

LA POSTA AGLI ESPERTI – MEDICI NELLE RIVISTE DI SETTORE¹

François PROVENZANO (F.N.R.S. – Université de Liège)

Introduzione : cosa ?, come ?, perché ?

Questo lavoro è stato realizzato nell'ambito del seminario di Sociosemiotica di Maria Pia Pozzato, nell'anno accademico 2003-2004. Cercherò di formulare in modo sintetico i risultati più interessanti, senza entrare troppo nei particolari dello spoglio del corpus, però senza cadere neanche nella presentazione astratta di qualche ipotesi. Il corpus si costituisce da sessantatré domande sulla salute o il corpo malato, estratte dalle rubriche che le riviste specializzate dedicano al corriere dei lettori. Ho analizzato il mensile *Starbene*², il settimanale *Viversani & belli*³ e il mensile *Riza psicosomatico*⁴. Mi è sembrato che questo tipo di corpus poteva costituire un punto d'osservazione ideale del discorso sulla salute e dei vari meccanismi che implica : un sistema di valori di riferimento, una scelta enunciazionale, una serie di attori e il loro inserimento in un programma narrativo particolare. A questo proposito, sono stato particolarmente attento al rapporto paziente/medico e alla sua rivalutazione nell'ambito della parola giornalistica.

Partendo dall'opposizione basica tra una *domanda domestica* (cioè *non specialistica*) e una *risposta medica*, mi sono focalizzato sulle caratteristiche della prima, per capire meglio la sua interazione con la seconda. A questa fine, ho elaborato una griglia di analisi che disseziona il testo di ogni domanda in diciotto diverse categorie :

¹ Relazione al Congresso AISS, « Il discorso della salute », Spoleto, 29 ottobre – 1 novembre 2004.

² N° 6, luglio 2003 ; n° 8, agosto 2003 ; n° 9, settembre 2003 ; n° 10, ottobre 2003 ; n° 11, novembre 2003 ; n° 12, dicembre 2003.

³ Anno 12, n° 48, 28/11/2003 ; anno 12, n° 50, 12/12/2003 ; anno 12, n° 51, 19/12/2003 ; anno 12, n° 52, 27/12/2003 ; anno 13, n° 1, 02/01/2004 ; anno 13, n° 2, 09/01/2004.

⁴ N° 269, luglio 2003 ; n° 270, agosto 2003 ; n° 271, settembre 2003 ; n° 272, ottobre 2003 ; n° 273, novembre 2003 ; n° 275, gennaio 2004.

1. Unità testuali

1. 0. Prima unità di contatto

1. A. (Auto-)presentazione del soggetto di sofferenza (sociale, biologica, psicologica)

1. B. Presentazione dell'oggetto di sofferenza

1. C. Ultima unità di contatto

2. Principi strutturanti

2. A. Articolazione logico-sintattica

2. B. Puntuazione

2. C. Regime modale

2. D. Distinzione *psicologico-somatico*

3. Risorse discorsive

3. A. Narrazione (aspettualizzazione temporale)

3. B. Nominazione

3. C. Illustrazione

3. D. Dimensione patemica

3. E. Scelte lessicali non neutre

3. F. Riproduzione esplicita di un discorso scientifico precedente

4. Altre isotopie

4. A. Ignoranza / bisogno di sapere

4. B. Preoccupazione di normalità

4. C. Coscienza dell'inconfessabile

4. D. Storia privata

Ho potuto così identificare le varie sequenze testuali ricorrenti, i principali principi strutturanti (sia logici che tipografici, modali o semantici), e soprattutto elencare le risorse discorsive più frequenti e la loro economia nell'uso domestico del discorso sulla salute. Non tutte le categorie usate nello spoglio del corpus mi sono state finalmente utili. In questa presentazione, ho cercato di articolare le più pertinenti in un commento che sia, né troppo descrittivo, né troppo ipotetico.

Prime osservazioni sul corpus

Prima di proporre un'interpretazione di queste caratteristiche testuali, alcune osservazioni generali sul corpus possono già darci indicazioni interessanti. Si nota chiaramente una rappresentazione giornalistica della “domesticità” alla quale si oppone una rappresentazione giornalistica della scientificità : la parola del richiedente è presentata come collettiva, poco emersa dell'anonimato sociale, mentre quella del medico adotta i segni della specializzazione, della professionalizzazione, dell'autorità specifica. Anche se, è importante notarlo, la rivista si autorizza a non rispettare strettamente la terminologia medica negli intitolati delle sue rubriche.

