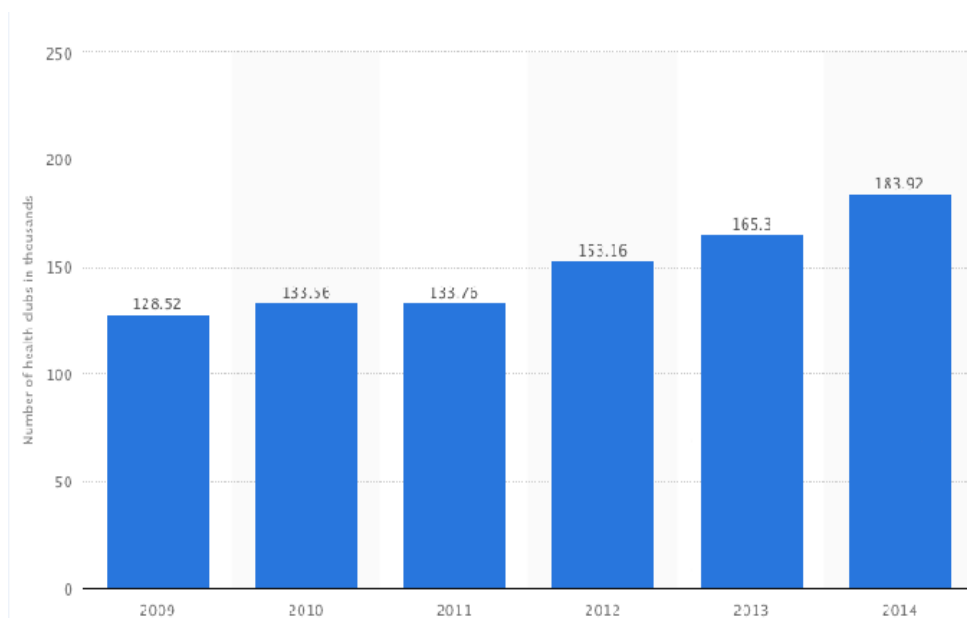
¹ I seguenti dati sono tratti da The Statistics Portal, *Health club industry revenue worldwide from 2009 to 2019, by region*. Disponibile al sito: <http://www.statista.com/statistics/273065/total-revenue-of-the-health-club-industry-worldwide/>

Nel 2014, la catena che ha avuto maggiori entrate è stata *Life Time Fitness*, con un fatturato di quasi 1,3 miliardi di dollari. *Virgin Active*, la seconda azienda, ha superato di poco il miliardo di dollari, sempre nello stesso periodo.

Nel 2014 si contano 144,68 milioni di *membership* presso *health club*. Un aumento molto sostenuto se si pensa che solo nel 2009 le *membership* ammontavano a 120 milioni.

Il Nord America è la *world region* che presenta più *membership*: quasi 60 milioni. La maggioranza sono statunitensi: 54,1 milioni di persone.

Fig. 4 – Numero degli *health clubs* dal 2009 al 2014 (in migliaia)



Fonte: The Statistics Portal, <http://www.statista.com/statistics/275035/global-market-size-of-the-health-club-industry/>

Covid a parte, ci sono aspettative molto positive per la crescita del mercato del fitness anche per i prossimi anni. Appare plausibile stimare che entro

il 2025 ci possano essere 80 milioni di *membership* nell'ambito degli *health club* in Europa². Nel 2012 gli iscritti erano circa 44 milioni. Nel decennio 2002-2012 la crescita di questo segmento di mercato è stata del 7% annuo circa – con una crescita superiore nei primi anni del decennio e un piccolo rallentamento dovuto alla crisi negli ultimi. Anche assumendo una crescita meno sostenuta – possiamo stimarla attorno al 5% – per il 2025 si raggiungerebbe la stima degli 80 milioni di *membership* nell'ambito degli *health club* europei. Questo numero coinciderebbe con una quota della popolazione dedita al fitness pari al 16%. Una quota simile a quella che è attualmente iscritta agli *health club* negli Stati Uniti. Una quota, tuttavia, inferiore a quella che oggi si misura nei *top fitness countries* come Danimarca (22%), Svezia (21%) e Paesi Bassi (20%).

