

Responsabilità e autoregolazione dei comportamenti di salute *Responsibility and self-regulation of health behaviors*

Maurizio Fea

Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD)

Parole chiave: dipendenze, autoregolazione, responsabilità, modello biomedico

RIASSUNTO

L'articolo analizza gli effetti prodotti dalla medicalizzazione delle conseguenze di abitudini non salutari sugli atteggiamenti e i comportamenti delle persone. Prende in considerazione il rapporto che si instaura tra modello biomedico e assunzione di responsabilità da parte di persone, istituzioni, imprese. Analizza le conseguenze epistemiche, le ricadute sociali e normative dei diversi approcci filosofici e morali alla responsabilità e ai processi decisionali. Indica possibili sviluppi operativi e sinergie per potenziare la capacità di autodeterminazione delle persone.

Key words: addictions, self-regulation, responsibility, biomedical model

SUMMARY

The article analyzes the effects of the medicalization of the consequences of unhealthy habits on people's attitudes and behaviors. It takes into account the relationship that develops between the biomedical model and accountability from individuals, institutions and business. Moreover, it analyzes the epistemic consequences, the social implications and the regulations of the various philosophical and moral approaches to responsibility and decision-making. Finally, it suggests possible operational improvements and synergies to enhance the ability of self-determination of people.

Autore per corrispondenza: Maurizio Fea, Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD) e-mail maurizio.fea@gmail.com

Introduzione

Ci sono comportamenti ascritti a temi di salute che mettono in difficoltà le tradizionali discipline sanitarie; da qualche tempo sono stati inclusi sia culturalmente che operativamente nel dominio delle competenze sanitarie i modi e le conseguenze del dipendere da comportamenti e non più solo da uso di sostanze. Quindi internet, gioco d'azzardo, lavoro, sesso, acquisti, affetti stanno entrando a pieno titolo nella sfera di competenza dei professionisti della salute. Alcune di queste dipendenze sono riconosciute come malattie dal sistema sanitario, e ciò comporta un certo numero di effetti e di conseguenze che è utile analizzare e comprendere sia per l'immediato che per il prossimo futuro. Molti autori (1-2) e istituzioni come l'Organizzazione Mondiale della Sanità, sostengono che il modello biomedico debba essere, o sia già in parte, sostituito dal modello bio psico sociale come paradigma interpretativo dei comportamenti di salute o di malattia. In realtà proprio l'irruzione di queste dipendenze così poco determinate da agenti patogeni singolari e identificati, sta evidenziando come il modello biomedico sia tutt'ora quello preferito quando si tratta di elaborare e proporre strategie di intervento per la salute dei cittadini.

Modello biomedico e comportamenti

Le ragioni di tale preferenza potrebbero risiedere nei vantaggi di un modello che si caratterizza per la semplicità che consente la riduzione di un fenomeno complesso, quale la malattia, a un rapporto semplificato di causa (biologica) – effetto (patologia); per la predittività di una causa biologicamente identificabile, che consente al medico non solo di diagnosticare malattie ma di indicarne la prognosi; per la chiara e semplice identificazione dell'oggetto di pertinenza della medicina che consente la verifica di ipotesi attraverso il disegno sperimentale; per il metodo clinico, come testimoniano le università, oggetto di insegnamento e di apprendimento. Tutte queste caratteristiche (2) ne fanno uno strumento molto potente e suggestivo per il cittadino, il decisore politico, il professionista sanitario e paradossalmente anche per il professionista di formazione psicosociale, in sostanza per tutta l'impresa della salute. Una delle prove evidenti del fatto che sia il modello biomedico ad informare i processi culturali e politici di approccio alle dipendenze comportamentali, sono ad esempio i contenuti critici e le proposte che stanno inducendo la revisione delle policies sul gioco d'azzardo. Le posizioni critiche, da tempo presenti nella società, hanno cominciato ad imporsi alla attenzione del legislatore, anche grazie alla introduzione della idea di malattia da gioco, con le sue molteplici e talora improprie definizioni come *ludopatia*, irrompendo sullo scenario del dibattito pubblico e del confronto scientifico professionale.

La forza delle proposizioni sui rischi del gioco d'azzardo ad esempio, sembra risiedere nella capacità di evocare tanto i danni alla salute che la loro curabilità, oltretutto nella possibilità di prevenire gli stati morbosi prodotti dagli eccessi di gioco attraverso misure di controllo, piuttosto che attraverso la capacità di produrre cambiamenti individuali e sociali mediante misure e

