

La salute e i mass media

MASSIMIANO BUCCHI (*)

SOMMARIO

1.—L'ambito problematico. 2.—La salute nei media. 3.—I limiti del modello tradizionale.

RIASSUNTO

Sin dalla fine dello scorso secolo, in seguito alla diffusione di alcune malattie a carattere prevalentemente infettivo, il problema della comunicazione pubblica sui temi della salute è emerso come centrale nell'ambito della cura e prevenzione della salute. Con lo sviluppo delle tecnologie per la comunicazione di massa e in seguito alle trasformazioni nei comportamenti e negli atteggiamenti verso la salute, questo problema ha assunto ulteriore importanza. La pluralità di comunicazioni e soggetti informativi presenti nei vari media e legati in modo più o meno diretto alla salute è ormai tale da scoraggiare l'adozione di modelli comunicativi semplificati, di tipo lineare-unidirezionale, impiegati tradizionalmente per interpretare tale fenomeno.

BIBLID [0211-9536(1997) 17; p-p]

Fecha de aceptación: 30 de enero de 1997

1. *L'AMBITO PROBLEMATICO*

Sin dalla fine del XIX secolo, la diffusione di alcune particolari malattie prevalentemente di tipo infettivo è stata tematizzata come problema sociale e fatta oggetto di numerose campagne di controllo, igiene e vaccinazione condotte sulla popolazione dei centri urbani e delle aree rurali. Gradualmente, tuttavia, un ruolo crescente nelle strategie

(*) Massimiano Bucchi è ricercatore presso il Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, Istituto Universitario Europeo, Fiesole. Indirizzo a cui inviare la corrispondenza: via D'Annunzio 10, 36100 Vicenza, Italia. E-mail: bucchi@datacomm.iue.it.

di prevenzione è stato riconosciuto alle campagne di informazione volte a migliorare il livello di consapevolezza dei cittadini. Al controllo diretto dei comportamenti sanitari che caratterizzava il precedente approccio si è affiancato un modello di *influenza indiretta* che prevede di stimolare l'assunzione di responsabilità da parte dei singoli individui e dei relativi nuclei familiari. Parallelamente, si è esteso lo spettro delle malattie e dei problemi sanitari ritenuti di interesse sociale, arrivando man mano a comprendere fenomeni quali l'alcoolismo, la dipendenza da stupefacenti, il fumo e persino, in tempi più recenti, l'alimentazione.

Risalgono già ai primi di questo secolo le prime campagne informative volte ad esempio a scoraggiare il consumo di bevande alcoliche oppure a segnalare i pericoli di contagio da tubercolosi e le relative precauzioni da adottare per prevenirla. Queste campagne utilizzavano come principale mezzo di comunicazione la cartellonistica: grandi manifesti illustrati appesi per strada o nei principali luoghi di ritrovo pubblico (1). Si tratta di una forma di comunicazione che, almeno inizialmente, ha numerosi tratti in comune con la propaganda politica —dal carattere normativo/prescrittivo all'adozione degli stessi stili grafici— propaganda politica che non a caso in questo stesso periodo si sviluppa in modo altrettanto rapido sulla spinta del primo conflitto mondiale e dell'emergere dei grandi regimi totalitari.

Con lo sviluppo di nuove tecnologie per la comunicazione a grande distanza rivolta alla generalità del pubblico, la diffusione dell'informazione ha assunto un ruolo sempre più centrale nell'ambito delle strategie di prevenzione sanitaria. Oggi la comunicazione sulla salute si sviluppa in una serie di spazi mediali estremamente eterogenei per contenuti e modalità espressive: dalla cartellonistica che è ancora fortemente impiegata per le grandi campagne sanitarie, alle numerose riviste dedicate ai temi della salute, ai supplementi settimanali *Salute* offerti ormai da quasi tutte le testate quotidiane, fino ai programmi radiofonici e televisivi in cui si parla di medicina, alimentazione e benessere psicofisico.

(1) Si veda ad esempio SCHMIDT, JUTTA. *So bleibt man gesund! Gesundheitserziehung in visuellen Medien von 1900 bis 1950*, Essen, Die Blaue Eule, 1995; BUCCHI, MASSIMIANO. Images of science in the classroom: scientific wallcharts. *British Journal for the History of Science*, special issue on Art and Science (forthcoming), 1997.