Le probabilità che l'attenzione per il *wellness* aumenti nei prossimi anni sono alte. Da un lato vi è un deciso mutamento culturale che vede come protagonisti gli over 40 nelle attività fitness, dall'altro vi sono una serie di altri aspetti organizzativi ed economici che spingono sempre più persone verso le attività fisiche. Abbiamo già menzionato la diffusione della cultura *wellness* sul luogo di lavoro. A questa tendenza va aggiunta la crescente varietà di programmi di allenamento che il settore del fitness sta offrendo sia all'interno dei club sia all'esterno. La spinta più corposa tuttavia può avvenire solo se le attività di fitness entreranno a pieno titolo nella sfera della sanità, divenendo, anche formalmente, attività di promozione della salute: «the biggest growth is yet to come when the sector changes its focus from fitness to health promotion and activity» (Steenbergen, Middelkamp, 2014, p. 97).

² I dati e le argomentazioni che seguono sono basati su Rutgers H. (2014), "Growth Potential of the European Fitness Market", in EHFA (ed.), *The Future of Health and Fitness – A Plan for getting Europe Active by 2025*, BlackBoxPublishers, Nijmegen, p. 106-107.

Invece, un mutamento che merita un'attenzione particolare, in special modo da parte del settore fitness, è la rivoluzione digitale innescata dalle app.

4. Verso una società *wellness*?

Come abbiamo visto nel primo capitolo, le spese sanitarie sono destinate a aumentare in modo sostenuto nei prossimi decenni. Principalmente le cause sono: l'invecchiamento della popolazione, la crescita del peso delle malattie croniche, l'aumento dei costi delle tecnologie sanitarie e le crescenti richieste dei consumatori di salute. Molto difficilmente lo Stato potrà coprire finanziariamente il costo dei servizi e delle prestazioni sanitarie necessarie a curare in modo appropriato la popolazione. Certamente, vi sono alcune possibilità di rendere la gestione dei sistemi sanitari più efficiente. Ad esempio, come abbiamo scritto, le nuove frontiere della “salute digitale” potranno permettere di abbattere alcuni costi. Tuttavia, un reale ridimensionamento della spesa sanitaria può aversi solo attraverso la creazione di una società più sana. Stimolare l'aumento dell'attività fisica è l'unico modo per ridurre sensibilmente la malattia e aumentare il benessere sociale, psichico ed economico di una società. Come si legge nelle *European Union Physical Activity Guidelines* del 2008, anche un moderato livello di esercizio fisico riduce del 27% il rischio di infarto, del 33% il rischio di sviluppare diabete e del 35% il rischio di malattie coronariche. Alcune evidenze³ mostrano come per ogni euro

³ Riprendiamo qui alcuni dati forniti da Jimenez A. (2014), “Best practices in working with Governments”, in EHFA (ed.), *The Future of Health and Fitness – A Plan for getting Europe Active by 2025*, BlackBoxPublishers, Nijmegen

speso per promuovere attività fisica vi sia un ritorno – piuttosto impressionante – di 13,1 euro per mancate spese sanitarie (e per altre mancate spese come assenze sul lavoro dovute a malattia).

Vi è quindi una forte necessità economica per gli Stati e i loro cittadini nel promuovere attività di fitness. *Il Welfare State per sopravvivere ha necessità di stimolare pratiche di wellness*. L'attività fisica su cui si fonda il fitness è il tipo di attività di *wellness* che porta a migliori risultati di salute rispetto alle altre tipologie di pratiche di *wellness* – seppure queste siano importanti (le abbiamo menzionate nel cap. 3). Dunque, l'attività fisica dovrebbe venire intesa come una vera e propria cura nei confronti di patologie che altrimenti rischiano di svilupparsi nel corso di vita. Su questo punto, Technogym da anni sostiene il ruolo dell'attività fisica come farmaco. L'azienda è global partner del programma “Exercise is Medicine”, progetto promosso dall’American College of Sports Medicine e dall’American Medical Association, le due più importanti associazioni americane nel campo dell’esercizio fisico e della salute. Lo scopo del progetto è quello di inserire, a livello internazionale, l'attività fisica e l'esercizio strutturato all'interno della prescrizione medica: «la quantità e qualità dell'attività fisica svolta dal paziente dovrebbe essere considerata dal medico di base come un “parametro clinico” al pari della pressione arteriosa, del peso e della glicemia⁴».