processi di responsabilizzazione. La visione che informa la maggior parte delle proposizioni, è fortemente ancorata al modello biomedico ed ai suoi presupposti epistemici: prevale il riduzionismo e la semplificazione di fenomeni complessi ai quali si pretende di dare risposte puntuali, come se la malattia si propagasse per contiguità e contagio. Nel caso delle dipendenze, i modelli comportamentali sono fortemente incentivati dalle dinamiche sociali e di mercato, difficili da contrastare con misure di prevenzione come quelle che vengono utilizzate nel caso di epidemie, se non a condizione di intervenire coattivamente sulle abitudini, gli stili di vita, le regole del mercato, l'idea e i modi di sviluppo delle società e delle persone. C'è stato ad esempio il calo complessivo dei consumi, per effetto del peggioramento delle condizioni economiche, ma ciò ha prodotto la riduzione degli impulsi patologici al gioco e all'acquisto o semplicemente ha ridotto la platea dei soggetti disposti a spendere denaro in beni voluttuari e/o nel gioco d'azzardo. Ovvero la patologia è sensibile alle variazioni economiche e alle leve fiscali, come si è pensato che potesse essere per esempio nel campo dell'alcol e del tabacco, o queste condizioni influiscono solo sulla composizione dei gruppi di consumatori nel contribuire alla diffusione o riduzione dei consumi. La teoria del consumo totale (3) sostiene che la distribuzione dei consumi sia una misura parametrica, cioè, che vi sia un rapporto fisso tra la popolazione media che consuma e la varianza della distribuzione. Questa proprietà implica che i cambiamenti nella media dei consumi sono causati da cambiamenti nei livelli di consumo lungo l'intero arco dei consumatori. Essa implica anche che l'intera distribuzione dei consumi risulti più bassa in una popolazione con un bassa media, che in una popolazione in cui la media dei consumi è alta. Ciò forse sembra banale, ma nel caso delle sostanze stupefacenti ad esempio, l'opinione popolare contraddice spesso queste idee. L'idea che i consumatori pesanti siano una razza speciale, diversa dai consumatori moderati (4), ha avuto molti seguaci, e c'è anche chi afferma che i livelli di consumo degli individui dipendenti da alcol e sostanze psicotrope, non siano sensibili ai cambiamenti di circostanze esterne, quali i prezzi, disponibilità o livelli di consumo di altre persone, perché la dipendenza controlla la loro assunzione e non hanno scelta.

Per spiegare un fenomeno complesso del quale uno dei tanti aspetti è la possibile deriva nella patologia, non è sufficiente analizzare e comprendere il cambiamento di una sola variabile, ancorché importante, ma serve un approccio che tenga conto inevitabilmente della numerosità dei fattori che concorrono allo sviluppo e alla distribuzione nella popolazione di quei comportamenti, e dunque il modello biomedico non sembra essere quello più adatto. Parimenti si può dire del dibattito aperto sul numero dei soggetti che potrebbero necessitare di cure, dibattito parzialmente inquinato da interessi non sempre trasparenti, che tuttavia parte da una questione cruciale di definizione di malattia e di soggetto malato, che riverbera quindi sul numero dei malati e sul costo per il sistema sanitario. Non si tratta solo di una questione connessa ai metodi di rilevazione e ai criteri diagnostici adottati, che hanno il loro peso nel determinare la variabilità dei risultati, ma del modo di approcciare i problemi posti dai comportamenti di salute individuali e collettivi. L'approccio biomedico tende per sua natura a individuare relazioni lineari di

causa effetto, ma i comportamenti di salute sfuggono alle interpretazioni riduzioniste.

Abitudini e salute

È noto che i comportamenti di salute sono: *Azioni consistenti nel "fare"* (seguire una dieta salutare) *Azioni consistenti nell'"astenersi dal fare"* (non fumare) *Eventi mentali o sensazioni*, ciascuna delle quali è condizionata da elementi cognitivi (credenze, aspettative, motivazioni, valori, percezioni), caratteristiche di personalità (inclusi gli stati emotivi e affettivi), pattern comportamentali (azioni e abitudini relative al mantenimento e al miglioramento della salute), che a loro volta sono influenzati e riflettono la struttura e i processi familiari, le influenze del gruppo dei pari, determinanti sociali, istituzionali, culturali. I sistemi diagnostici maggiormente utilizzati (5) per le patologie comportamentali, per loro caratteristiche intrinseche fanno fatica a rilevare la dinamicità, le correlazioni, le contingenze che contribuiscono alla messa in atto dei comportamenti di salute o di malattia. L'adozione di criteri e profili di gravità rende più dinamico il modello diagnostico valutativo, ma pur attenuandone l'aspetto dicotomico, rimangono i limiti categoriali dai quali conseguono le dimensioni numeriche e la loro variabilità. Che cosa significa medicalizzare comportamenti come il giocare eccessivo, lo spendere in modo compulsivo, lavorare fino allo sfinimento senza obblighi, cimentarsi in attività sessuali sfrenate, trascorrere tutto il proprio tempo in rete, vincolarsi affettivamente senza prudenze. Che effetti produce sui comportamenti delle persone, sull'idea di malattia e sulle relazioni di cura. Gli studi (6-7) dicono che la maggior parte delle persone che mettono in atto simili comportamenti non si considerano affatto malate, pur riconoscendo spesso l'inadeguatezza dei propri comportamenti rispetto al proprio sentire o alla propria sintonia relazionale e dunque non soltanto in rapporto a norme e standard di accettabilità sociali che potrebbero essere discutibili. Spesso c'è sofferenza e dissintonia, ma basta questo per parlare di malattia? Uno degli effetti del modello biomedico è quello di ridurre inevitabilmente i margini di autonomia decisionale degli individui, in cambio di sicurezze presenti (efficacia della cura) e sicurezze future (prognosi e previsione). Vantaggi notevoli rispetto a proposte di responsabilità e autonomia delle scelte che rimandano le sicurezze a conquiste talora faticose, a processi decisionali complessi, a tempi trasformativi che richiedono impegno individuale e di cui non vi è certezza di risultato, o quanto meno i risultati non sono valorizzati come nell'ambito delle terapie. Il modello biomedico piace innanzitutto ai pazienti, prima ancora che ai medici. Cosa comporterebbe dunque l'adozione di un modello interpretativo diverso da quello biomedico? Innanzitutto il dover tener conto nella costruzione di qualunque strategia sociale o individuale di miglioramento e salvaguardia della salute, della rete di variabili e contingenze che concorrono a determinare le scelte e gli atti di salute (8-11). Abitudini inconsapevoli e mancanza di controllo sono gli ingredienti principali delle "cattive abitudini" che spesso creano problemi a chi ne è soggetto. È noto e ben documentato (12) che gli umani vivono e possono progredire anche grazie alle abitudini, ovvero a quel complesso sistema di reti neurali che si formano e si stabilizzano nel tempo individuale, e presiedono la