Le rubriche delle riviste riproducono un rapporto epistolare tra il paziente e il medico. Dimostrano tuttavia una forte inquadratura giornalistica di questo rapporto. Ovviamente, è molto difficile sapere in quale misura la redazione della rivista non ri-scrive il testo delle domande dei lettori. Tale dubbio non invalida, credo, il mio lavoro, che si focalizza sui procedimenti di *rappresentazione* dell'esperienza patologica. In questo gioco, è chiaro che le caratteristiche di *domesticità* delle domande dei lettori corrispondono soprattutto all'idea di domesticità che vuole ostentare la rivista.

Inoltre, la parola giornalistica produce anche una certa rappresentazione del discorso medico. L'organizzazione generale delle rubriche adotta un sistema di titoli che non rispetta la terminologia scientifica delle discipline mediche e la sua gerarchia. Il medico, ovvero l'istituzione medica sembra così rinunciare a conservare la sua sistematizzazione discorsiva per inserirsi, in qualche modo, in un discorso “fuori legge”. Tuttavia, a questa concessione si contrappone il mantenimento (e anche l'hyper-valorizzazione) dei segni dell'autorità specifica del medico : con l'indicazione del suo titolo (Dottore, Dottoressa), nome e cognome, a volte anche ospedale in cui lavora o fotografia in abito bianco, si dà la specialità medica praticata, questa volta in termini sempre conformi alla terminologia ufficiale.

In questi pochi elementi, si nota già una rappresentazione differenziata degli attori del intercambio medico. Il lettore richiedente viene quasi sempre identificato dal nome solo, mai dai nome e cognome, mai da una fotografia. Il suo discorso è appena emerso dalla parola collettiva e questo suo anonimato sociale si oppone alla rappresentazione specializzata, professionalizzata, del rispondente medico.

La domanda domestica : alcune caratteristiche

Vediamo adesso come questa distinzione si traduce nell'uso di tale o tale procedimento discorsivo, specialmente da parte del richiedente domestico.

La capacità/L'incapacità di nominare e altre risorse discorsive

La sequenza testuale principale delle domande domestiche è sicuramente quella in cui il richiedente espone il suo oggetto di sofferenza. Una delle strategie interessanti da rilevare è quella che chiameremo strategia di *nominazione*, e che consiste nell'introduzione di un vocabolario medico nel discorso non-medico. In quel caso, la carica semantica della domanda porta su una (o varie) unità nominale e i verbi introduttori sono semanticamente neutralizzati e poco diversificati (si tratta esclusivamente di “soffro di” o di “ho”; ad esempio: “ho la vitiligine”, “soffro di psoriasi”). Il discorso domestico adotta così una razionalità sistematica (e non processuale) e dimostra la capacità di integrare il vocabolario medico.

Oltre questa possibilità (la semplice appropriazione), la nominazione può derivare dalla riproduzione esplicita delle parole di un medico (ad esempio: “Il neurologo mi ha detto che probabilmente si tratta di ‘dolore neuropatico da neuroma d’amputazione’”). Come si vede, in questo caso, il paziente non si prende la responsabilità di assumere la diagnosi del medico e mantiene una certa distanza tra il suo universo di credenze e l'enciclopedia medica. In fine, la nominazione può derivare dalla “medicalizzazione” del vocabolario domestico — spesso sessuale (ad esempio: “avere rapporti anali”, “attacchi di panico”). Così, oltre notare la presenza significativa di un vocabolario medico nel discorso di non-medici, è anche importante distinguere le varie modalità di questa presenza: se il soggetto domestico è sempre più permeabile alla razionalità scientifica per l'espressione della sua esperienza quotidiana, non sembra disposto a dividerne tutti i tipi di contenuti, come dimostrano i casi in cui il soggetto domestico riproduce esplicitamente le parole di un medico.