Questo orientamento è un esempio di medicalizzazione positiva. La medicalizzazione è quel processo attraverso cui aspetti della vita considerati normali vengono considerati come patologici. Esempi di medicalizzazione si trovano nell'ambito della salute mentale, della gravidanza, della sessualità, della chirurgia estetica. Generalmente, vi è una connotazione negativa del

⁴ Tratto dal sito della Technogym, <http://www.technogym.com/it/azienda/news-ed-eventi/news/azienda/il-congresso-nazionale-d/25223>.

termine: in molti casi la medicalizzazione patologizza il lato spiacevole di alcune situazioni normali per renderle oggetto di cura e per aumentare il numero di consumatori di medicine. Nel caso del fitness invece la medicalizzazione appare come un aspetto positivo: si tratta di una *cura anticipata* che previene malattie, permette alle persone di rimanere sane e produttive, riduce il consumo di medicinali e di prestazioni mediche, diminuisce la spesa sanitaria pubblica e privata.

Considerare l'esercizio come farmaco implica un mutamento di paradigma che pone al centro la *wellness* culture. Si tratta di un salto mentale, un cambiamento del *frame* – la cornice cognitiva – attraverso cui si interpreta la salute all'interno della società. Si tratta di un cambiamento necessario, come abbiamo qui cercato di spiegare.

Per agevolare questa tendenza dovrebbero essere costruite delle interazioni più strette tra le organizzazioni che si occupano – direttamente o indirettamente – di salute.

Per quanto riguarda gli operatori del fitness, dovrebbero costruire relazioni istituzionalizzate con le organizzazioni sanitarie, al fine di erogare “prestazioni di fitness”. Inoltre, dovrebbero pensare a programmi di fitness diffuso, fuori dalla struttura e aperti alla comunità in senso ampio e, in alcuni casi, focalizzati sul *wellness* aziendale e su scuole. Andrebbero attivati anche programmi per attirare speciali target: bambini, persone anziane, pre-diabetici, obesi (*weight-management*). Allo scopo di ridurre l'elevato tasso di *drop out* che si verifica nei primi 6 mesi di *membership* andrebbero sviluppate specifiche misure di *coaching*, anche utilizzando dispositivi digitali. *Last but not least*, misure specifiche andrebbero prese per attirare coloro che non svolgono alcuna attività fisica, i cd *non-exerciser*.

Mentre per le aziende abbiamo ripetutamente sottolineato l'importanza del *wellness*, poco si è detto sul ruolo delle istituzioni educative e scientifiche. Le università dovrebbero dedicare più ricerca alle conseguenze della inattività fisica. Inoltre, si dovrebbe considerare con più attenzione l'esercizio fisico come alternativa alla prestazione medica in senso stretto, in tal senso, per immettere sul mercato un nuovo farmaco e per provare la sua efficacia terapeutica: «si suggerisce che nei futuri *clinical trial* le aziende farmaceutiche introducano, come elemento di comparazione, anche l'esercizio fisico» (Rutgers, 2014, p. 183). Le istituzioni universitarie dovrebbero inoltre valorizzare i molteplici insegnamenti sparsi in differenti corsi di laurea legati a pratiche di *wellness*.

Questi possibili interventi sono in alcuni casi ambiziosi, ma d'altro canto si rendono necessari al fine di riuscire a contenere l'esplosione dei costi sanitarie e, ovviamente, a ridurre la sofferenza delle persone legata a malattia e disagio sociale.