La quantità e l'eterogeneità di queste pratiche comunicative non può tuttavia essere spiegato solo sulla base dello sviluppo delle tecnologie per la comunicazione mediale ma si inserisce in un quadro più generale di trasformazione delle rappresentazioni sociali della salute e della malattia e degli atteggiamenti e comportamenti che vi sono collegati.

In primo luogo non è più solo un soggetto centrale (quale ad esempio l'amministrazione statale) ad erogare interventi comunicativi tesi a modificare il comportamento di una popolazione caratterizzata in modo prevalentemente passivo ma si moltiplicano le fonti e gli operatori impegnati in questo senso. Si pensi ad esempio alle varie associazioni sorte per la prevenzione e la lotta nei confronti di particolari malattie (i tumori, l'AIDS) per le quali l'opera di sensibilizzazione è anche uno strumento fondamentale di promozione della propria visibilità pubblica e quindi di raccolta delle risorse finanziarie necessarie a sostenere le stesse attività.

Inoltre solo una parte di queste pratiche comunicative si configura come in passato in senso prevalentemente etico-normativo (per cui la malattia era sintomo di disordine sociale e andava come tale rimossa); né l'informazione veicolata dai media viene più esclusivamente intesa dai suoi fruitori come strumento di tutela e protezione di soggetti che altrimenti cadrebbero inevitabilmente in comportamenti a rischio. E' importante infatti tenere presente come a concezioni di salute prevalentemente incentrate sulla terapia e sulla farmacologia (la medicina come vera e propria *difesa* militare dall'assalto dei microbi emblematica da questo punto di vista la metafora del farmaco come *pallottola* utilizzata per illustrare le proprietà del *Salvarsan*, farmaco impiegato contro una delle malattie *socialmente* connotate per eccellenza, la sifilide) si siano gradualmente sostituite, soprattutto entro gli strati sociali più elevati, rappresentazioni basate su concetti di salute come condizione generale di benessere psico-fisico.

Non più unicamente connotata in senso negativo come assenza di malattia, dunque, ma anche e soprattutto in senso positivo, come stato di efficienza e soddisfazione anche estetica per il proprio corpo. Uno stato che non deve esclusivamente essere difeso attraverso la medicina una volta attaccato dal male, ma può essere preservato e perfino incrementato per mezzo di opportuni accorgimenti nell'ambito della

propria alimentazione o della motricità. La crescente frequentazione di palestre, centri di benessere e anti-invecchiamento è uno dei segnali più visibili di tale trasformazione (2).

In questo nuovo panorama, la disponibilità di informazione da parte del cittadino assume un valore maggiore e allo stesso tempo qualitativamente differente. A un'informazione a carattere istituzionale, mirata principalmente al controllo e al disciplinamento del paziente, rivolta in modo sostanzialmente indiscriminato alla generalità della popolazione, si affianca e in certi casi subentra una pluralità di soggetti e di generi comunicativi a cui pubblici diversi accedono secondo modalità differenti sulla base dei rispettivi gradi di interesse e istruzione. Questo accesso all'informazione è ciò che garantisce al paziente la possibilità di partecipare in modo attivo e consapevole alla gestione della propria salute. Una necessità che è stata più volte ribadita anche in sede legislativa e giurisdizionale introducendo principi quali quello del *consenso informato* che viene ormai inteso come una prerogativa di tutti i soggetti inclusi i minorenni e che prescrive l'impossibilità di sottoporre un paziente a qualunque terapia o intervento chirurgico senza che questi sia stato informato delle relative modalità, conseguenze ed eventuali rischi (3). D'altra parte questa tendenza alla consapevolezza e all'autonomia trova corrispondenza con i vincoli sempre più pressanti di natura economica ed organizzativa che la maggioranza dei sistemi sanitari si è trovata a fronteggiare negli ultimi anni, con una conseguente incentivazione diretta e indiretta dei comportamenti di autocura e automedicazione.

E' facile a questo punto comprendere il carattere di centralità assunto dalla comunicazione relativa ai temi sanitari. E' attorno a questa centralità infatti che ruota la possibilità da parte del soggetto di scegliere tra un numero crescente di opzioni terapeutiche (si pensi alle medicine alternative e naturali, a tecniche quali l'agopuntura) e di veri e propri

(2) CENSIS. *La domanda di salute in Italia*, Milano, F. Angeli, 1989. FERRERA, MAURIZIO; ZINCONI, GIOVANNA (a cura di). *La salute che noi pensiamo*, Bologna, Il Mulino, 1986.