maggior parte delle risposte comportamentali che non richiedono - a volte anche quelle che lo richiederebbero - un surplus di riflessione e valutazione delle conseguenze (13). Non sono solo le risposte automatiche acquisite nel corso della filogenesi e trasmesse geneticamente, ma gli automatismi che ciascun individuo produce nel corso della sua esistenza, in rapporto a richieste e stimoli ambientali interni ed esterni. Sono processi di semplificazione delle scelte, riducono i tempi decisionali, ci permettono di dedicare attenzione ad altre cose più importanti, mentre lasciamo i compiti esecutivi considerati più semplici, al pilota automatico delle abitudini sperimentate.

Buona parte dei consumi che l'umanità sta facendo da un po' di tempo in qua, si è sviluppata e viene sostenuta grazie all'applicazione intelligente da parte del mercato, dei principi neurobiologici (14) che regolano la formazione di abitudini. Tutti i prodotti ad alta tecnologia incorporata, ma anche quelli non incorporano tecnologia e ne sfruttano le abilità attraverso i modelli di marketing e comunicazione commerciale, debbono il loro sviluppo anche alla capacità di costruire abitudini nelle persone. Abitudini che si sviluppano tutte secondo il modello della routine (15) che si instaura a seguito di uno stimolo, la cui soddisfazione ha prodotto e per un certo periodo continua a produrre un grado efficace di benessere. Siamo immersi in reti di relazioni e rapporti con le cose che si fondano sul potere delle abitudini, e queste abitudini plasmano un numero sempre più consistente di nostri comportamenti, creando dei cortocircuiti di prevalente inconsapevolezza, entro i quali si annida la possibilità che tali abitudini diventino "cattive" ovvero producano quei fenomeni che chiamiamo dipendenza. Costruire abitudini (12 -15), per il successo commerciale di un prodotto è un requisito sempre più indispensabile delle imprese che vogliono battere la concorrenza e stare sul mercato. Ci troviamo a fronteggiare una espansione che appare al momento incontenibile, di abitudini che possono essere in forme di dipendenza più o meno gestibili e "cattive". Già William James (16) alla fine dell'800', scriveva: "tutta la nostra vita, in quanto ha una forma definita, è soltanto una massa di abitudini pratiche, emotive e intellettuali, sistematicamente organizzate per il nostro bene o il nostro male, e che ci portano irresistibilmente verso il nostro destino, qualunque esso sia". Tuttavia tra le cose che abbiamo imparato sulle abitudini, sappiamo anche che è possibile cambiarle, ma è necessaria una decisione: bisogna sforzarsi consapevolmente di identificare i segnali e le gratificazioni che guidano le routine e trovare delle alternative. È necessario sapere di avere il controllo e di essere sufficientemente consapevoli di sé per farne uso. Ancora James nel suo diario scriveva "la prima azione del mio libero arbitrio sarà credere nel libero arbitrio". Dunque, la vita in primo luogo e il mercato - che ha studiato a fondo e conosce bene come funzionano alcuni aspetti della nostra vita - formano abitudini e le persone imparano più o meno bene a conoscerle e regolarle. Ci sono abitudini e abitudini, come ci sono persone e persone, ma i meccanismi di fondo sono sempre gli stessi, sono fisiologici, e producono output che chiamiamo comportamenti.

Il modello biomedico sembra piacere alle persone e dunque vince politicamente, prima ancora