Ovviamente, vanno anche tenuti in considerazione alcuni aspetti critici come la necessità di non stigmatizzare coloro che non appaiono perfettamente “performanti” o che semplicemente scelgono di non praticare intensamente uno stile di vita *wellness*. Va inoltre sottolineato che non sempre è possibile semplicemente “scegliere” uno stile di vita sano. Diseguaglianze economiche e sociali ostacolano queste possibilità. Per questo le istituzioni, in sinergia con gli attori del mercato e la comunità, debbono cercare di agevolare la scelta del *wellness* riducendone le diseguaglianze di accesso.

Conclusioni. Spunti per un modello www: tra welfare, wellbeing e wellness

Stato del benessere, stato di benessere e benessere psico-fisico nella lingua italiana appaiono espressioni molto simili. Per questo motivo è necessario utilizzare il lessico inglese. Infatti, le tre espressioni denotano cose piuttosto diverse tra loro.

Lo Stato del benessere è il *welfare state*, ovvero quel glorioso e civilissimo insieme di strutture, politiche e iniziative pubbliche che dalla fine del secondo dopoguerra sono state messe in campo dallo Stato per garantire sicurezza sociale ed economica ai propri cittadini e non (ricordiamo che in Italia la salute è garantita a tutti gli “individui”). Il *Welfare State* è in crisi da almeno metà della sua vita: bisogni crescenti dei cittadini, ma anche bisogni più complessi, senilizzazione e cronicizzazione della società, aumento delle aspettative, e ovviamente aumento dei costi richiedono sempre più politiche di prioritizzazione e di selezione. Inoltre, altri attori oggi intervengono nel welfare, in primis il Terzo Settore.

Del *wellbeing* abbiamo fornito molteplici definizioni. Si tratta del benessere soggettivo. Per pudore abbiamo cercato di non enfatizzare la parola “felicità”. Soprattutto, oggi, in una società stremata dal Covid appare difficile perseguire la felicità. Si intravede tuttavia una riduzione del tempo della cura ospedaliera, per un ritorno alla cura e assistenza nella comunità. Se una cosa

il Covid ci ha insegnato è l'importanza del territorio e della medicina di comunità. E tuttavia proprio il Covid ci impone di rimettere al centro il benessere soggettivo. Infatti, oltre alla pandemia, che va concludendosi, ora si intravedono i massicci contorni della “psicodemia”. I vari *lockdown* hanno lacerato gli animi e la psiche. Il disagio, e in molti casi, la sofferenza, hanno interessato soprattutto famiglie con poche risorse, ma le conseguenze si sono manifestate anche in ambiti apparentemente meno vulnerabili. Secondo fonti autorevoli, il 65% degli italiani ha sofferto o sta soffrendo di disturbi mentali. Molte persone si sono trovate in una condizione di doppia fragilità: malate e in *lockdown*. Inoltre, il forte carico di lavoro di cura dei famigliari di persone malate si è amplificato. Si pensi all'Alzheimer, Parkinson, cancro, ma anche all'autismo per i giovani. I caregiver hanno vissuto e stanno vivendo periodi più o meno prolungati di estenuante *burn out*. Anche la didattica a distanza, necessaria nella più parte dei casi, ha causato alienazione e disagio nei più giovani e nelle famiglie. Un particolare riferimento va fatto nei confronti delle donne. Nel primo *lockdown*, tra marzo e giugno 2020 le richieste di aiuto in relazione alla violenza domestica sono più che raddoppiate rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Si teme che il sommerso sia molto più consistente.