Oltre quella della nominazione, le domande analizzate presentano altre strategie per l'espressione dell'oggetto di sofferenza. Questi altri procedimenti possono compensare un'incapacità ad usare la sistematizzazione concettuale della razionalità scientifica. Si notano così tantissimi scarti espressivi rispetto a un modo convenzionale o “neutro” di rendere conto di una sua esperienza: l'approssimazione (ad esempio: “una specie di”, “una forma di anoressia.”, “strani pensieri.”, “un problema strano”), l'accentuazione (“sono ingrassata tantissimo”, “un dolore immenso”, “continue crisi”), l'iperbole (“dorme sempre”, “mai stata libera”) e l'uso di un linguaggio metaforico (“Sto morendo dentro, piano piano. Mi trovo in

una gabbia [...] soffoco!”, “come una mosca fastidiosa su una bella torta”). A gradi diversi, questi procedimenti costituiscono un modo domestico e accessibile per “semantizzare” l’esperienza patologica con medi diversi della concettualizzazione.

In questi casi, è l’oggetto di sofferenza stesso che focalizza l’espressione patemica. Nonostante, un’altra caratteristica particolare della richiesta domestica si nota nei casi in cui il conflitto patemico verte sulla relazione tra il soggetto e l’oggetto di sofferenza. Il nucleo semantico “soffrire”, neutralizzato come abbiamo visto nei casi in cui la carica semantica si concentra sul termine specializzato, si trova qua diviso in varie componenti patemiche : paura, inquietudine, incertezza, ricerca, abbandono, imbarazzo (ad esempio : “non ce la faccio più”, “Questa situazione mi imbarazza.”, “Ho tanta paura”, “sono perplessa”, “la cosa mi ha sconvolto.”, “non riesco a trovare”, “ho provato di tutto”). Come si vede, questi stati non sono specificamente correlati con lo stato malato, ma riflettano piuttosto la difficoltà del soggetto a posizionarsi rispetto alla sua sofferenza. Davanti alla sua assenza di competenze (tradotta qua dall’assenza di certezza terminologica), il richiedente pone al centro della sua richiesta i suoi sentimenti di paura, disturbo, angoscia. Quindi, alla correlazione basica *stato fisiologico diffettivo > sofferenza > richiesta al medico* si aggiunge quella tra *sentimento d’incompetenza > stato psicologico diffettivo > richiesta al medico*. Ci soffermeremo più avanti sulla “distribuzione di competenze” che determina questo schema, quando parleremo delle modalità di enunciazione.

Narrazione e diffettività

Prima di analizzare l’enunciazione, dobbiamo al meno sbizzare i tratti principali di un’altra risorsa quasi sempre usata nelle richieste : l’iscrizione in un programma narrativo. Anche questo sembra essere un modo quasi spontaneo e familiare di parlare di sé e, perciò, un mezzo efficace per risolvere l’incapacità a dominare il sistema terminologico medico usando una forma espressiva *processuale*, e non *concettuale* : anche in qualche linea, si racconta quasi sempre qualcosa, la storia della malattia. Ovviamente, visto basicamente, questo programma si stabilisce tra *sofferenza* e *benessere*, ma si possono identificare vari posizionamenti del soggetto sul suo filo narrativo, che corrispondono a un tipo di domanda particolare. Ne elenchiamo quattro, dalla portata più generale alla più precisa :

1. Il soggetto non sa neanche se ha iniziato il programma narrativo della patologia : richiede l’autenticazione (o la falsificazione) di un’unità patologica.

2. Il soggetto parla dei suoi sintomi, ma non riesce a semantizzare l'unità patologica che lo concerne : richiede una delimitazione rispetto ad altre unità patologiche.
3. Il soggetto ha una malattia che può nominare : richiede una “grammaticalizzazione” di quest'unità patologica ; cioè una sua articolazione con unità di causa (“Perchè ho X?”), di conseguenza (“Cosa implica aver X?”) o di rimedio (“Cosa posso fare per non aver più X?”).
4. Il soggetto ha già percorso un programma narrativo scientifico e chiede una “variazione grammaticale”, quasi sempre nell'unità del rimedio (“Ho X, ho provato questi farmaci, cosa mi può suggerire d'altro?”).

Non possiamo entrare qua nei particolari di queste distinzioni ; l'importante è notare qua la costante diffezionalità del programma narrativo del soggetto di sofferenza, sia quando cerca a identificarsi come malato, sia quando cerca a nominare la malattia, sia quando cerca un rimedio, sia anche quando conosce già tutto della sua malattia e cerca un'alternativa terapeutica. Infatti, anche in quel caso, il processo viene interrotto su un malessere psicologico, una constatazione d'incompetenza. La domanda del soggetto domestico è quindi una domanda di riprendere un filo narrativo sul quale è ormai incapace di agire solo, sia per capire che per spiegare o cambiare il suo stato. Queste osservazioni sono confermate dai numerosi segni dell'aspettualizzazione temporale : il loro elenco ci fa notare la presenza sistematica di un *terminus a quo*, che ci porta fine a un “adesso”, però che non si chiude mai con un “alla fine”. La diffezionalità del programma narrativo del richiedente prende chiaramente la forma della duratività.