(3) In Italia il concetto di consenso informato è presente nel Codice di Deontologia Medica (art.40) ed è esplicitamente riconosciuto a livello legislativo per specifici interventi quali la trasfusione di sangue (Legge 107, 1990 e successivo decreto di attuazione, Ministero della Sanità, 15.1.1991).

stili di cura della salute e in definitiva, di accedere e gestire le varie immagini e concezioni di salute che si rendono di volta in volta disponibili.

2. LA SALUTE NEI MEDIA

Si può ora introdurre una breve tassonomia delle modalità con cui i temi legati alla salute sono presentati nei mass media. A questo scopo rielaborerò una distinzione proposta originariamente da Peters (4) per la comunicazione pubblica della scienza.

a) **Educazione sanitaria.** Si tratta di comunicazioni in linea di massima rivolte alla totalità del pubblico, in cui i contenuti medico-scientifici passano decisamente in secondo piano rispetto ad obiettivi di carattere prescrittivo (cioè volte a incentivare l'adozione di certi comportamenti o a disincentivarne altri), condotte in forma intensiva entro uno spazio temporale definito (per cui, con interessante analogia militare, si parla di *campagne* informative). E' come accennato il tipo più antico e tradizionale di utilizzo dei media per la comunicazione della salute e vi ricorrono soprattutto organismi istituzionali impegnati nella tutela della salute. Dati gli obiettivi comunicativi, vengono utilizzati prevalentemente spazi comunicativi a larga diffusione quali la cartellonistica, gli spot televisivi e le inserzioni su quotidiani e riviste a grande tiratura. Esempi di questo tipo di comunicazione sono le campagne condotte negli ultimi anni contro il fumo o per la lotta all'AIDS.

b) **Divulgazione sanitaria.** Possono essere qui comprese una serie di pratiche comunicative che si distinguono dal precedente gruppo per l'assenza di un preciso orientamento alla prescrizione ma che nondimeno esprimono un deciso carattere di linearità, apoditticità e assenza di posizioni divergenti. Il tipico intervento di questo tipo prevede il parere (in forma implicita o di esplicito *consiglio*) da parte di un medico o di uno studioso. Vi possono essere esposte nuove tecniche terapeutiche o impartite indicazioni per l'autocura. Si tratta di messaggi non di rado caratterizzati da una certa specializzazione e complessità, che come tali

(4) PETERS, HANS PETER. Mass media as an information channel and public arena. *Risk: Health, Safety & Environment*, 1994, 5, 241-250.

si rivolgono ad un pubblico più ristretto e già interessato ai temi sanitari, inseriti in contesti mediali specificamente dedicati alla salute quali i supplementi settimanali pubblicati da alcuni quotidiani.

c) **Informazione medico-sanitaria.** Sono le *notizie* legate a temi medico-sanitari, presentate in spazi mediali non esplicitamente dedicati alla salute: notiziari televisivi o radiofonici, pagine di cronaca dei quotidiani. Rispetto al tipo precedente, l'interesse per il contenuto tecnico della comunicazione passa decisamente in secondo piano. Dato il *frame* generico in cui la notizia si colloca, le caratteristiche di brevità e potenziale interesse per un pubblico vasto divengono fondamentali. Si possono annunciare risultati della ricerca medica particolarmente eclatanti (come la scoperta che il colesterolo non fa male), nuovi pericoli per la salute (il virus Ebola) ma non di rado il rapporto della notizia con un tema medico-sanitario è prevalentemente indiretto (l'uomo che vende un rene perché disoccupato, la donna sessantenne che diviene madre).