Il *wellness*, un'espressione nata in ambito commerciale, inventata da Nerio Alessandri, fondatore dell'azienda Technogym, ha invece connotazioni più sfumate e si riferisce alle attività fisiche e psico-fisiche per raggiungere il benessere soggettivo. Certamente, le attività di *wellness* possono contribuire a ridurre la spesa sanitaria e a dare forma a una società più sana. Come abbiamo visto, inoltre, il *wellness*, ha un ruolo nell'economia e in specifico nel turismo. In questo l'Italia potrebbe essere un punto di riferimento. L'area della bassa Romagna si è già proclamata *Wellness Valley* e molte sono le

iniziative in atto (a Rimini, soprattutto, ma anche a Forlì con il “Buon vivere”). Come evento-sentinella del crescente interesse della politica verso la salute, si può inoltre menzionare la nascita della lista elettorale “Milano in Salute”, all’interno della competizione alle elezioni amministrative di Milano del 2021.

Chiaramente, ci sono anche dei rischi. Va infatti tenuto conto che in un processo di *healthization*, di salutismo, chi non performa rischia di venire stigmatizzato. Inoltre, bisogna mettere tutti nelle condizioni di poter svolgere attività di wellness, laddove le diseguaglianze economiche potrebbero essere un ostacolo.

Ora, come porre in relazione questi tre tipi di benessere: *welfare*, *well-being* e *wellness*?

In sintesi:

- il *wellbeing*, la felicità/benessere soggettivo, può essere concepito come lo scopo;
- il *wellness* è l’insieme delle attività – il mezzo – che permettono di raggiungere lo scopo;
- il *welfare* è l’insieme delle azioni strutturali che si devono porre in essere per ridurre le diseguaglianze e per fare sì le scelte di vita sana siano agevoli per tutti.

Ma su questo modello bisogna ancora riflettere un po’.

Possibilmente passeggiando in un parco. O al mare.

Bibliografia di riferimento

Barker K.K. (2014), *Mindfulness meditation: Do-it-yourself medicalization of every moment*, «Soc Sci Med.», April, 106, pp. 168-76. Doi: 10.1016/j.socscimed.2014.01.024.

Bartram D. (2012), *Elements of a Sociological Contribution to Happiness Studies*, «Sociology Compass», 6, 8, pp. 644-656.

Berger P.L., Luckman T. (1969), *La realtà come costruzione sociale*, il Mulino, Bologna.

Boltanski L., Chiapello E. (2014), *Il nuovo spirito del capitalismo*, Mimesis, Milano.

Boyce C.J., Brown G.D.A., Moore S.C. (2010), *Money and Happiness: Rank of Income, Not Income, Affects Life Satisfaction*, «Psychological Science», 21, 4, pp. 471-75.

Cabanas E., Illouz E. (2019), *Manufacturing Happy Citizens*, Polity Press., Cambridge.

Centre for Bhutan Studies & GNH Research (2016), *A compass towards a just and harmonious society, 2015 GNH Survey Report*, Thimphu, Bhutan.

Centre for Economics and Business Research (2015), *Rapporto ISCA/cebr. L'impatto economico dell'inattività fisica in Europa*, CEBR, London.

Chicchi F., Simone A. (2017), *La società della prestazione*, Ediesse, Roma.

Conrad P. (2007), *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD.

Conrad P. (2009), "Le mutevoli spinte della medicalizzazione", in Maturo A., Conrad P. (a cura di), *La medicalizzazione della vita*, «Salute e Società», VIII, 2, FrancoAngeli, Milano.

Das P., Horton R. (2012), *Rethinking our approach to physical activity*, «The Lancet», 380, 9838, pp. 189-190, 21 July.

Diener E., Suh E., Oishi S. (1997), *Recent findings on subjective well-being*, «Indian Journal of Clinical Psychology», 24, 1, pp. 25-41.

Dowell D., Arias E., Kochanek K., Anderson R., Guy G.P., Losby J.L., Baldwin G. (2017), *Contribution of Opioid-Involved Poisoning to the Change in Life Expectancy in the United States, 2000-2015*, «Journal of American Medical Association», 318, 11, pp. 1065-1067. Doi: 10.1001/jama.2017.9308

Dworkin R.W. (2006), *Artificial Happiness. The Dark Side of the New Happy Class*, Basic Books, New York.