Enunciazione, modalizzazione e competenze

Questa aspettualizzazione durativa dipende strettamente dalle scelte enunciazionali del soggetto, fatte precisamente al punto d'interruzione del suo programma narrativo, nell'ultima sequenza testuale della sua domanda. Come vedremo, le caratteristiche enunciazionali devono a loro volta, essere vincolate col tipo di richiesta e anche con la sua struttura modale. In modo molto semplificato, distingueremo solo le due situazioni enunciazionali prototipiche : l'*embrayage* e il *débrayage*.

I casi in cui l'*embrayage* è il procedimento più evidenziato corrispondono a domande di portata molto ampia : autenticazione o delimitazione di un'unità patologica. Il discorso del richiedente si costruisce in torno alla sua propria esperienza, messa in scena in numerosi esempi concreti e situati sull'asse spazio-temporale. Si verifica in questi casi la caratteristica

durativa del programma narrativo patologico, in cui il soggetto non riesce a volte nemmeno a situarsi (il caso prototipico è quello della domanda “Sono normale?”). Logicamente, il regime modale di queste domande sarà quello del *dover fare* (o *poter fare*), espresso ovviamente in modo interrogativo (“Cosa devo/posso fare?”). Quello che viene richiesto dal soggetto non è nient’altro che un *oggetto* verso il quale tendere in un processo patologico-terapeutico. La scelta dell’*embrayage* e la mostrazione dell’esperienza idiosincratca sono, in qualche modo, dettate dalla necessità per il richiedente di presentarsi in quanto soggetto, preferibilmente soggetto di sofferenza.

I casi in cui il *débrayage* è il procedimento più evidenziato corrispondono a domande di portata più ristretta, in cui si chiedono precisioni su una malattia già identificata. In questi casi, il richiedente elimina al massimo i segni della sua posizione enunciativa “domestica” e tende al contrario a proporre, in modo completamente impersonale, un discorso scientifico già prodotto (ad esempio : “mi è stato diagnosticato”, “alcune scoperte recenti hanno”, “è emerso che ho”, “hanno scoperto che ho”, “i medici dicono che è un problema nervoso”). Queste formulazioni dimostrano un riconoscimento dell’istanziamento *istituzionale* della disciplina medica, presentata come un sapere che sembra necessariamente *meta*-individuale. Tuttavia, questo *débrayage* enunciazionale nella presentazione preliminare della malattia si combina spesso con un *embrayage* nella formulazione stessa della richiesta, in cui troviamo l’ausiliario *volere* alla prima persona del condizionale (*vorrei*), al posto di un *cosa devo?* o *cosa posso?* Così, dopo aver oggettivato la sua malattia ed averla sistemata in un programma narrativo che lo include come soggetto, il richiedente enuncia un *voler fare* che implica ulteriori competenze mediche.

Questi due tipi di strutture enunciazionali, così come i loro correlati modali, ci indicano anche due tipi di rapporti di competenze tra paziente e medico. Nel primo, quello storicamente più convenzionale, il paziente-Soggetto si rivolge a un medico-Destinante, competente nella determinazione del suo oggetto (sia patologico che terapeutico). Nel secondo caso, il paziente-Soggetto cerca ad appropriarsi le competenze mediche per avanzare nel suo programma narrativo : il medico sarà un Aiutante, anziché un Destinante.

La risposta medica : alcune caratteristiche

Enunciazione

Le risposte mediche del nostro corpus sono molto più omogenee delle domande. Mentre abbiamo notato almeno due strutture enunciazionali possibili per le richieste, le risposte adottano quasi tutte la stessa strategia stereotipica. Così, il discorso medico inizia con un *débrayage* completo, che situa il caso individuale esposto nella richiesta al livello generalizzato del *patologico-terapeutico*. Questa generalizzazione, che fa completamente sparire il *soggetto di sofferenza* in quanto tale, è anche una culturalizzazione, cioè un modo di inserire l'esperienza di sofferenza — anomala per il soggetto domestico — nel quadro normale di una cultura collettiva. A questo primo movimento corrisponde un secondo, in senso contrario : dopo aver esposto “per tutti” lo schema (cause, sintomi, conseguenze, rimedi) della malattia di cui si parla, l'enunciatore-medico opera un *embrayage* sulla situazione-problema individuale per operare sfumature su quello che ha detto prima.