Da un punto di vista storico e sociologico, tuttavia, si tratta di manifestazioni comunicative particolarmente interessanti poiché è proprio in questi contesti generici che emergono con più chiarezza le concezioni implicite di scienza e di salute, i confini e i rapporti tra scienza e religione o scienza e società nel suo complesso a cui i soggetti fanno riferimento. In alcuni casi, infatti, a questo livello, possono manifestarsi situazioni di forte conflittualità tra esperti e non esperti o all'interno della stessa comunità di esperti (un esempio recente lo si è avuto nel caso della mucca pazza).

d) **Comunicazione indiretta sui temi della salute e della cura.** Se si procede per gradi decrescenti di normatività e linearità, si arriva infine a considerare quel tipo di comunicazioni che non hanno obiettivi informativi né sono specificatamente dedicate alle tematiche sanitarie. Si tratta tuttavia di comunicazioni che contribuiscono in modo significativo a dar forma alle concezioni, rappresentazioni e stereotipi su cui poi si sviluppa il dibattito pubblico sui temi della salute. In questa categoria ricadono infatti tutti quei casi, dalla *fiction* alla pubblicità commerciale, in cui conoscenze, scenari o istituzioni sanitarie sono usati a fini narrativo-retorici. Un buon esempio è dato dalla *fiction* cinematografica e televisiva o da alcune pubblicità commerciali in cui compaiono medici od ospedali o addirittura il nucleo tematico è proprio

costituito dall'attività sanitaria o dalla lotta a una malattia (si pensi ai numerosi film sull'AIDS o alla recente serie di telefilm E. R. prodotta negli Stati Uniti). In Italia, dopo la sciagura di Seveso (1976) non furono tanto i mezzi di informazione a sollecitare l'interesse e il dibattito pubblico quanto un romanzo di Laura Conti, uno dei più grandi successi dell'editoria italiana, da cui venne tratto successivamente anche un film per la televisione (5).

3. I LIMITI DEL MODELLO TRADIZIONALE

Tutto ciò dovrebbe essere sufficiente a mettere in discussione un modello della comunicazione mediale della salute come percorso unidirezionale e rettilineo dalla comunità dei ricercatori a un pubblico vasto e passivo, in cui giornalisti e operatori dei media fungono semplicemente da intermediari o *traduttori*. Oltre alla molteplicità di pratiche comunicative di cui si deve dar conto, infatti, occorre tenere presente che un numero crescente di spazi mediali si configurano come veri e propri terreni di interazione e negoziazione tra pubblici ed esperti. Si pensi semplicemente alla forza con cui l'omeopatia o le altre medicine alternative sono emerse proprio al livello della comunicazione pubblica nonostante l'indifferenza e l'ostilità incontrate a livello specialistico. O, in misura meno eclatante, alle varie rubriche di lettere su temi sanitari in cui è il pubblico a sottoporre all'attenzione degli specialisti le problematiche che lo riguardano più da vicino.

Il ruolo dei media nei processi di comunicazione della salute, dunque, non può essere ridotto a quello di un semplice canale di trasmissione. A livello mediale, infatti l'informazione sanitaria non si sottrae alle dinamiche che sono proprie di ciascun medium e del *newsmaking* in genere. Ad esempio, soprattutto entro il tipo b) una notizia sanitaria potrà essere scelta non per la sua rilevanza intrinseca dal punto di vista medico-sanitario, ma per la facilità di reperirla, per certi caratteri di visibilità (la malattia di un personaggio famoso) o per il fatto che si lega ad altri temi trattati nei media in un dato periodo. Ogni estate, all'inizio

(5) CONTI, LAURA. *Una lepre con la faccia da bambina*, Roma, Editori Riuniti, 1978.

delle vacanze, i quotidiani e i notiziari televisivi parlano sempre dei tumori della pelle e dei pericoli rappresentati dall'esposizione ai raggi solari. In inverno, con altrettanta regolarità, le rubriche sanitarie si occupano delle fratture e degli altri incidenti tipici degli sciatori.

Questo a sua volta non è privo di influenza sugli stessi ricercatori né tantomeno sui medici. Varie ricerche hanno mostrato come l'informazione medico-sanitaria nei mass media serva agli stessi specialisti per avere un panorama generale di quanto accade nell'intera disciplina a prescindere dal loro specifico settore di specializzazione. Ad esempio, gli articoli apparsi sul *New England Journal of Medicine* hanno una probabilità tre volte maggiore di venire citati dai ricercatori se compare una breve menzione del loro contenuto in un quotidiano come il *New York Times* (6). Certi temi possono ricevere un'attenzione prioritaria da parte della ricerca e degli organismi che la finanziano proprio sulla base della maggiore visibilità pubblica di un certo argomento: si pensi ai massicci investimenti fatti sin dall'inizio nel campo della ricerca sull'AIDS. Infine, a un livello ancora più profondo, è anche nei mezzi di informazione e nella relativa discussione pubblica che prende forma la rappresentazione di una malattia. Il concetto di sifilide o quello di AIDS che i patologi impiegano oggi non possono prescindere dalle trasformazioni che questi concetti hanno attraversato passando attraverso differenti livelli e pratiche comunicative (7).