- Easterline R.A. (1974), “Does Economic Growth Improve the Human Lot? Some Empirical Evidence”, in David P.A., Reder M.W. (eds.), *Nations and Households in Economic Growth: Essays in Honor of Moses Abramovitz*, Academic Press, Inc., New York.
- European Commission (2018), *Sport and Physical Activity*, Special Eurobarometer, Brussels.
- Furedi F. (2003), *Therapy Culture Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*, Routledge, London.
- Furedi F. (2006), *The End of Professional Dominance*, «Society», 43, 6, pp. 14-18.
Doi: 10.1007/BF02698479
- Global Wellness Institute - GWI (2014), *The Global Wellness Tourism Economy 2013*, Florida.
- Global Wellness Institute - GWI (2018), *Global Wellness Tourism Economy November 2018*, Florida.
- Guthold R., Stevens G.A., Riley L.M., Bull F.C. (2018), *Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants*, «The Lancet Global Health», 6, 10, pp. E1077-E1086.
- Hallal C.P. et al. (2012), *Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects*, «The Lancet», 380, 9838, pp. 247–257, 21 July.
- Han B.C. (2012), *La società della stanchezza*, Nottetempo, Milano.

- Han B.C. (2021), *La società senza dolore. Perché abbiamo bandito la sofferenza dalle nostre vite*, Einaudi, Torino.
- Horwitz A., Wakefield J. (2009), *La medicalizzazione della tristezza*, «Salute e Società», VIII, 2, pp. 56-74.
- Inglehart R. (1990), *Culture shift in advanced industrial society*, Princeton University Press, Princeton, NJ.
- Ionta S. (2014), *Oltre il PIL. Così in Buthan misuriamo la Felicità Interna Lorda*, «Wired», 4 giugno. Disponibile al sito: <https://www.wired.it/economia/2014/06/06/felicita-buthan/>
- Jimenez A. (2014), “Best practices in cooperation with Health Insurance and Corporate Health & Wellbeing”, in EHFA (Ed.), *The Future of Health and Fitness – A Plan for getting Europe Active by 2025*, BlackBoxPublishers, Nijmegen.
- Kitayama S., Markus H.R., (2000), “The pursuit of happiness and the realization of sympathy: Cultural patterns of self, social relations, and wellbeing”, in E. Diener, Suh E.M. (eds.), *Cultural and Subjective Well-Being*, The MIT Press, Cambridge, MA.
- Lasch C. (1981), *La cultura del narcisismo*, Bompiani, Milano.
- Levi J. (2014), *U.S. Obesity Rate Inches Up to 27.7% in 2014*, «Gallup». Disponibile al sito: <http://www.gallup.com/poll/181271/obesity-rate-inches-2014.aspx>.
- Maturo A. (2014), *Fatism, Self-Monitoring and the Pursuit of Healthiness in the Time of Technological Solutionism*, «Italian Sociological Review», 4, 2, pp. 157-171.

Maturo A. (2013), *The medicalization of education: ADHD, human enhancement and academic performance*, «Italian Journal of Sociology of Education», 2013, 3, pp. 175-188.

Maturo A. (2007), *Sociologia della malattia*, FrancoAngeli, Milano.

Maturo A. (2009), “I mutevoli confini della medicalizzazione: prospettive e dilemmi del miglioramento umano”, in Maturo A., Conrad P. (a cura di), *La medicalizzazione della vita*, «Salute e Società», VIII, 2, pp. 17-35.

Maturo A., Setiffi F. (2016), *The Gamification of Risk: How Health Apps Foster Self-Confidence And Why This Is Not Enough*, «Health, Risk and Society», 17, 7-8, pp. 1-18. Doi: 10.1080/13698575.2015.1136599.

Maturo A., Setiffi F. (2020), *La quantificazione della vita quotidiana: performance, datificazione e medicalizzazione*, «Sociologia della comunicazione», 59, pp. 62-82. Doi: 10.3280/SC2020-059004.