che scientificamente, ma vive profonde contraddizioni al suo interno e altrettante ne crea nella comunità dei pazienti. La domanda di cura infatti è contraddittoria: da una parte si esprime con richieste di assicurazione e certezze, per le quali il modello biomedico sembra essere il più adeguato, dall'altra lo stesso modello viene messo in crisi da domande di cura che per essere soddisfatte richiederebbero quella attenzione alla persona che il modello biomedico fatica ad assicurare, nonostante i tentativi di correggere questa insufficienza ontologica. Sfida difficile da reggere per il modello biomedico che infatti si contamina frequentemente con altri approcci e punti di vista, ma viene regolarmente evocato quando si tratta di fare fronte ad emergenze, vere o presunte, come il gioco d'azzardo o la dipendenza da internet, che sollecitano interventi, misure di contenimento, riduzione dell'ansia sociale. Stiamo inoltre parlando di dipendenze da comportamenti che si sono andati incrementando negli ultimi lustri e almeno una, la dipendenza da ciò che offrono e dal modo in cui lo offrono la rete e i network sociali, è del tutto nuova nella panoramica dei comportamenti umani. Parliamo del fatto che l'ambiente è sempre più denso di fattori di rischio che siamo noi stessi a produrre e che abbiamo la tendenza inarrestabile a produrne sempre di più e di nuovi. Siamo di fronte ad una inedita crescita di questi fattori, frutto della collusione di interessi di mercato e di stati di fatto che prima di ora erano elementi marginali nella vita delle persone, ma ora ne intrecciano a volte in modo indissolubile i percorsi. Dunque la prospettiva è quella di una sempre maggiore diffusione di abitudini e forme di dipendenza da comportamenti che nelle modalità estreme producono sofferenza e probabilmente inducono patologia, ma nelle forme più praticate da ampi strati di popolazione, sono ascrivibili al carattere culturalmente rilevante della propensione ad eccedere, dell'indebolimento della capacità critiche, della brama di successo, della voracità consumatoria di relazioni e affetti. Si comincia a giocare per curiosità e divertimento, si comprano prodotti e beni per soddisfare esigenze primarie, si lavora per guadagnare il giusto, si cercano relazioni e rapporti sessuali per bisogno di intimità e affetto, si vuole conoscenza per ampliare i propri orizzonti. Ciascuno regola questi comportamenti con criteri e indicatori frutto della esperienza che si fa del mondo, in base alla proprie capacità cognitive e alle dotazioni biologiche che le supportano. Poi qualcosa si guasta nei meccanismi regolatori individuali e negli strumenti di controllo sociale, cambiano i modelli di riferimento per i comportamenti, le contingenze ambientali e le disponibilità materiali, le cornici culturali, e le disposizioni individuali. Allora si sfida la sorte giocando fino alla rovina, si comprano beni per il piacere di comprare e possedere, si lavora allo sfinimento per dare senso alla propria vita, ci si perde nelle passioni distruttive, si scambia il virtuale per il reale. Sono ben noti i substrati neurobiologici che sostengono questi processi che conducono alla dipendenza e che spiegano come solo alcune persone derivano verso la patologia mentre altri, in condizioni ambientali simili o analoghe, conservano le capacità critiche, le competenze regolative e il controllo efficace sui propri pensieri e comportamenti. Basta questa evidenza a giustificare la tendenza a medicalizzare le risposte sociali a tali comportamenti? Sono risposte appropriate, colgono la natura del problema, sono concretamente praticabili?

Determinismo e autoregolazione

Si tratta di comportamenti che sembrano implicare libertà di decisione e possibilità di scelta, cui consegue assunzione di responsabilità. Comportamenti autoregolati, più o meno efficacemente, in funzione di scopi individuali che in generale possiamo assumere essere la gratificazione e il piacere. Senza entrare nel merito dei processi neurali che governano questi comportamenti e nel dibattito sui vincoli di libertà che si creano con lo stabilizzarsi delle dipendenze¹, tuttavia è necessario spendere qualche parola sul legame tra le neuroscienze e i suoi recenti e tumultuosi sviluppi, e il modello biomedico che ne rivendica la stretta affinità epistemica e operativa. Attribuire agli eventi neuronali (17) la capacità di determinare i comportamenti, come le correnti naturalistiche hard sostengono, porta con sé la conseguenza che sia difficile ammettere l'esistenza del libero arbitrio e dunque che sia possibile in alcun modo, se non intervenendo direttamente sul sistema neuronale, produrre volontariamente dei cambiamenti nei comportamenti. Ciò appare fortemente contro intuitivo e confligge con l'esperienza di ciascuno di noi nella quotidianità, tuttavia si sposa bene con l'idea che le derive comportamentali possano essere classificate e trattate come forme morbose e con lo stesso metodo diagnostico clinico, con cui si trattano altre patologie, con accurate misure di gravità, in base allo scostamento da uno standard e con la definizione di relative soglie di passaggio da livelli oggettivabili di scostamento che ne determinano l'inclusione o meno, nella forma morbosa. Le difficoltà insorgono quando si tratta di precisare le soglie e di conseguenza la misura entro la quale il comportamento si scosta dalla media per divenire patologia e quindi essere meritevole di cura con il metodo clinico. Ciò che oggi conosciamo meglio sono le cause e le soluzioni di cura, ma nel caso dei comportamenti di salute o di malattia, quello che entra pesantemente in gioco sono le motivazioni, gli atti cognitivi (18-19) con i quali diamo forma al nostro modo di stare al mondo e quindi anche al nostro modo di stare in salute. Bisogna perciò domandarsi se il modello biomedico sia adatto a comprendere e trattare efficacemente motivazioni e atti cognitivi, visti nella prospettiva sociale e individuale. Ci sono ragioni per cercare un paradigma interpretativo, che possa favorire scelte individuali non medicalizzate o comunque trovare strumenti per riequilibrare gli effetti della medicalizzazione dei comportamenti di salute delle persone. Gli effetti indiretti della medicalizzazione sono legati all'indebolimento dei processi di assunzione di responsabilità da parte delle persone che tendono ad affidare le possibilità di cura e guarigione, alle virtù taumaturgiche dei maestri o dei chierici della disciplina e alla potenza tecnologica del sapere medico. All'estremo di questo processo di deresponsabilizzazione si collocano gli intrecci perversi tra le visioni patologizzanti di certi comportamenti e le soluzioni politico giudiziarie che