Tuttavia ciò che inficia ulteriormente la validità dei modelli tradizionali di prevenzione e trasmissione dell'informazione sanitaria è una concezione ingenuamente semplificata e *ottimistica* degli stessi effetti della comunicazione mediale. L'idea infatti che a una comunicazione seguano immediati effetti di tipo cognitivo (cioè di mutamento di opinioni e

(6) PHILLIPS, DAVID M. Importance of the lay press in the transmission of medical knowledge to the scientific community. *New England Journal of Medicine*, 1991, 11 Oct., 1180-1183.

(7) FLECK, LUDWIK. *Genesis and development of a scientific fact*, Chicago, University of Chicago Press, 1979; EPSTEIN, STEVEN. *Impure Science: Aids, Activism and the Politics of Knowledge*, Ph.D. Diss., University of California, Berkeley, 1993; EPSTEIN, STEVEN. The Construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials. *Science, Technology and Human Values*, 1995, 20 (4), 408-437.

atteggiamenti) o addirittura di tipo comportamentale è stata infatti abbandonata dai *media studies* fin dal secondo dopoguerra, quando vennero sviluppate le prime critiche alla cosiddetta *teoria ipodermica* per cui

«[...] i mass media venivano considerati come un nuovo tipo di forza unificatrice - una sorta di sistema nervoso semplice che si estende a toccare ogni occhio ed ogni orecchio in una società caratterizzata da scarsità di relazioni interpersonali e da un'organizzazione sociale amorfa» (8).

A questo modello gli studiosi dei media hanno sostituito teorie più sofisticate degli effetti della comunicazione di massa in cui si sono man mano sottolineati la crescente diversificazione dei pubblici mediali (per cui la stessa comunicazione viene percepita e *utilizzata* in modi differenti e viene ad accentuare una situazione di diseguaglianza informativa più che a livellarla) (9), l'interazione tra diverse fonti informative e il valore della comunicazione mediale in termini di agenda-setting più che di determinismo: l'informazione nei media ha una forte capacità di strutturare e gerarchizzare l'*ordine del giorno* della comunicazione pubblica, molto meno forte è la sua capacità di orientare i soggetti a una certa posizione nei confronti dei singoli temi che compongono questo ordine del giorno (10).

Per fare un esempio nel settore che qui più ci interessa, le campagne anti-AIDS hanno senz'altro contribuito a definire la malattia come uno

(8) KATZ, ELIHU; LAZARFELD, PAUL. *Personal influence: the part played by people in the flow of mass communications*, New York, The Free Press, 1955, p. 4.

(9) E' questo uno dei modelli dominanti emergenti dallo studio della comunicazione mediale di argomento sanitario, il cosiddetto *knowledge gap*. Soggetti di elevato livello di istruzione tendono ad avere una maggiore disponibilità di conoscenza e una maggiore capacità di aggiungere nuova informazione a questa conoscenza. TICHENOR, PHILIP *et al.* Mass media flow and differential growth in knowledge. *Public Opinion Quarterly*, 1970, 34, 159-70. Per un' applicazione si veda YOWS, SUZANNE R. *et al.* Predicting cancer knowledge. In: Gary Kreps and Charles Atkin (eds.), *Communicating to promote health*, monographic issue of the *American behavioural Scientist*, 1991, 34, 727-741.

(10) MCCOMBS, MICHAEL; SHAW, DAVID. The agenda setting function of mass media. *Public Opinion Quarterly*, 1972, 36, 176-187.

dei principali temi di dibattito e preoccupazione sociale. E' molto meno certo, invece, che i contenuti e gli ammonimenti delle stesse campagne siano stati interiorizzati o addirittura seguiti dai loro destinatari potenziali. Studi condotti sulla popolazione giovanile italiana, ad esempio, hanno messo ripetutamente in evidenza la permanenza di vasti settori di disinformazione o la diffusione di vere e proprie convinzioni erranee relative alle caratteristiche e modalità di diffusione così come definite dalle attuali conoscenze mediche (11). La comunicazione sanitaria è senz'altro un'area della comunicazione mediale che richiama una particolare attenzione da parte degli studiosi sui vari contesti di interazione entro i quali l'informazione che viene dai media viene contestualizzata e rielaborata. In primo luogo l'interazione tra medico e paziente, che per molti soggetti (gli anziani e in particolare le donne) resta uno degli ambiti privilegiati a cui ricondurre l'informazione (non di rado contraddittoria) appresa dalle varie fonti (12). Poi il contesto familiare, che è spesso il primo livello di riorganizzazione dell'informazione e della sua gestione in senso decisionale oltre che una sede di vera e propria cura per le patologie meno gravi (13).