Maturo A., Tognetti M., Esposito M. (2020), “Medicalizzazione, biomedicalizzazione e farmacologizzazione”, in Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G. (a cura di), *Manuale di sociologia della salute e della medicina*, il Mulino, Bologna.

Mc Kinsey Global Institute (2014), *Overcoming Obesity. An Initial Economic Analysis*, McKinsey & Company, Stati Uniti. Disponibile in pdf: https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/business%20functions/economic%20studies%20temp/our%20insights/how%20the%20world%20could%20better%20fight%20obesity/mgi_overcoming_obesity_full_report.ashx.

National Institute on Aging - NIA (2017), *Global Health and Aging*. Disponibile in pdf: https://www.nia.nih.gov/sites/default/files/2017-06/global_health_aging.pdf.

- Nike Inc. (2013), *Designed To Move. A Physical Activity Action Agenda*. Disponibile in pdf: <https://www.sportsthinktank.com/uploads/designed-to-move-full-report-13.pdf>.
- OECD Health Statistics (2015), *Health Status*. Disponibile al sito: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.
- Olshanky S.J. et al. (2005), *A Potential Decline in Life Expectancy in the United States in the 21st Century*, «New England Journal of Medicine», 352, pp. 1138-1145.
- Omran A.R. (2005), *The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change*, «The Milbank Quarterly», 83, 4, pp. 731-57.
- Paltrinieri R. (2012), *La felicità responsabile*, FrancoAngeli, Milano.
- Parsons T. (1951), *The Social System*, Glencoe, Ill: The Free Press; trad. it. *Il Sistema Sociale*, Milano, Comunità, 1965.
- Przywara B. (2010), *Projecting future healthcare expenditure at European level: drivers, methodology and main results*, *Economic Papers, Economic and Financial Affairs*, European Commission, Brussels.
- Putnam R. (2000), *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, Simon & Schuster, New York.
- Reveley J. (2016), *Neoliberal meditations: How mindfulness training medicalizes education and responsabilizes young people*, «Policy Futures in Education», 14, 4, pp. 497-511. Doi: 10.1177/1478210316637972

- Rosa H. (2015), *Accelerazione e alienazione. Per una teoria critica del tempo nella tarda modernità*, Einaudi, Torino.
- Rose N. (2004), “Becoming neurochemical selves”, in Stehr N. (eds.), *Biotechnology, Commerce, and Civil Society*, Transaction Press, New York.
- Rutgers H. (2014), “Growth Potential of the European Fitness Market”, in EHFA (Ed.), *The Future of Health and Fitness – A Plan for getting Europe Active by 2025*, BlackBoxPublishers, Nijmegen.
- Ryff, C.D. (1989), *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*, «Journal of Personality and Social Psychology», 57, pp. 1069-1081.
- Secondulfo D. (a cura di) (2011), *Sociologia del benessere. La religione laica della borghesia*, FrancoAngeli, Milano.
- Steenbergen J., Middelkamp J. (2014), “History, conceptual understanding and perspective on fitness in Europe”, in EHFA (Ed.), *The Future of Health and Fitness – A Plan for getting Europe Active by 2025*, Black-BoxPublishers, Nijmegen.
- Suh E.M. (2002), *Culture, identity consistency, and subjective well-being*, «Journal of Personality and Social Psychology», 83, pp. 1378-1391.
- The Statistics Portal, *Health club industry revenue worldwide from 2009 to 2019, by region*. Disponibile al sito: <http://www.statista.com/statistics/273065/total-revenue-of-the-health-club-industry-worldwide/>

- Thorp A.A., Dunstan D., Clark B., Gardiner P., Healy G.N., Keegel T. (2009), *Stand Up Australia: sedentary behaviour in workers*, Medibank Private Limited, Docklands, Victoria, Australia.
- Uchida Y., Kitayama S. (2009), *Happiness and Unhappiness in East and West: Themes and Variations*, «Emotion», 9, 4, pp. 441-456.
- Uchida Y., Norasakkunkit V. Kitayama S. (2004), *Cultural Constructions of Happiness: Theory and Empirical Evidence*, «Journal of Happiness Studies», 5, pp. 223-239. Doi: 10.1007/s10902-004-8785-9.
- United Nations (2009), *World Population Ageing 2009*. Disponibile in pdf: https://www.algec.org/biblioteca/WPA2009_WorkingPaper.pdf.
- Veenhoven R. (2008), “Sociological Theories of Subjective Wellbeing”, in Eid M., Larsen R. (eds.), *The Science of Subjective Well-being: A tribute to Ed Diener*, Guilford Publications, New York.
- Wang F. et al. (2012), *Long-term Association Between Leisure-time Physical Activity and Changes in Happiness: Analysis of the Prospective National Population Health Survey*, «Am. J. Epidemiol.», 176, 12, pp. 1095-100.
- Weber M. (1991), *L'Etica Protestante e lo Spirito del Capitalismo* (ed. orig. 1905), Rizzoli, Milano.
- Wen C.P., Wu X. (2012), *Stressing harms of physical inactivity to promote exercise*, «The Lancet», 380, 9838, pp. 192-3, Jul 21.

World Health Organization - WHO (2013), *10 facts on noncommunicable diseases*.
Disponibile al sito: http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/en/

World Health Organization - WHO, *Occupational health, Workplace health promotion*. Disponibile al sito: http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/index1.html.

World Health Organization - WHO, *Projections of Mortality and Burden of Disease 2004-2030*. Disponibile al sito: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections2004/en/

WorldatWork Customer Relations - WWCR (2012), *Total Rewards and Employee Well-Being*, Scottsdale, Arizona USA. Disponibile al sito: <https://www.worldatwork.org/adimLink?id=59455>.

Wurtzel E. (1994), *Prozac Nation: Young and Depressed in America*, Penguin Books, New York.



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

http://www.francoangeli.it/come_publicare/publicare_19.asp

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Vi aspettiamo su:

www.francoangeli.it

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:
teorie e tecniche

Didattica, scienze
della formazione

Economia,
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,
territorio

Informatica, ingegneria

Scienze

Filosofia, letteratura,
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche
e servizi sociali



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Questo 
LIBRO

 ti è piaciuto?

Comunicaci il tuo giudizio su:
www.francoangeli.it/latuaopinione.asp



VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI
SULLE NOSTRE NOVITÀ
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?



ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER

SEGUICI SU:



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835124719

La tragedia del Covid ha messo a nudo, in forma estesa, l'importanza della salute, delle cure e della sanità pubblica. In molti casi le vittime del Covid-19 sono state persone anziane con malattie croniche. La malattia, oltre a produrre sofferenze enormi nei pazienti e nei loro familiari, incide sulla spesa pubblica in modo consistente, con i costi del comparto sanitario che raggiungeranno presto livelli non sostenibili. Basterebbero questi motivi per mobilitarsi nella speranza di un sostanziale cambio di paradigma e tentare di rimpiazzare, o almeno integrare, la società della cura con la società della prevenzione e del wellness. Accanto a questa necessità va però aggiunta una componente solo a prima vista accessoria: la felicità e il benessere soggettivo. In questo volume, forniamo un'introduzione a queste tematiche: un itinerario sociologico che si conclude mostrando come il benessere dei singoli fiorisca laddove trovi contesti sociali che integrano la dimensione del wellness con la giustizia sociale.

Antonio Maturo, professore ordinario, insegna Sociologia della salute presso l'Università di Bologna. È il Direttore scientifico del *Centro di Alti Studi sull'Umanizzazione delle cure e la Salute sociale* e della rivista «Salute e Società». Inoltre, è il Coordinatore del Dottorato di Ricerca in “Sociologia e Ricerca sociale” dell'Università di Bologna.

Francesca Setiffi è ricercatrice di sociologia dei processi culturali e comunicativi presso il Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata dell'Università di Padova. I suoi interessi di ricerca riguardano i consumi, le innovazioni digitali nei contesti organizzativi e le culture della formazione.