1. Giusto per ricordare quanto lontane siano le radici di questo dibattito nel Libro III dell'Etica Nicomachea si dice "all'ingiusto e all'imtemperante in principio era lecito non divenire tali, perciò essi lo sono volontariamente; ma una volta che lo sono diventati, non è più possibile ad essi non esserlo" Aristotele (1114 a) 1990. Opere. Laterza Bari

vengono regolarmente avanzate quando si deve affrontare la complessità di comportamenti che chiamano in causa regole di convivenza sociale, norme giuridiche, principi etici, sofferenze. La cura al posto della punizione, del biasimo, della sanzione, misura ampiamente sperimentata per le dipendenze tradizionali e che ora viene riproposta anche per quelle comportamentali. La persona che compie una rapina per rimediare i soldi perduti al gioco viene mandata in cura, classificando la decisione di fare una rapina e quindi di commettere un reato, come la conseguenza inevitabile della disperazione indotta dalle perdite di gioco, come se non ci fossero alternative a quella decisione e come se la catena degli eventi avesse una sua consequenziale ineluttabilità. L'approccio umanitario alle dipendenze deve essere prudentemente calibrato per prevenire problemi di azzardo morale: l'adozione di comportamenti rischiosi indotti dalla consapevolezza che i costi potranno essere scaricati, se non del tutto, almeno in parte su soggetti terzi, la società in primo luogo. In questi casi l'adozione di un linguaggio che enfatizza la scelta piuttosto della compulsione, è frutto dell'atteggiamento politico più che delle considerazioni sul libero arbitrio, per cui i sostenitori dell'intervento pubblico tendono a sbilanciarsi sul lato umanitario, mentre chi avversa l'ingerenza dello stato nel normare i comportamenti individuali, è più orientato a individualizzare i costi della dipendenza, ma queste decisioni non sono ovviamente estranee alla idea di malattia che viene socialmente proposta e condivisa. La visione medicalizzata di taluni problemi di salute, irrompe in molti contesti che richiederebbero altri approcci, meno semplificati di quelli usati come scorciatoie per risposte a situazioni spesso definite come emergenziali, ma che sono tali, solo per la pigrizia o la cattiva volontà di riflettere e ragionare alla ricerca di interpretazioni che non si limitino alla individuazione del colpevole, per esorcizzarlo ed espellerlo dal circuito dei pensieri socialmente accettabili, applicandogli l'etichetta di malattia e di curabilità. È storia antica questa, vista e praticata da secoli, anche quando essere classificati come malati non assicurava nessun vantaggio, anzi produceva in genere ulteriore sofferenza, ma ora che la scienza medica ha sviluppato inedite capacità di trattare e guarire malattie complesse e gravi e di migliorare la condizione di vita di molte persone, medicalizzare ha perso quell'aura di rischio negativa, che fino ad un paio di secoli fa ne metteva in discussione talora l'autorevolezza e a posteriori, anche la moralità. Non solo essere considerati malati può oggi offrire dei vantaggi, come la cura al posto della punizione, ma colloca nell'orizzonte di senso e di futuro, la prospettiva della guarigione invece della espiazione e redenzione. Benché la pratica medica consideri sempre più importante includere nelle raccomandazioni e indicazioni di cura, l'adozione di pratiche salutari e la dismissione di quelle dannose, tuttavia nella relazione medico paziente la forza del legame è in gran parte data dalla potenza dell'atto terapeutico, anche quando la mediazione farmacologica o strumentale non è eccessivamente rilevante. La forza dell'atto terapeutico sta proprio nella assunzione da parte del curante della responsabilità di farsi carico del male del paziente, con la promessa più o meno esplicita di liberarlo da esso, anche con la sua collaborazione. È evidente a chiunque abbia esperienza di ciò che comporta questo modo di esercitare gli atti di cura, come l'impegno, se non vuole deludere e fallire, debba

essere forte, assiduo, attento e calibrato nel tempo. Il nostro sistema sanitario, benché sia ben funzionante, fatica molto ad includere queste attitudini nel proprio modo di operare, anzi la tendenza è di tutt'altro segno, va nella direzione di ridurre la componente umana delle risorse impiegate, di privilegiare gli approcci nomotetici rispetto a quelli idiografici più dispendiosi, di favorire la tecnologia rispetto alla relazione, il controllo rispetto alla autonomia. Probabilmente si tratta di condizioni necessarie alla sopravvivenza del sistema così come è concepito, universalistico e tendenzialmente a basso costo per i cittadini, in grado di trattare il maggior numero di persone a costi controllati non ostante la crescita costante di alcuni fattori produttivi e l'aumento della domanda reale.