Non è un caso quindi che alcuni abbiano proposto di mirare, attraverso gli interventi di informazione preventiva, non tanto a fornire direttamente istruzioni o raccomandazioni, quanto a sollecitare l'attivazione di meccanismi di comunicazione interpersonale ben più efficaci e duraturi ai fini della prevenzione (14). Da numerose ricerche infatti emerge come per quote significative di popolazione non sia possibile spiegare

-
- (11) BUZZI, CARLO. *La salute del futuro*, Bologna, Il Mulino, 1994; BUCCHI, MASSIMIANO. Immagini della salute e dell'alimentazione tra i giovani. In: *Atti del V Convegno ANDID*, Positive Press, 1995, pp. 90-94.
- (12) Si veda ad esempio PETTEGREW, LLOYD S.; LOGAN, ROBERT. The health care context. In: Charles Berger and Steven T. Chaffee (eds.), *Handbook of communication science*. Newbury Park, Sage, 1987, pp. 675-710.
- (13) VINAY, PAOLA. Primary health care. In: Marco Ingrassio (a cura di), *Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute*, Milano, Angeli, 1987, pp. 77-92; BACKETT, KATHRIN. Taboos and Excesses: Lay Health Moralities in Middle Class Families. *Sociology of Health and Illness*, 1992, 14 (2), 255-274.
- (14) BROWN, WILLIAM. Aids prevention campaign effects. In: Gary Kreps and Charles Atkin (eds.), *Communicating to promote health*, monographic issue of the *American behavioural Scientist*, 1991, 34, 685-704.

la mancata adozione di comportamenti salutari sulla base di un livello informazione inadeguato (15).

In altre parole, molti individui sanno benissimo di mettere a repentaglio la propria salute nel persistere in certe condotte (come il fumo, il consumo di alcolici, la frequenza di rapporti sessuali non protetti) o nel prestare poca attenzione al proprio fisico o alla propria alimentazione ma non riescono a tradurre questa consapevolezza nella pratica. L'informazione ottenuta dai media resta quindi confinata in una dimensione puramente astratta da vincoli che sono percepiti come insormontabili (ad esempio le cadenze e le modalità di organizzazione lavorativa o familiare possono ostacolare l'adozione di nuove abitudini alimentari) o che più semplicemente si scontrano con solide basi di conoscenza intuitiva (16). Così l'alimentazione viene percepita dagli stessi soggetti come un *problema*, un terreno in cui l'informazione e le raccomandazioni che vengono *dall'alto* spesso non fanno che accentuare il divario tra opinioni e comportamenti (17).

RINGRAZIAMENTI

Debbo a Renato Mazzolini lo stimolo a scrivere questo contributo e come sempre importanti suggerimenti per la sua revisione. Ringrazio Alessandro Venturi per le preziose indicazioni bibliografiche.

(15) BACKETT, nota 13; BUZZI, nota 11.

(16) La nozione di *equilibrio* è spesso interpretata dai soggetti in modo assolutamente peculiare rispetto alle accezioni in uso tra gli esperti. Essa si traduce infatti nel posizionarsi in modo equidistante tra quelli che sono percepiti come due estremi (es. il magro e il grasso, l'alcolista e l'astemio). In molti casi poi l'equilibrio poi non viene inteso tra estremi tra estremi dello stesso comportamento ma gestito su base individuale come equilibrio tra comportamenti diversi (es. fumo ma non ho quell'altro vizio) o addirittura su base familiare (per cui si tollera un comportamento poco salutare di un membro della famiglia —come il fumo purché lui ne tolleri uno nostro).

(17) FISCHLER, CLAUDE. *Le corps ingouvernable, ou le complexe alimentaire moderne. Communications*, 1993, 56, 207-224.