Narrazione e diffettività

Tuttavia, pur in questa fase di *embrayage*, la risposta medica manifesta una certa sfasatura rispetto alle caratteristiche evidenziate per la richiesta domestica. Infatti, per due ragioni almeno, si può dire che non elimina la diffettività del programma narrativo.

La prima ragione è semplicemente che non adotta un regime narrativo, ma didattico. Invece di continuare il processo presentato dal richiedente, estrae gli elementi presenti per risituarli in un sistema astratto. Infatti, il medico non fa spesso altro che tradurre, riformulare, l'esperienza di sofferenza nei termini sistematizzati di un'enciclopedia di sapere, o di un albero di possibilità. Ad esempio :

L'autoerotismo può essere praticato sempre, anche se forse è più frequente quando non si ha una partner [...] Può essere presente, però, anche quando si hanno rapporti sessuali regolari [...] Si parla di problematicità quando viene avvertita come un obbligo tale che si diventa incapace di rimandare il desiderio oppure quando rappresenta l'unico modo per provare piacere [...] La sua storia fa più pensare a un'esigenza transitoria legata a uno stato di solitudine.

D'altra parte, anche quando il medico cerca di colmare la richiesta di senso del soggetto domestico, non può fare altro che rinviarlo a una vera visita da uno specialista. Questa è la seconda ragione che spiega la diffettività sistematica di questo tipo di programma narrativo

patologico-terapeutico. Si potrebbe dire che alla *duratività* del programma domestico risponde, al meglio, l'*incoattività* del programma medico.

Attorializzazione

Dato questo, è interessante chiedersi che tipo di istanziazione assume l'enunciatore medico, visto che non si conforma allo schema narrativo proposto dalla richiesta domestica e in cui, come abbiamo visto, si trova in posizione o di Destinante, o di Aiutante. Un elemento di risposta ci viene dato dal fatto che non c'è una vera interazione tra i due protagonisti dello scambio: infatti, non è prevista la possibilità di risposta del richiedente dopo la risposta del medico. Ritroviamo qua l'idea d'*istanziamento istituzionale* di cui abbiamo già parlato in precedenza. Anche se, tramite la finzione epistolare, si ricreano artificialmente le condizioni di un rapporto intersoggettivo, il vero rispondente non è tanto il medico che l'istituzione di sapere che rappresenta. Per definizione, quest'ultima non consente modificarsi per mezzo di un rapporto con un individuo, ma solo svelarsi parzialmente senza entrare nella dinamica modale dello schema narrativo.

Conclusioni

Per concludere, cercherò di riassumere due problematiche apparse nel corso di queste analisi, ralleghando così i diversi fili interpretativi tirati durante il commento precedente.

La prima osservazione, d'ordine *a priori* strettamente semiotico, riguarda l'opposizione tradizionale *salute/malattia* e la sua problematizzazione nel mio corpus. Infatti, ho quasi automaticamente usato l'opposizione *sofferenza/benessere*, anziché *salute/malattia*, durante il mio commento. Come abbiamo già visto, molte richieste presentavano il racconto di una, o varie, micro-esperienze, senza carattere patologico evidente, ma vissute come sofferenze (sia psicologiche che somatiche) per l'individuo. Ovviamente, ho notato vari casi in cui si trattava esplicitamente di una *malattia*, identificata come tale. Ma anche in questi casi, come l'ho già sottolineato, non era proprio lo stato di *salute* l'oggettivo del richiedente. Quest'ultimo cercava piuttosto a migliorare il suo stato psico-somatico, senza fare apparire nel suo discorso una qualsiasi preoccupazione per fissare una soglia superiore.

Così, l'ordine dei termini dell'opposizione (*sofferenza/benessere*) ha anche, secondo me, la sua importanza. Primo, visto che lo stato di *malattia* non si può applicare a tutti i casi, e visto che la soglia *salute* viene eliminata (come punto d'arrivo, e quindi, *a fortiori*, anche come punto di partenza), rimane uno stato che potremmo chiamare di *tensione verso il benessere*.

D'altra parte, abbiamo mostrato come questo stato di *tensione verso* era appunto espresso come una sofferenza. Chiamiamola *sofferenza cognitiva* — per distinguerla di quella psicosomatica —, questa paura, angoscia, incertezza sembra procedere da un sentimento d'incompetenza del soggetto domestico rispetto al suo proprio corpo. Così, quest'opposizione *sofferenza/benessere* non esprime solo una modificazione dei valori dell'enciclopedia domestica, ma determina anche un'atteggiamento più partecipativo per quanto riguarda il soggetto domestico.

Queste osservazioni ci conducono alla seconda problematica con la quale vorrei concludere : quella della destabilizzazione del rapporto *medico/paziente* e del ruolo dell'istanza mediatica in questo processo.

Per una facilità di presentazione, avevamo distinto due sfere sociosemiotiche : una *domestica* e una *medica* (o *scientifica*). Infatti, questa distinzione ci ha servito a mostrare appunto la tendenza all'interpenetrazione di queste sfere, o, in una certa misura, la tendenza della prima (la *domestica*) ad appropriarsi i codici e competenze della seconda (la *medica*) nella gestione dello stato psico-somatico. Dico "in una certa misura" perché, ovviamente, questo movimento non è generalizzato e incontra varie resistenze. Da una parte, il soggetto domestico non è sempre disposto a integrare la razionalità medica e può mantenere una certa distanza rispetto alla diagnosi specialistica. Si devono quindi distinguere vari gradi nell'appropriazione del sapere medico ; discipline come la ginecologia o la psicologia sono più presenti nel discorso domestico che la medicina interna o la chirurgia ortopedica. D'altra parte, la resistenza proviene anche e soprattutto dal rispondente medico, che non adotta i quadri della razionalità domestica e interrompe la logica processuale della richiesta esponendo l'enciclopedia di sapere che giustifica la sua superiorità sociale. Tutto questo ci induce a dire che la relazione paziente-medico non risponde più a uno schema canonico, ma si diversifica secondo le situazioni.

Nei discorsi, queste tensioni appaiono soprattutto tramite la configurazione attoriale. Infatti, anche se la finzione epistolare tende a riprodurre un rapporto d'individuo a individuo, le domande e risposte analizzate dimostrano una quasi-disparizione dell'essere singolo. Nel caso del richiedente, oppure il paziente si fonde nell'anonimato della parola sociale, oppure si parcellizza in una o varie micro-esperienze problematiche ; nel caso del rispondente, oppure il medico si attorializza in uno o vari specialisti, oppure si assimila nell'istituzione di sapere condivisa dall'insieme del corpo medico. Così, liberato dai codici dell'interazione inter-individuale, il discorso sulla salute amplia il proprio campo di circolazione.

Questa estensione implica anche una certa forma di mediazione, o di (ri)codificazione. Ovviamente, l'inquadramento giornalistico è proprio specifico al mio corpus. Tuttavia, le conclusioni di quest'analisi possono forse chiarire anche l'economia generale del discorso sulla salute oggi. Infatti, il media giornalistico — in questo caso la rivista di salute — dimostra una grande efficacia nel organizzare le frontiere tra il *dicibile* e il *non dicibile*. Così, al lato degli intitolati “Neurologia” o “Dermatologia”, troviamo una serie di domande sotto la voce “Il tuo lato oscuro”: l'*intimo* o l'*inconfessabile* sono così stabiliti come categorie pertinenti per classificare il discorso sulla salute. Il rapporto privilegiato, di confidenza, che caratterizzava la relazione paziente-medico, viene così recuperato dall'istanza mediatica, che ovviamente ne tira puro beneficio: senza nessuna competenza che la giustifichi, la funzione di confidenza è diventata anche un'attribuzione del media giornalistico.

Infatti, da una preoccupazione privata, formulata da una parola individuale, la *salute* (o *sofferenza*, o *benessere*) sembra diventata una preoccupazione pubblica, che solo può essere espressa collettivamente. Oltre il soggetto di sofferenza e l'istituzione medica, si inserisce quindi un terzo attante: l'opinione pubblica, rappresentata nel nostro caso dalla comunità dei lettori della rivista. Davanti a questa destabilizzazione del rapporto medico-paziente, l'istanza mediatica sembra così la più codificata, la più codificante, ovvero: la più potente istituzionalmente.