Controllo dei comportamenti

Il tema del controllo o del cambiamento dei comportamenti individuali e collettivi interessa naturalmente tutte le strategie e le policy di chi ha compiti di governo; in questo contesto ci interessa esaminare le policy che riguardano i comportamenti suscettibili di produrre dipendenza e danno alla salute, che da tempo sono alla attenzione delle tecnocrazie europee e mondiali, per la necessità di contenere i costi sanitari e valutare la loro appropriatezza. La logica di sanità pubblica, fondamentale per l'utilizzo di imposte sui prodotti che sono influenti sulla salute, risiede nella capacità di indurre cambiamenti nei comportamenti di consumo delle persone. Le strategie di "nudge revolution" (20) mirano a migliorare indirettamente le azioni individuali modificando gli scenari entro cui le persone decidono. La tecnica consiste nel cambiare l'architettura delle scelte, ovvero modificare gli scenari e le informazioni presentate ai decisori, allo scopo di rendere facili e automatiche le scelte "buone" e più improbabili quelle "cattive". L'uso della leva fiscale (21-23) è un modo tipico per modificare gli scenari decisionali, per indurre cambiamenti, suggerire preferenze, motivare le scelte. Nel caso delle tasse (ad esempio le tasse ambientali) per evitare eventi negativi, la questione fondamentale diventa la vicinanza del prelievo fiscale al comportamento preso di mira. Più vicino è il punto di imposta al comportamento, più è probabile che la tassa abbia un impatto positivo nella riduzione del consumo di quel prodotto che viene tassato, dunque è il consumatore finale che deve essere direttamente interessato dalla imposta. Gli effetti nocivi connessi con l'alcol (24) e il consumo di cibo derivano principalmente da consumi eccessivi o inappropriati (ad esempio bere episodico pesante) mentre le imposte, ovviamente, colpiscono tutti i consumatori, anche se in gradi diversi. Questo non significa che la tassazione sia uno strumento inadeguato, ma piuttosto, che devono essere considerati gli impatti sul benessere di un più ampio gruppo di consumatori oltre ai danni che vengono scoraggiati dalla tassa (25-26). La giustificazione economica più forte per queste politiche, di solito è offerta dalla presenza di esternalità negative del consumo di una data merce, ad esempio i danni da fumo passivo, o la criminalità e la violenza derivante da abuso di alcool. Da rilevare che la natura additiva del consumo di prodotti come il tabacco e l'alcol limita la razionalità delle scelte di consumo, e così succede per i meccanismi psicologici,

come lo sconto iperbolico e le preferenze temporali incoerenti, che rendono difficile applicare a questi contesti ciò che la ricerca in economia comportamentale ha messo in luce negli ultimi anni. In assenza di giustificazioni come quelle citate sopra, l'uso di imposte tende ad essere visto come una misura paternalistica, che interferisce indebitamente nelle scelte individuali e nella leale concorrenza del mercato.

Autoregolazione e responsabilità

È necessario definire il perimetro entro il quale si declina e prende corpo l'autoregolazione dei comportamenti: la partecipazione di tutti gli attori che si muovono all'interno del perimetro è una delle condizioni necessarie affinché si possa parlare di scelte informate. La pluralità degli attori concorre a stabilire le linee del perimetro, per esempio è necessario che siano tutti i soggetti coinvolti nel gioco d'azzardo, a ragionare e operare con il principio della autoregolamentazione (giocatori, erario, concessionari, gestori, rivenditori). Darsi regole che si fondino sull'idea di limite, di confine tra il mio vantaggio e il danno altrui, di riconoscimento dei reciproci interessi, di condivisione delle informazioni necessarie a fare scelte appropriate, di condizioni necessarie e sufficienti a conoscere la natura dei problemi e i contesti decisionali. A queste condizioni si può parlare di libertà e responsabilità nelle scelte e nelle decisioni, alle quali è possibile quindi ancorare incentivi, dissuasioni, premi e punizioni che non impongano stili di vita normati da governi e autorità, ma che aiutino la ricerca di stili autoregolati, compatibili con l'esistenza di tutti gli attori che definiscono il perimetro in oggetto. Un altro aspetto che è necessario provare a definire sono il concetto e gli ambiti di esercizio della responsabilità. Diversi sono gli approcci, molte le discipline interessate a questo tema, fiumi di inchiostro, una infinità di parole e fatti sono stati spesi su questo argomento. Qui mi limiterò ad evidenziare quegli aspetti che mi paiono particolarmente rilevanti per la tesi sostenuta in questo scritto.

“Essere responsabili significa essere tenuti a rispondere ovvero dare ragioni e a subire le conseguenze di una azione o di uno stato di cose dei quali si è causa, in generale, ma non necessariamente tramite la propria volontà libera”. In questa definizione Lavazza a pagina IX della introduzione (27) avanza l'ipotesi che tra responsabilità e libertà decisionale ci possa anche non essere un nesso vincolante. Si pone una via di mezzo tra le posizioni incompatibiliste, che ritengono non conciliabile la responsabilità con l'assenza di libertà e dunque pongono il libero arbitrio come condizione assolutamente necessaria perché una persona possa essere ritenuta responsabile. All'estremo opposto si pongono le posizioni epistemiche che fanno riferimento al filone naturalistico intransigente (17) delle neuroscienze, secondo cui tutto ciò che accade (incluse le scelte e le azioni umane) sono il prodotto del darsi di condizioni sufficienti per il suo accadere. Tutti i fenomeni mentali e le azioni sono in modo diretto o indiretto, prodotti causalmente, in ottemperanza alle leggi di natura, da eventi precedenti, che sono al di là del controllo degli agenti. I famosi esperimenti di Benjamin Libet sono i capisaldi di questo filone di studi che sta avanzando sempre nuove prove a favore di questa tesi. È evidente che le implicazioni psicologiche, giuridiche,

normative (28) che possono conseguire dalla adozione dell'una o dell'altra posizione, portano enormi conseguenze sia sul piano concettuale che operativo nelle varie discipline che fanno della responsabilità oggetto di particolare interesse teorico e pratico. La filosofia ha prodotto molte argomentazioni a favore della compatibilità tra responsabilità e vincoli. Kant (29) risolve separando i fenomeni del mondo naturale per i quali vige il principio di causalità, dal mondo noumenico, nel quale la ragione è indipendente dalla causalità naturale. Secondo Hume (30), anche se vige il determinismo, affinché un agente sia libero è sufficiente che le azioni che egli compie siano causalmente prodotte dalla sua volontà o dai suoi motivi, impulsi, desideri. Un agente è libero in quanto compie le azioni che desidera compiere, la libertà perciò può essere predicata solamente dalle azioni e non dalla volontà o dagli eventi mentali rilevanti per quelle azioni. Versioni più recenti di queste posizioni filosofiche (31) individuano la responsabilità nella esistenza di condizioni e capacità mentali quali: l'abilità di percepire il mondo senza illusioni, di pensare con chiarezza, di guidare le proprie scelte alla luce dei propri giudizi e di resistere all'impulso di agire d'istinto. Diversa è la posizione di Strawson (32) per il quale tu fai quello che fai perché sei quello che sei cosicché, per essere responsabile di quello che fai, devi essere responsabile per il modo in cui sei. L'immagine che ci restituisce oggi la scienza è quella di un soggetto spesso "agito" dai suoi meccanismi cerebrali, per cui meno responsabile dei propri atti di quanto viene in genere dato per scontato. Il fare riferimento non solo alla volontà, ma alla intenzione e al desiderio, come suggerisce Hume e come ad esempio fa il pensiero buddista, che attribuisce il valore morale alla intenzione più che alla azione, amplia enormemente il concetto anche operativo di responsabilità. Fanno eco a questa impostazione anche le osservazioni che vengono dalla fenomenologia, De Monticelli (33) propone i criteri di idoneità ad essere ritenuto responsabile: essere a conoscenza delle diverse opzioni possibili, disporre delle risorse necessarie a valutarle, essere in grado di agire conformemente alla valutazione cui si è giunti. Integrando queste proposizioni con le osservazioni che indicano nella esistenza di precisi requisiti e capacità mentali la condizione di responsabilità, si può argomentare efficacemente e individuare modalità e strumenti utili da applicare ai contesti di comportamenti di dipendenza. Un altro approccio al problema viene dalle scienze economiche (14) che considerano il modello economico della scelta, uno strumento utile per rappresentare e misurare la libertà, intesa come capacità di valutare diverse opzioni e decidere di conseguenza, e dai correlati studi situazionistici. Questi studi (34) non dimostrano che non possediamo il libero arbitrio, come taluni forzatamente vorrebbero proporre, ma solo che si tratta di una facoltà che esercitiamo molto meno di quanto crediamo e quindi è necessario essere molto prudenti quando si parla di scelte informate e di decisioni consapevoli. La concezione dell'azione implicita nell'approccio economico, identifica la libertà con la capacità di riconoscere diversi obiettivi, di valutarli in maniera comparativa e di agire sulla base di tali valutazioni. Perciò è importante che ci siano le condizioni situazionali e le competenze cognitive e affettive per poter comparare e decidere e dunque fornire ragioni per le proprie azioni. Da qui viene la responsabilità in una visione

conseguenzialista (28), secondo cui l'attribuzione di colpe e meriti è una pratica funzionale alla creazione di incentivi per manipolare il comportamento individuale e collettivo, attribuendo responsabilità solo ad agenti le cui scelte sono guidate dalle conseguenze e non dai riflessi. L'abilità di percepire il mondo senza illusioni, di pensare con chiarezza, di guidare le proprie scelte alla luce dei propri giudizi e di resistere all'impulso di agire d'istinto, si presentano come caratteristiche peculiari, generalmente carenti o indebolite, proprio in coloro che sono soggetti implicati nelle forme di dipendenza che stiamo analizzando. Dunque se proprio i requisiti individuati fanno difetto nei soggetti, possiamo ancora parlare di assunzioni di responsabilità per i propri agiti?

Conclusioni

Queste argomentazioni suggeriscono un percorso costruttivo di sinergie tra pluralità di soggetti e di riferimenti disciplinari, quale condizione necessaria a tradurre questi concetti e argomentazioni, in pratiche orientate a potenziare le caratteristiche indicate per la assunzione di responsabilità, nei singoli e nella società. Non si può infatti pensare che i singoli individui, a maggior ragione se vulnerati in queste competenze dalla loro storia o dai loro geni, possano da soli fare fronte al potere delle illusioni prodotte a getto continuo dai maghi della pubblicità o dagli ideologi del successo, né resistere agli impulsi indotti o potenziati dai venditori di felicità a basso costo, e reagire proattivamente ai numerosi sostenitori dell'uso parsimonioso delle capacità critiche. Serve un processo socialmente sostenuto, fatto da azioni educative, pressioni lobbistiche di interessi sani, accordi che sappiano temperare gli interessi economici con la salute, regole che sappiano valorizzare l'autonomia delle scelte e le capacità critiche, per poter parlare di scelte consapevoli e responsabili da parte dei singoli. È necessario estendere alla pluralità dei soggetti interessati alla modulazione responsabile dei comportamenti potenzialmente additivi, l'applicazione dei requisiti individuati e condivisi da parti consistenti del mondo scientifico e umanistico, per la diffusione di pratiche di responsabilità. Senza questo processo di integrazione di interessi e competenze, l'appello alla responsabilità individuale suona stonato e poco praticabile, soprattutto da coloro che potrebbero trarre i maggiori benefici da tali pratiche. È necessario identificare i fattori di vulnerabilità correggibili non solo dalla clinica ma dai soggetti che ne portano responsabilità per averli ignorati o sfruttati a proprio vantaggio, assumendo un ruolo politico attivo nell'indicare con forza le azioni correttive possibili sulle condizioni di vulnerabilità. Serve declinare diversamente le proprie competenze nel campo della disseminazione informativa e formativa, privilegiando approcci e visioni meno patologizzanti e deterministiche, quantunque richiesti ed apprezzati proprio per il bisogno sociale di medicalizzare i comportamenti che appaiono dannosi agli equilibri di salute individuali e collettivi. Questi cambiamenti potrebbero contribuire a nuove definizioni di campi di azione specifici per la clinica, anche per effetto dei mutamenti epistemici connessi alla trasformazione del paradigma nel pensiero degli altri soggetti interessati che cambierebbero probabilmente la domanda clinica.

BIBLIOGRAFIA

1. Bakal DA. Psychology and medicine. Psychobiological dimensions of health and illness; New York: Springer Publishing Company Inc., trad. it. Dimensioni psicobiologiche della salute e della malattia, Roma: Armando; 1984.
2. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-136.
3. Lund I. The Population Mean and the Proportion of Frequent Gamblers: Is the Theory of Total Consumption Valid for Gambling? *J Gambl Stud* 2008; 24:247–256 DOI 10.1007/s10899-007-9081-5
4. Rose G, Day S. The population mean predicts the number of deviant individuals. *British Medical Journal* 1990; 301: 1031-1034.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
6. Suurvali H, Hodgins DC, Cunningham JA. Motivators for resolving or seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies* 2010; 26 (1), 1-33.
7. Hodgins DC, Toneatto T, Cunningham JA, Suurvali H. Motivators for seeking gambling-related treatment among Ontario problem gamblers. *J Gambl Stud.* 2012; Jun; 28(2): 273-96.
8. Bandura A. Social foundation of thought and action: A cognitive social theory. Prentice-Hall, New Jersey: Englewood Cliffs; 1986.
9. Festinger LA. A theory of cognitive dissonance. Evanston, IL: Row, Peterson, trad. it. La teoria della dissonanza cognitive. Milano: Franco Angeli; 1973.
10. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991; 50: 179-211.
11. Zani B, Cicognani E. Psicologia della salute. Bologna: Il Mulino; 2000.
12. Duhigg C. Il potere delle abitudini. Milano: Garzanti; 2012.
13. Kahneman D. Pensieri lenti e veloci. Milano: Arnoldo Mondadori; 2012.
14. Yin HH, Knowlton Bj. The role of the basal ganglia in habit formation. *Nat. Rev. Neuro.* 2006; 7 (6): 464-476.
15. Eyal N. Creare prodotti e servizi per catturare clienti. Milano: LSWR; 2015.
16. James W. (1899) trad it Discorso agli insegnanti e agli studenti sulla psicologia e su alcuni ideali di vita. Roma: Armando; 2003.
17. Libet B. Mind Time. Il fattore temporale nella coscienza. Milano: Raffaello Cortina; 2007.
18. Stroebe W, Stroebe MS. Social Psychology and Health, University Press, Buckingham, trad. it. Psicologia sociale e della salute, Milano: McGraw-Hill; 1997.
19. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: McGraw-Hill; 1984.
20. Thaler R, Sunstein CR. La spinta gentile. Milano: Feltrinelli; 2009.
21. Meier PS, Purshouse R, Brennan A. Policy options for alcohol price regulation: the importance of modeling population heterogeneity. *Addiction* 2010; 105(3): 383-393.
22. Cnossen S. Theory and Practice of Excise Taxation: Smoking, Drinking, Gambling, Polluting, and Driving. Oxford: Oxford University Press; 2005.
23. Purshouse RC, et al. Estimated effect of alcohol pricing policies on health and health economic outcomes in England: an epidemiological model. *Lancet* 2010; 375(9723): 1355-1364.
24. Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction* 2009; 104(2): 179-190.
25. Sassi F, Cecchini M, Lauer J, Chisholm D. Improving lifestyles, tackling obesity: the health and economic impact of prevention strategies, OECD Health Working Papers 2009, No. 48, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/220087432153>.

26. Sassi F, Belloni A, Capobianco C. The Role of Fiscal Policies in Health Promotion, *OECD 2013 Health Working Papers*, No.66, OECD publishing.<http://dx.doi.org/10.1787/5k3twr94kvzx-en>
27. De Caro M, Lavazza A, Sartori G. a cura di *Quanto siamo responsabili?* Torino: Codice Edizioni; 2013.
28. Guala F. Responsabilità e scelta secondo le scienze sociali. In: De Caro M, Lavazza A, Sartori G. a cura di *Quanto siamo responsabili?* Torino: Codice Edizioni; 2013.
29. Kant I. *Critica della ragion pura*. Milano: Adelphi; 1995.
30. Hume D. *Opere filosofiche*. Roma-Bari: Laterza; 1992.
31. Fisher JM, Ravizza M. *Responsibility and control: A theory of moral responsibility*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
32. Strawson G. *Freedom and Resentment* trad. It De Caro M. cura di. *Libertà e Risentimento. La logica della libertà*. Roma: Meltemi; 2002.
33. De Monticelli R. *La novità di ognuno. Persona e libertà*. Milano: Garzanti; 2009.
34. Zimbardo P. *L'effetto Lucifero. Cattivi si diventa?* Milano: Raffaello Cortina; 2008.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno