

# Stigma e malattia: dall'identità screditata alla dignità ritrovata attraverso forme di riconoscimento simbolico e sociale

Linda Lombi e Martina Pili

	<h2>Narrare i gruppi</h2> <p><i>Etnografia dell'interazione quotidiana, prospettive cliniche e sociali, design</i> - vol. 20, n° 2, dicembre 2025</p> <p>ISSN: 2281-8960</p>
---	--

Rivista semestrale pubblicata on-line dal 2006 - website: [www.narrareigruppi.it](http://www.narrareigruppi.it)

Titolo completo dell'articolo	
<b>Stigma e malattia: dall'identità screditata alla dignità ritrovata attraverso forme di riconoscimento simbolico e sociale</b>	
Autore	Ente di appartenenza
<b>Linda Lombi</b>	<i>Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano</i>
<b>Martina Pili</b>	<i>Ricercatrice indipendente</i>
Pagine 221-242	Publicato on-line il 29 dicembre 2025
Cita così l'articolo	
<b>Lombi, L., Pili, M.</b> (2025). Stigma e malattia: dall'identità screditata alla dignità ritrovata attraverso forme di riconoscimento simbolico e sociale. In <i>Narrare i Gruppi</i> , vol. 20, n° 2, dicembre 2025, pp. 221-242 - website: <a href="http://www.narrareigruppi.it">www.narrareigruppi.it</a>	

#### IMPORTANTE PER IL MESSAGGIO CHE CONTIENE.

Questo articolo può essere utilizzato solo per la ricerca, l'insegnamento e lo studio privato. Qualsiasi riproduzione sostanziale o sistematica, o la distribuzione a pagamento, in qualsiasi forma, è espressamente vietata. L'editore non è responsabile per qualsiasi perdita, pretese, procedure, richiesta di costi o danni derivante da qualsiasi causa, direttamente o indirettamente in relazione all'uso di questo materiale.

## *gruppi nel sociale*

### **Stigma e malattia: dall'identità screditata alla dignità ritrovata attraverso forme di riconoscimento simbolico e sociale**

Linda Lombi e Martina Pili

#### *Abstract*

Lo stigma associato alla malattia si configura come un dispositivo simbolico e culturale che incide in profondità sulle traiettorie biografiche dei malati, sulle relazioni sociali e sui percorsi di cura. Muovendo dai classici della sociologia e dell'antropologia medica fino agli approcci più contemporanei, l'articolo mostra come lo stigma debba essere inteso non come residuo culturale, ma come un determinante sociale della salute, in grado di riprodurre disuguaglianze e vulnerabilità. Attraverso l'analisi di diverse condizioni patologiche stigmatizzate, si evidenzia il nesso tra rappresentazioni culturali, rapporti di potere e marginalizzazione istituzionale. Nelle conclusioni vengono discusse alcune linee di decostruzione dello stigma in ambito sanitario: la riformulazione dei registri discorsivi sulla malattia, la valorizzazione delle narrazioni biografiche delle persone malate e dei loro caregiver, nonché una concezione relazionale e collettiva della cura. In questa prospettiva, lo stigma può trasformarsi da meccanismo di esclusione a leva per ripensare, in chiave inclusiva, il rapporto tra società, malattia e cura.

*Parole chiave:* stigma; vergogna; malattia come costruzione sociale; sick role; etica della cura

#### ***Stigma and Illness:***

*From Discredited Identity to Rediscovered Dignity Through  
Forms of Symbolic and Social Recognition*

#### *Abstract*

Illness-associated stigma is a symbolic and cultural device that profoundly impacts patients' biographical trajectories, social relationships, and treatment pathways. Drawing on classics of sociology and medical anthropology to more contemporary approaches, the article demonstrates how stigma should be understood not as a cultural residue, but as a social determinant of health, capable of reproducing

inequalities and vulnerabilities. Through the analysis of various stigmatized pathological conditions, the connection between cultural representations, power relations, and institutional marginalization is highlighted. The conclusions discuss several avenues for deconstructing stigma in the healthcare setting: the reformulation of discursive registers surrounding illness, the valorization of the biographical narratives of patients and their caregivers, and a relational and collective conception of care. From this perspective, stigma can transform from a mechanism of exclusion into a lever for rethinking, in an inclusive manner, the relationship between society, illness, and care.

*Keywords:* stigma; shame; illness as a social construct; sick role; ethics of care

## 1. Introduzione

È ormai ampiamente riconosciuto, grazie a una consolidata tradizione socio-antropologica, che nell'affrontare il tema della malattia è importante cogliere le dimensioni culturali e sociali del vissuto esperienziale, superando la visione riduttiva dell'approccio biomedico e scienziato che, per lungo tempo, ha interpretato la patologia unicamente come fatto biologico. Ammalarsi, infatti, non equivale soltanto a sperimentare un'alterazione fisiologica o un guasto organico, ma significa essere iscritti in una trama di sguardi, giudizi e narrazioni che conferiscono al corpo sofferente un preciso valore sociale.

È in questo intreccio tra dato biologico e costruzione simbolico-sociale che si radica l'interesse socio-antropologico: comprendere come la malattia, lungi dall'essere un evento 'naturale' e neutro, si configuri come un'esperienza socialmente situata, in cui lo stigma agisce come dispositivo di potenziamento della sofferenza, alimentando dinamiche di esclusione e disuguaglianza.

Mediante un confronto critico che faccia dialogare i contributi teorici consolidati con la letteratura più contemporanea, il presente contributo si propone di indagare le radici storiche e concettuali dello stigma legato alla malattia, analizzandone i meccanismi di produzione e riproduzione all'interno delle relazioni sociali e delle configurazioni di potere, per poi esaminare le strategie culturali e gli strumenti istituzionali volti alla sua decostruzione e al suo superamento.

## 2. *Malattia come costruzione sociale*

L'idea di malattia come costruzione sociale costituisce un nodo teorico centrale nelle riflessioni sociologiche e antropologiche sulla salute che hanno contribuito a dar conto di come l'esperienza di ammalarsi e i significati attribuiti alla malattia emergano sempre all'interno di specifici contesti storici e culturali. Richiamando il lavoro pionieristico di Berger e Luckmann (1966), che ha posto le basi per una teoria generale della costruzione sociale della realtà, numerosi autori hanno applicato questo framework teorico allo studio della salute e della malattia, mostrando il ruolo agito dalle pratiche discorsive nel modellare le rappresentazioni sociali che ruotano attorno a specifiche patologie.

Sotto la lente del costruzionismo sociale, ciò che viene definito 'malattia' non è mai un'entità naturale autoevidente, bensì il risultato di processi di categorizzazione e legittimazione che riflettono valori culturali, assetti di potere e interessi sociali. Importanti contributi in questa direzione provengono da Parsons (1951), che per primo, con il concetto di *sick role*, ha messo in luce la dimensione normativa e relazionale dell'essere malati; da Foucault (1963), che ha mostrato l'intreccio tra sapere medico e dispositivi di controllo sociale; e, infine, dall'antropologia medica di Kleinman (1980), che ha evidenziato come l'esperienza della malattia non sia mai neutra, ma venga costantemente interpretata attraverso sistemi simbolici e schemi culturali in grado di orientare sia il vissuto individuale sia le pratiche di cura. Alla luce di questa prospettiva, gli studi di Kleinman (1980) hanno mostrato come la malattia sia una costruzione culturale, intesa come esperienza psico-sociale che attiva processi complessi di natura psicosomatica, i quali influenzano non solo l'andamento clinico, ma anche le possibilità di guarigione e la stessa percezione soggettiva della sofferenza.

Tra i contributi teorici classici, si inserisce in questa cornice anche la triade *disease-illness-sickness*, un modello concettuale proposto originariamente da Twaddle (1974) per spiegare la multidimensionalità della malattia, e poi ripreso da molti sociologi ed antropologi della salute (Kleinman *et al.*, 1978; Young, 1982; Maturo, 2007; Corposanto, 2016). Con *disease* si fa riferimento alla malattia così come è definita all'interno del paradigma biomedico, ossia a una condizione che riguarda primariamente il corpo e che può essere

oggettivamente rilevata e classificata attraverso strumenti clinici e diagnostici. In questo senso, il *disease* costituisce prevalentemente l'oggetto della *cure*, intesa come intervento tecnico e terapeutico orientato al corpo e alla patologia. L'*illness*, invece, rimanda all'esperienza soggettiva della malattia, al modo in cui il paziente vive e interpreta il proprio stato di sofferenza, comprendendo dimensioni come il dolore, la debolezza, il senso di inadeguatezza o la paura. Infine, la *sickness* designa il livello sociale della malattia, ossia il modo in cui essa viene riconosciuta, rappresentata e trattata dalla collettività. Da questo punto di vista, *illness* e *sickness* rientrano maggiormente nella sfera della *care*, intesa come prendersi cura della persona nella sua completezza, riconoscendone i bisogni emotivi, relazionali e sociali, oltre che biologici.

Come ha sottolineato Maturo (2007), però, il concetto di *sickness*, così come elaborato da Twaddle, pur aiutandoci a capire come la malattia sia un fenomeno plasmato da dinamiche sociali, culturali e politiche, è tutt'altro che univoco e si presta ad essere ulteriormente articolato in due dimensioni distinte. Da un lato vi è ciò che egli definisce *sickness istituzionale*, ossia l'ingresso del soggetto nel *sick role* parsoniano, con le conseguenti trasformazioni del proprio ruolo sociale: l'assenza dal lavoro, la sospensione o limitazione delle attività quotidiane, la legittimazione a trascorrere più tempo nell'ambiente domestico, ma anche l'obbligo implicito a cercare le cure e a cooperare con il sistema medico. Dall'altro lato, Maturo introduce la categoria di *immaginario di sickness*, che rinvia alle rappresentazioni sociali della malattia: le concezioni diffuse nella popolazione o in gruppi specifici (subculture), nonché le immagini e narrazioni veicolate dai media circa una determinata patologia o evento interpretato come patologico. Per rendere questa dimensione più evidente, Maturo utilizza l'espressione *sickscape*, con cui designa l'insieme delle configurazioni simboliche, discorsive e culturali entro le quali la malattia acquista senso e viene socialmente interpretata.

È proprio a partire da questo *sickscape* che diventa possibile comprendere le dinamiche di stigmatizzazione. Infatti, le rappresentazioni sociali della malattia non si limitano a descriverla, ma contribuiscono a normarla, a valutarla e spesso a gerarchizzarla, collocando alcuni individui in posizioni di legittimità e altri in condizioni di marginalità. Detta altrimenti, lo stigma si radica nello scenario di malattia costruito socialmente: è in questo spazio simbolico che la sofferenza viene trasformata in deviazione, colpa o inadeguatezza,

gravando sul senso di sofferenza dei malati e riproducendo disuguaglianze e processi di esclusione. Nel prossimo paragrafo comprenderemo meglio il concetto di stigma e le sue diverse forme.

### 3. *Stigma e malattia: una prospettiva socio-antropologica*

In termini generali, lo stigma è un processo sociale e culturale, fondato su pregiudizi e stereotipi, che porta a svalutare, discriminare ed escludere individui o gruppi sulla base di una caratteristica percepita come deviante o indesiderabile. Applicato alle malattie, il concetto si traduce in un insieme di atteggiamenti e credenze negative rivolti verso persone affette da specifiche condizioni di salute.

Erving Goffman (1963) è stato tra gli studiosi delle scienze sociali che hanno maggiormente contribuito all'analisi dei processi di stigmatizzazione e delle dinamiche interazionali ad essi connesse. Nell'opera *'Stigma'* (1963), uno dei suoi lavori più celebri, il sociologo canadese ha definito lo stigma come un processo attraverso il quale determinati tratti – fisici, comportamentali o sociali – vengono percepiti come deviazioni rispetto alla norma, producendo così una disqualifica sociale dell'individuo o, con le parole dell'Autore, un'"identità screditata" (*spoiled identity*), ovvero una discrepanza tra l'identità sociale attesa e quella effettivamente attribuita a un individuo. L'originalità della sua analisi sta nell'aver mostrato come lo stigma non sia intrinseco a una condizione, ma venga piuttosto prodotto socialmente attraverso interazioni che trasformano una differenza in un'etichetta negativa. In questo senso, la sua riflessione dialoga con la *Labelling Theory* (Becker, 1963), secondo la quale la devianza non è una proprietà dell'atto o della condizione, ma il risultato di un processo di definizione sociale: è la società, attraverso i suoi meccanismi di etichettamento, a stabilire chi sia 'normale' e chi invece debba essere considerato 'deviante'. Questa prospettiva aiuta a comprendere come lo stigma sia meno il riflesso di una caratteristica individuale e più l'esito di dinamiche relazionali e istituzionali che attribuiscono, direttamente o indirettamente, significati negativi a determinate condizioni personali.

L'attribuzione dell'identità sociale è condizionata dal grado di visibilità dello stigma. Quando la caratteristica stigmatizzante risulta manifesta, l'individuo è considerato 'screditato'; al contrario, se la diversità può essere occultata

agli occhi altrui, la persona è 'screditabile'. La gestione di queste condizioni e delle relative identità dipende dal contesto e dal modo in cui lo stigma viene trattato da chi lo porta. A questo proposito, Goffman (1963) individua tre strategie fondamentali per sottrarsi alla sanzione sociale: il *passing* (fingersi normale), ossia lo sforzo di 'apparire normale' celando l'attributo stigmatizzante; il *covering* (copertura), vale a dire l'insieme di pratiche volte a minimizzare la rilevanza della caratteristica stigmatica; infine il *withdrawal* (ritiro), che consiste nell'isolarsi in ambienti popolati da persone che condividono lo stesso stigma o che ne hanno esperienza diretta, evitando così l'interazione con la società più ampia.

Un contributo imprescindibile alla concettualizzazione dello stigma è legato al lavoro di Link e Phelan (2001), che hanno cercato di superare definizioni vaghe o riduttivamente individualistiche, elaborando un quadro teorico capace di restituirne la complessità. Lo stigma, spiegano gli Autori, non è un attributo statico bensì un processo dinamico e multilivello, che prende forma attraverso una sequenza di operazioni sociali: l'*etichettamento*, che seleziona alcune differenze come rilevanti; la *stereotipizzazione*, che associa a tali differenze significati e qualità negative; la *separazione*, che istituisce una frattura tra un 'noi' e un 'loro'; e infine la *perdita di status e la discriminazione*, che traducono lo stigma in forme concrete di esclusione. Questo insieme di dinamiche diventa efficace e persistente quando si radica in rapporti di potere e asimmetrie strutturali tra gruppi che ne consentono la riproduzione. In tal senso, lo stigma non si riduce a un pregiudizio individuale, ma si consolida come processo storico, culturale e istituzionale (Parker & Aggleton, 2003; Stangl *et al.*, 2019).

Questa attenzione ai meccanismi di potere e alle ingiustizie strutturali è al centro anche del lavoro di Graham Scambler (2004; 2009), che distingue tra *enacted stigma* – le esperienze concrete di rifiuto e discriminazione – e *felt stigma* – la vergogna, la paura e l'interiorizzazione di rappresentazioni negative. Entrambe le dimensioni concorrono a produrre esclusione e vulnerabilità, ma la loro forza risiede soprattutto nel quadro di disuguaglianze e di rapporti di potere entro cui si collocano.

L'approccio della *structural violence* (Galtung, 1969; Farmer *et al.*, 2006) permette di estendere ulteriormente lo sguardo, collocando lo stigma entro un quadro di ingiustizie sistemiche. Con questa espressione si designano assetti

sociali ed economici che, radicati nelle istituzioni e nei rapporti di potere, espongono individui e popolazioni a rischi evitabili di sofferenza e danno. Sono 'strutturali' perché incorporati nell'organizzazione politica ed economica della società, e 'violenti' perché generano vulnerabilità e lesioni.

Applicando queste riflessioni al tema che qui ci interessa – lo stigma che colpisce le persone che convivono con una malattia – emergono con evidenza alcune implicazioni.

È ormai difatti chiaro che lo stigma produce effetti negativi sul benessere psicologico e fisico, sullo status sociale e, più in generale, sugli esiti di salute (Goffman, 1963; Hatzenbuehler, *et al.*, 2013; Scambler 2009; Weiss *et al.*, 2006; World Health Organization 2006). Le sue conseguenze sono molteplici e disposte su più livelli. Sul piano soggettivo, il carico di sofferenza risulta amplificato: chi è oggetto di stigmatizzazione non soffre soltanto per il danno biologico (*disease*), ma anche per l'esperienza soggettiva della malattia (*illness*) e per le implicazioni legate ad una sua specifica rappresentazione sociale (*sickness*). Inoltre, lo stigma si associa a sentimenti di vergogna e di inadeguatezza che compromettono l'autostima, alimentano strategie di occultamento e determinano ritardi nell'accesso alle cure (Stangl *et al.*, 2019). In letteratura è ampiamente documentato come lo stigma associato alla malattia costituisca un ostacolo rilevante alla compliance e all'aderenza ai trattamenti. Diversi studi evidenziano che i pazienti con malattie stigmatizzate, come quelle psicologiche o croniche, mostrano tassi di aderenza inferiori rispetto a quelli con malattie più comunemente accettate socialmente (Argentero *et al.*, 2010). Questo stigma non solo riduce la motivazione a seguire una terapia prescritta ma può anche compromettere la relazione tra il paziente e il professionista della salute, nutrendo un ciclo di disinformazione e sfiducia (Scardi *et al.*, 2016). A livello istituzionale, lo stigma si traduce in disuguaglianze sistemiche (Hatzenbuehler *et al.*, 2013), poiché alcune condizioni vengono ritenute più 'legittime' e quindi meritevoli di attenzione e risorse, mentre altre vengono svalutate o moralizzate (come nel caso dell'HIV, dell'obesità o delle dipendenze). In tal senso, lo stigma non rappresenta soltanto un ostacolo contingente, ma agisce come un vero e proprio determinante sociale di salute, un potente fattore di esclusione che, limitando l'accesso alle risorse e consolidando le disuguaglianze preesistenti, finisce per configurarsi come una vera e propria 'causa fondamentale' di malattia e di disparità sanitaria

(Link & Phelan, 1995; Hatzenbuehler *et al.*, 2013), contribuendo a produrre nuove forme di vulnerabilità e a ostacolare la piena realizzazione del diritto alla cura (Elliot *et al.*, 2019; Fothergill-Misbah, 2023).

Lo stigma legato alla malattia, difatti, non opera soltanto a livello simbolico e relazionale, ma produce effetti tangibili anche sul piano economico e politico. Le condizioni percepite come meno 'legittime' ricevono spesso minori risorse in termini di ricerca, prevenzione e servizi, contribuendo a consolidare disuguaglianze sanitarie. La storia dell'HIV/AIDS offre un esempio emblematico: per anni, l'associazione della malattia a condotte considerate moralmente inappropriate e 'devianti' ha rallentato gli investimenti pubblici e privati nella ricerca e nell'assistenza, con conseguenze drammatiche sugli esiti di salute (Mahajan *et al.*, 2008). Lo stigma agisce così come un elemento che orienta le priorità sanitarie e determina una gerarchia tra chi sia considerato più o meno degno di cura, trasformandosi in un meccanismo istituzionalizzato di disuguaglianza.

La persistenza dello stigma si comprende, in questa prospettiva, proprio alla luce della sua capacità di incarnarsi in barriere concrete e di tradursi in ostacoli materiali che investono diversi ambiti della vita quotidiana: dall'accesso alle cure alla possibilità di integrazione sociale, dalle opportunità nel mercato del lavoro fino alle condizioni di riconoscimento e di sostegno che riguardano anche i caregiver, i quali si trovano spesso a condividere, seppur in forme diverse, l'esperienza della marginalizzazione (Fothergill-Misbah, 2023; Gaolao-lwe *et al.*, 2023). Lo stigma, difatti, non si circoscrive unicamente ai soggetti che esperiscono in prima persona una condizione di malattia o devianza, ma tende frequentemente a estendersi, in forma indiretta, anche ai loro familiari e alle persone a essi prossime.

È ancora Erving Goffman (1963) a offrire una chiave interpretativa imprescindibile di tale fenomeno, introducendo la nozione di *courtesy stigma* (stigma onorario o di riflesso). Con questa categoria concettuale egli designa il processo attraverso cui l'attributo stigmatizzante, lungi dal rimanere confinato all'individuo che ne è portatore, si proietta simbolicamente sul suo *entourage*, generando un trasferimento del discredito sociale. Ne deriva che anche i membri della famiglia o le figure affettive e di prossimità possano divenire destinatari di pratiche di discriminazione ed esclusione, sebbene non presentino essi stessi la caratteristica stigmatica. Forme di stigma riflesso, ad

esempio, sono state ampiamente documentate nei genitori di bambini con trisomia (Scavarda, 2020), familiari di persone con disturbi mentali (Yin *et al.*, 2020; Gaolaolwe *et al.*, 2023; Van Der Sanden, 2015) o demenza (Elliot *et al.*, 2019). Gli esiti di questi studi consentono di mettere in rilievo la natura eminentemente relazionale e diffusa dello stigma, che non opera come un marchio statico, ma come un dispositivo sociale capace di investire reti di relazione più ampie, consolidando processi di marginalizzazione e di isolamento collettivo.

Nel campo della salute e della malattia, le radici dello stigma vanno cercate nei linguaggi con cui le società raccontano la patologia. Le metafore, i miti collettivi, le immagini morali che circondano certe malattie non solo orientano la comprensione sociale del fenomeno, ma imprimono sul malato un marchio che lo accompagna ben oltre la sua condizione biologica. Come ci illustra Susan Sontag in due dei suoi più celebri lavori - *Illness as Metaphor* (1978) e *AIDS and its Metaphors* (1989) - da una prospettiva socioculturale le malattie non sono mai rappresentate in termini puramente clinici, ma vengono costantemente avvolte da un alone metaforico che ne orienta la comprensione sociale. Le metafore - suggerisce la Sontag - non soltanto distorcono la comprensione della malattia, ma si trasferiscono sulla persona malata, trasformando la condizione clinica in un'etichetta morale. Conseguentemente, le metafore non si limitano a descrivere la malattia, ma plasmano giudizi morali, stabiliscono gerarchie di legittimità e determinano chi sia degno di cura e chi, al contrario, venga relegato alla colpa e all'esclusione. Detta altrimenti, la metafora non è un semplice costrutto linguistico: essa agisce come un dispositivo culturale che carica la malattia di valori morali, producendo un surplus di significato che eccede l'alterazione biologica. Nel caso del cancro, il lessico dominante è frequentemente di matrice bellica: si parla di 'lotta contro il tumore', 'combattere la malattia', 'armi terapeutiche' sempre più potenti, 'vittoria' o 'sconfitta' di fronte al decorso della patologia. Nel caso dell'AIDS, il discorso pubblico tende frequentemente a evocare l'immagine della malattia come punizione per comportamenti percepiti come devianti. A tal proposito, basti riflettere sul nome con cui inizialmente veniva indicata questa malattia: *GRID – Gay-Related Immune Deficiency* ('deficit immunitario correlato agli uomini gay'), utilizzato soprattutto dai media e dai medici statunitensi, quando si credeva ancora che la malattia colpisse esclusivamente

gli omosessuali, i quali venivano considerati anormali, moralmente sospetti ma, soprattutto, responsabili della loro condizione patologica

È proprio a partire da questa attribuzione morale che si comprende l'intreccio tra colpa e vergogna, due logiche che attraversano in profondità i processi di stigmatizzazione e che ne spiegano la capacità di marginalizzare tanto i malati quanto i loro familiari.

Un contributo interessante su questo tema è offerto dal lavoro di Alice Scavarda (2024), che si focalizza sul complesso vergogna-colpa (*shame-blame complex*). Tradizionalmente, spiega la studiosa, la letteratura sociologica distingue tra stigma (logica della vergogna, condizione ascritta) e devianza (logica della colpa, condizione acquisita e responsabilizzata) (Scambler, Paoli 2008). Scavarda mostra invece come, nella società contemporanea, queste due logiche non siano più separate, ma talvolta si intreccino, producendo un doppio vincolo che spinge famiglie e individui verso forme di marginalizzazione strutturale. È quanto accade, ad esempio, a molti genitori di figli con disabilità cognitive, quali la sindrome di Down, i disturbi dello spettro autistico, la paralisi cerebrale o altre disabilità intellettive dovute a fattori genetici o complicazioni perinatali. Lo studio qualitativo condotto da Scavarda (2024) su genitori di bambini con deficit cognitivi ha mostrato come questi ultimi vivano un vero e proprio intreccio di vergogna e colpa. L'indagine, basata su interviste in profondità, ha evidenziato che la vergogna deriva dall'essere costantemente esposti allo sguardo sociale, che interpreta la diversità del figlio come segno di anomalia o deviazione dalla norma; la colpa, invece, si radica nella percezione — spesso interiorizzata — di essere ritenuti responsabili della condizione del bambino, attraverso spiegazioni che richiamano l'ereditarietà, l'inadeguatezza genitoriale o il fallimento educativo. Nel caso della trisomia, ad esempio, emerge il tema della colpa riproduttiva (*reproductive fault*), ossia la colpevolizzazione dei genitori, soprattutto delle madri, accusati implicitamente di non aver fatto abbastanza per prevenire la nascita di un figlio con sindrome di Down. In un'epoca di medicina predittiva e di screening prenatali, il non essersi sottoposti a esami come il Triple Test o l'amniocentesi viene interpretato come una scelta irresponsabile e i genitori vengono così trasformati in 'cattivi cittadini', incapaci di gestire il rischio e di compiere scelte riproduttive 'responsabili'. L'effetto congiunto è un discorso che naturalizza la colpa dei genitori all'interno di un modello neoliberale di

genitorialità intensiva, che incrocia l'ideologia abilista ed enfatizza responsabilità individuale e controllo del rischio (Thomas, 2020). Ciò porta molte famiglie a isolarsi e a limitare la propria partecipazione sociale, rinforzando così i processi di esclusione che lo stigma stesso produce. Il *shame-blame complex* diventa così una lente potente per comprendere come le società contemporanee gestiscano non solo la disabilità, ma anche molte malattie croniche stigmatizzate (HIV, obesità, diabete, disturbi mentali).

#### 4. Malattie stigmatizzate tra perdita di status, marginalizzazione e giudizio morale

Alcune malattie sono più esposte allo stigma. Ad esempio, le malattie mentali rappresentano, da un punto di vista storico e culturale, tra le condizioni più intensamente stigmatizzate. A differenza delle malattie somatiche, esse non sempre presentano sintomi immediatamente visibili o facilmente riconducibili a un danno organico: l'"invisibilità" del disturbo, combinata con manifestazioni comportamentali percepite come devianti o incomprensibili, ha reso a lungo la follia oggetto di paure collettive, stereotipi morali e processi di esclusione.

Lo stigma psichiatrico si manifesta non solo attraverso etichette denigratorie e discriminazioni dirette (si pensi all'uso di metafore negative, come il 'mostro dentro' o la 'follia oscura', che rafforzano il senso di paura e di separazione tra sani e malati), ma anche attraverso credenze culturali e interpretazioni che associano la malattia mentale alla pericolosità, all'irrazionalità o a cause soprannaturali. In Etiopia, ad esempio, uno studio ha mostrato che gran parte della popolazione attribuisce i disturbi psichici a stregoneria o punizione divina, con conseguente isolamento dei malati e delle loro famiglie (Reta *et al.*, 2016). Analogamente, in Botswana, ricerche qualitative hanno rivelato come i familiari di persone con disturbo mentale siano vittime di *courtesy stigma*, subendo derisione pubblica, esclusione da eventi comunitari e persino discriminazioni sul lavoro (Gaolaolwe *et al.*, 2023). Un altro studio, sempre in Botswana, ha documentato la diffusione di espressioni stigmatizzanti come 'mad' o 'fool' (matto o pazzo), che contribuiscono a rafforzare la marginalizzazione sociale dei malati e dei loro parenti (Becker *et al.*, 2019). Una revisione sistematica condotta da Yin e colleghi (2020) ha inoltre confermato

come lo stigma colpisca duramente i familiari delle persone affette da gravi disturbi mentali, generando vergogna, isolamento e ridotte opportunità economiche. In tutti questi casi, lo stigma non è un fenomeno esclusivamente interpersonale, come abbiamo già avuto modo di anticipare brevemente, ma riflette e riproduce rapporti di potere e disuguaglianze sociali: esso contribuisce a escludere i malati e le loro famiglie dal pieno esercizio dei diritti di cittadinanza, configurandosi come un determinante sociale che aggrava ulteriormente la sofferenza e il carico di malattia.

Tra le patologie più fortemente oggetto di stigma, una menzione va fatta certamente alle cosiddette malattie moralizzate, ovvero quelle condizioni che vengono viste come conseguenza diretta di stili di vita ‘scorretti’ o di scelte personali. È il caso dell’obesità, delle dipendenze da sostanze, delle malattie respiratorie legate al fumo o dell’HIV/AIDS, frequentemente interpretate in termini di colpa individuale piuttosto che come esiti di fattori sociali e strutturali. La letteratura mostra come tali malattie vengano associate a giudizi morali che rafforzano lo stigma, trasformando il paziente in un soggetto ritenuto responsabile della propria condizione (Elliot *et al.*, 2019). Studi recenti confermano che l’HIV continua a essere letto, in diversi contesti, come la punizione per condotte deviate, alimentando paure collettive e discriminazione (Becker *et al.*, 2019; Reta *et al.*, 2016). Allo stesso modo, l’obesità è spesso stigmatizzata come segno di mancanza di autocontrollo, con effetti negativi sull’accesso alle cure e sulla salute mentale dei pazienti (Addison *et al.*, 2025). Anche il diabete di tipo 2, legato a stili di vita e abitudini alimentari, risente di un forte stigma che aggrava il carico della malattia e ritarda la richiesta di assistenza (Tanaka *et al.*, 2022). In tutti questi casi, la malattia non è solo un fatto biologico, ma viene inscritta in cornici morali che attribuiscono colpa e responsabilità, ovvero rafforzano il ‘complesso di *shame-blame*’ di cui abbiamo parlato nel paragrafo precedente, alimentando forme di marginalità e disuguaglianze sanitarie.

Anche determinate malattie croniche-degenerative sono più stigmatizzate di altre. La malattia di Parkinson è una delle condizioni croniche più soggette a stigmatizzazione, non soltanto per la visibilità dei suoi sintomi motori, ma anche per la complessità dei cosiddetti ‘sintomi sociali’. Difficoltà come l’ipomimia (ridotta espressività facciale) e la disartria (alterazioni del linguaggio) compromettono la comunicazione e l’espressione emotiva, generando

frequenti incomprensioni nelle interazioni quotidiane e favorendo dinamiche di isolamento (Prenger *et al.*, 2020; Johansson *et al.*, 2019; Maffoni *et al.*, 2017). Tale ritiro può innescare un circolo vizioso in cui la mancanza di coinvolgimento sociale amplifica il senso di stigma e accresce la solitudine, come sottolineato da Soundy *et al.*, (2014) e Soleimani *et al.*, (2014). A ciò si aggiunge il peso dei sintomi psicosociali – depressione, ansia, vulnerabilità emotiva – che non solo sono comuni tra le persone con Parkinson, ma contribuiscono a intensificare lo stigma e a complicare ulteriormente le relazioni sociali (Saha, 2013; Haahr *et al.*, 2010). Come osservato da Fothergill-Misbah (2023), lo stigma si manifesta in maniera profondamente relazionale: i pazienti riferiscono di sentirsi osservati, giudicati o infantilizzati, e spesso esclusi dalla vita comunitaria a causa dell'interpretazione svalorizzante dei sintomi da parte degli altri. Questa condizione non si limita al livello individuale, ma si estende anche a quello istituzionale, traducendosi in difficoltà di accesso ai servizi, diagnosi tardive e scarsità di risorse di supporto. La malattia di Parkinson diventa così un caso paradigmatico per comprendere come lo stigma agisca contemporaneamente come marchio simbolico – inscrivendo il corpo malato in uno scenario culturale svalorizzante – e come meccanismo strutturale che riproduce disuguaglianze e vulnerabilità sociali.

Anche la demenza è oggi riconosciuta come una delle condizioni maggiormente soggette a stigmatizzazione, caratterizzata da un intreccio complesso tra declino cognitivo, alterazioni comportamentali e perdita della persona come soggetto riconoscibile nella comunità. L'Alzheimer è spesso descritto con metafore come 'l'oblio che divora la mente', 'la morte in vita', 'il vuoto mentale', le quali rafforzano lo stigma e la percezione della malattia come una condizione in cui il malato diventa 'non più sé stesso'. Le forme iniziali del disturbo - declino della memoria, disorientamento, difficoltà nelle attività quotidiane - possono attivare, nel contesto sociale, immagini di una 'persona che non c'è più', privata della propria identità e capacità decisionale, che va incontro ad una progressiva perdita di valore sociale (Elliot *et al.*, 2019). Studi recenti mostrano come la demenza venga percepita come un simbolo di decadenza e morte sociale anticipata, più temuta e fraintesa delle malattie organiche visibili. La letteratura ha inoltre indagato come la demenza venga rappresentata nei media e nelle famiglie, dimostrando che spesso le persone con demenza vengono infantilizzate o escluse dalle decisioni che le

riguardano, alimentando un fenomeno che può essere descritto come ‘doppia perdita di status’: non solo il paziente perde il riconoscimento della propria *agency*, ma anche la sua famiglia può subire una forma di stigmatizzazione sociale (Leibing, Cohen, 2006). Difatti, anche i caregiver possono sperimentare vergogna, senso di impotenza e isolamento, diventando oggetto del già menzionato *courtesy stigma*. Le famiglie, in questi casi, si trovano spesso a ritirarsi dallo spazio pubblico, a limitare le interazioni sociali e ad evitare contatti con amici e vicini per timore di giudizio o di episodi imbarazzanti. La paura dello stigma ritarda l’accesso ai servizi specialistici e compromette l’efficacia delle strategie terapeutiche e di supporto, aggravando il carico della malattia (Tanaka *et al.*, 2022).

La demenza, insieme ad altre patologie menzionate brevemente in questo paragrafo, finisce così per configurarsi come un caso paradigmatico per comprendere come lo stigma operi su più livelli: come segno simbolico che declassa la malattia a perdita identitaria, come forma di marginalizzazione relazionale per pazienti e familiari e come meccanismo strutturale che limita l’accesso a cure, supporti e riconoscimento.

##### 5. Conclusioni: decostruire lo stigma, ricostruire la cura

Alla luce delle considerazioni fin qui sviluppate, dovrebbe essere ormai chiaro come, nel campo della cura, lo stigma non vada inteso come fenomeno marginale, bensì come dispositivo strutturale capace di configurare in profondità tanto l’esperienza soggettiva della malattia, sia nei pazienti che nei loro familiari, quanto le traiettorie sanitarie che ne derivano.

La storia mostra come alcune malattie abbiano perso, nel tempo, la loro connotazione stigmatizzante grazie ai progressi scientifici e alle campagne di sensibilizzazione (si pensi al caso dell’epilessia, un tempo letta come possessione demoniaca e oggi riconosciuta come condizione neurologica), a conferma che lo stigma può e deve essere contrastato.

Se, come abbiamo discusso, la sua azione si dispiega su più livelli – soggettivo e istituzionale – per ridurre l’impatto occorrono strategie culturali e politiche capaci di incidere su diversi ambiti.

In conclusione a questo contributo, ci limitiamo a menzionarne tre che riguardano: il linguaggio, le narrazioni e le pratiche di cura. Sul piano del linguaggio, è fondamentale richiamare quanto già discusso a proposito del ruolo delle

metafore e delle immagini morali. Come ha mostrato Sontag (1978; 1989), il ricorso a figure belliche o punitive non solo deforma la comprensione sociale della malattia, ma imprime sul malato (e spesso sui suoi familiari) un marchio morale che alimenta colpa e stigma. Contrastare lo stigma significa quindi, in primo luogo, adottare parole più neutre e rispettose, capaci di restituire la malattia alla sua dimensione umana senza caricarla di giudizi impliciti. In tal senso sostituire le metafore belliche (come ‘combattere la malattia’) con metafore di viaggio o di trasformazione, oppure impiegare espressioni che valorizzano l’agency del paziente (come ‘affrontare’ o ‘rielaborare’ la malattia) può permettere a un paziente oncologico di non percepirsi più come ‘vittima’ passiva della patologia, ma come protagonista di un percorso di crescita personale; così il marchio dello stigma può inaspettatamente trasformarsi in una leva di riconoscimento e in un’affermazione positiva dell’identità.

Un secondo fronte riguarda le narrazioni. L’esperienza della malattia è stata spesso ridotta a due cornici opposte – la vittimizzazione o l’eroizzazione del malato – che appiattiscono la complessità del vissuto. La sociologia e l’antropologia medica hanno mostrato, al contrario, come le storie biografiche possano diventare strumenti di resistenza allo stigma, offrendo nuove chiavi di senso (Kleinman, 1988; Frank, 1995). È in questa direzione che si colloca anche la medicina narrativa, che restituisce dignità e valore alle storie dei pazienti, rendendole parte integrante dei percorsi di cura (Charon, 2006). Contrastare le narrazioni negative significa dunque favorire spazi in cui i malati possano raccontarsi senza essere imprigionati né nell’immagine della vittima né in quella dell’eroe resiliente, ma riconosciuti nella pluralità dei loro vissuti. In tal senso, i social media e le tecnologie digitali possono assumere un ruolo importante, seppur ambivalente: da un lato, le piattaforme online possono amplificare stereotipi e narrazioni stigmatizzanti, favorendo la circolazione di discorsi denigratori e di fake news e rappresentando, talvolta, un vero e proprio moltiplicatore dello stigma. Dall’altro lato, però, il web si configura anche come spazio di resistenza: le comunità virtuali, i gruppi di supporto, i profili personali di influencer che condividono la propria esperienza di malattia, offrono nuove opportunità di auto-rappresentazione, riconoscimento reciproco e mobilitazione collettiva (Betton *et al.*, 2015; Willis *et al.*, 2023; Sannon *et al.*, 2019; Groenevelt *et al.*, 2023; Rizzo *et al.*, 2025). L’esperienza online, pertanto, può consentire di sottrarsi all’isolamento sociale, costruire reti di

solidarietà transnazionali e proporre narrazioni alternative a quelle dominanti. Una narrazione efficace contro lo stigma è quella in cui il paziente racconta la propria malattia non come una battaglia da vincere, ma come un'esperienza trasformativa che ridefinisce i legami, i valori e il senso del sé. In questi casi, l'identità 'screditata' di cui parla Goffman (1963) può essere risignificata come identità relazionale e consapevole, coerente con quanto descritto da Frank (1995) nei suoi 'narratori feriti' che trovano e co-costruiscono, nel racconto condiviso, una forma di riconoscimento e di dignità capace di generare connessioni significative e responsabilità reciproche.

Infine, contrastare lo stigma richiede di ripensare la cura in una prospettiva sociale. Come messo in evidenza dagli studi sull'etica di cura (Tronto, 1993) e sulle pratiche di cura (Mol, 2008), la cura non è solo un atto tecnico o un compito individuale, ma un fenomeno relazionale e comunitario. Promuovere una visione sociale della cura significa riconoscerne il valore collettivo, sostenere concretamente le famiglie attraverso politiche pubbliche e servizi adeguati, e costruire un immaginario culturale che la consideri un bene comune. Se, come si è cercato di dimostrare, lo stigma è un dispositivo sociale e strutturale, la sua riduzione non può essere infatti affidata unicamente a iniziative individuali, ma richiede interventi istituzionali capaci di incidere sulle norme e sugli immaginari collettivi. Campagne di sensibilizzazione e programmi educativi nelle scuole e nei media, ad esempio, possono rappresentare strategie efficaci per ridurre la stigmatizzazione in diversi contesti. Le politiche pubbliche si configurano dunque come strumenti indispensabili per contrastare lo stigma non solo sul piano culturale, ma anche su quello materiale, ampliando l'accesso a risorse e servizi più equo e inclusivo. Nell'ambito delle pratiche di cura collettiva, si pensi ai laboratori di scrittura autobiografica promossi in contesti di malattia cronica o degenerativa, dove pazienti e caregiver condividono narrazioni personali all'interno di gruppi di *peer support*. Tali spazi non solo favoriscono la rielaborazione del vissuto, ma trasformano lo stigma in risorsa comune, offrendo occasioni di mutuo riconoscimento e rafforzando il senso di appartenenza. In questi contesti, l'identità non si definisce più per mancanza o devianza, ma attraverso la reciprocità e la possibilità di essere ascoltati e compresi, rappresentando così un punto di partenza per rafforzare i legami sociali e contribuire allo sviluppo condiviso di forme più inclusive di cittadinanza sanitaria

Concludendo, sebbene queste strategie non possano essere considerate esaustive, esse rappresentano leve significative per favorire il passaggio da un modello che marginalizza a un orizzonte capace di valorizzare dignità, relazionalità e giustizia sociale, trasformando lo stigma da dispositivo di esclusione a occasione per ripensare, in chiave collettiva e inclusiva, il rapporto tra società, malattia e cura.

### Bibliografia

- Addison, M., Scotti, S., Bramba, C., Lhussier, M. (2025). Stigma and the Inverse Care Law: Experiences of 'Care' for People Living in Marginalised Conditions. *Sociology of Health & Illness*, 47(1), 1–18. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.70000>
- Argentero, P., Torchio, E., Tibaldi, G., Horne, R., Clatworthy, J., & Munizza, C. (2010). The beliefs about drug treatments. The Italian version of the BMQ (the beliefs about medicines questionnaire): Its validity and applicability. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19(1), 86–92. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00001640>
- Becker, H.S. (1963). *Outsiders: Studies In the Sociology of Deviance*. New York: The Free Press.
- Becker, T. D., Ho-Foster, A. R., Poku, O. B., Marobela, S., Mehta, H., Cao, D. T. X., Yang, L. S., Blank, L. I., Dipatane, V. I., Moeng, L. R., Molebatsi, K., Eisenberg, M. M., Barg, F. K., Blank, M. B., Opondo, P. R., & Yang, L. H. (2019). 'It's When the Trees Blossom': Explanatory Beliefs, Stigma, and Mental illness in the Context of HIV in Botswana. *Qualitative Health Research*, 29(11), 1566–1580. <https://doi.org/10.1177/1049732319827523>
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. New York: Anchor Books.
- Betton, V., Borschmann, R., Docherty, M., Coleman, S., Brown, M., & Henderson, C. (2015). The role of social media in reducing stigma and discrimination. *British Journal of Psychiatry*, 206(6), 443–444. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.152835>
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Corposanto C. (2016), From the originally Twaddle's Triad to a new ESA Model: the Sonetness, *Journal of Health Education Research & Development*, 4:3 (Suppl)
- Elliot, V. L., Morgan, D., Kosteniuk, J., Froehlich Chow, A., & Bayly, M. (2019). Health-related stigma of noncommunicable neurological disease in rural adult populations: A scoping review. *Health & social care in the community*, 27(4), e158–e188. <https://doi.org/10.1111/hsc.12694>

- Farmer, P.E., Nizeye, B., Stulac, S., & Keshavjee, S. (2006). Structural violence and Clinical Medicine. *PLoS Medicine*, 3(10), e449. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030449>
- Fothergill-Misbah, N. (2023). The lived experience of stigma and Parkinson's disease in Kenya: A public health challenge. *BMC Public Health*, 23(364). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15278-7>
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique: Une archéologie du regard médical*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Frank, A. W. (1995). *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago: University of Chicago Press. (Frank, A. W. (1995). *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago: University of Chicago Press. (Trad. italiana: C. Delorenzo, *Il narratore ferito. Corpo, malattia, etica*, Torino: Einaudi, 2022).
- Galtung, J. (1969). Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167–191. <https://doi.org/10.1177/002234336900600301>
- Gaolalwe, W., Manyedi, E., & Serapelwane, M. (2023). Family members' experiences of courtesy stigma associated with mental illness. *Health SA Gesondheid*, 28(0), a2184. <https://doi.org/10.4102/hsag.v28i0.2184>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Groenevelt, I. P. I., & de Boer, M. L. M. (2023). Contesting misrecognition online: Experiences of epistemic in/justice by vloggers with contested illnesses. *Social Science & Medicine*, 327, 115951. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115951>
- Haahr, A., Kirkevold, M., Hall, E., & Østergaard, K. (2010). Living with advanced Parkinson's disease: a constant struggle with unpredictability. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 408-417. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05459.x>
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813–821. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>
- Johansson, I., Samuelsson, C., & Müller, N. (2019). Patients' and communication partners' experiences of communicative changes in Parkinson's disease. *Disability and Rehabilitation*, 42(13), 1835-1843. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1539875>
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., Good, B. (1978). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251–258. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>

- Leibing, A., & Cohen, L. (2006). Thinking about dementia: Culture, Loss, and the Anthropology of Senility. Rutgers University Press. <https://doi.org/10.36019/9780813539270>
- Link, B. G., Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Link, B. G., Phelan, J.C. (1995). Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(Extra Issue), 80–94. <https://doi.org/10.2307/2626958>
- Maffoni, M., Giardini, A., Pierobon, A., Ferrazzoli, D., Frazzitta, G. (2017). Stigma experienced by Parkinson’s Disease Patients: A Descriptive Review of Qualitative Studies. *Parkinson’s Disease*, 2017, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2017/7203259>
- Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA, Remien RH, Sawires SR, Ortiz DJ, Szekeres G, Coates TJ. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS (Suppl 2)*, 67-79. doi: 10.1097/01.aids.0000327438.13291.62.
- Maturo, A. (2007). *Sociologia della malattia. Un’introduzione*. Milano: FrancoAngeli.
- Mol, A. (2008). *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. London: Routledge.
- Parker, R., Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, 57(1), 13–24. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00304-0)
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Glencoe, IL: Free Press.
- Prenger, M., Madray, R., Van Hedger, K., Anello, M., & MacDonald, P.A. (2020). Social Symptoms of Parkinson’s disease. *Parkinson’s Disease*, 2020, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2020/8846544>
- Reta, Y., Tesfaye, M., Girma, E., Dehning, S., Adorjan, K., (2016). Public Stigma against People with Mental Illness in Jimma Town, Southwest Ethiopia. *PLoS ONE*, 11(11), e0163103. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163103>
- Rizzo, A., Calandi, L., Faranda, M., Rosano, M. G., Carlotta, V., Vinci, E. (2025). Stigma against mental illness and mental health: The role of social media. *Advances in Medicine, Psychology and Public Health (AMPPH)*, 2(2), 125–130. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13223184>
- Saha, A. (2013). Psychiatric Morbidity in Parkinson’s disease: A Case Report. *American Journal of Life Sciences*, 1(2), 27-30. <https://doi.org/10.11648/j.ajls.20130102.11>
- Sannon, S., Murnane, E. L., Bazarova, N. N., Gay, G. (2019). ‘I was really, really nervous posting it’: Communicating about invisible chronic illnesses across social media platforms. *CHI Conference on Human Factors in Computing Systems, CHI’19*, Paper 353, pp. 1–13. <https://doi.org/10.1145/3290605.3300583>
- Scambler, G. (2004). Re-framing Stigma: Felt and Enacted Stigma and Challenges to the Sociology of Chronic and Disabling Conditions. *Social Theory & Health*, 2(1), 29–46. <https://doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700012>

- Scambler, G. (2009). Health-related stigma. *Sociology of Health & Illness*, 31(3), 441-455. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01161.x>
- Scambler, G., Paoli, F. (2008). Health work, female sex workers and HIV/AIDS: Global and local dimensions of stigma and deviance as barriers to effective interventions. *Social Science & Medicine*, 66(8), 1848-1862. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.002>
- Scardi, S., Mazzone, C., & Umari, P. (2016). The Challenge of Improving Evidence-Based Therapy Adherence in the Secondary Prevention of Coronary Artery Disease: The Next Frontier of Cardiac Rehabilitation. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 72(2). <https://doi.org/10.4081/monaldi.2009.330>
- Scavarda, A. (2020). «Come pinguini nel deserto». Strategie di resistenza allo stigma di famiglie con figli autistici e con Trisomia 21. *Rassegna Italiana di Sociologia*, 61(3), 537-561. 10.1423/98560
- Scavarda, A. (2024). The shame–blame complex of parents with cognitively disabled children in Italy. *Sociology of Health & Illness*, 46(5), 966-983. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13742>
- Soleimani, M.A., Negarandeh, R., Bastani, F., Greysen, R. (2014). Disrupted social connectedness in people with parkinson's disease. *British Journal of Community Nursing*, 19(3), 136-141. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.3.136>
- Sontag, S. (1978). *Illness as metaphor*. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Sontag, S. (1989). *AIDS and its metaphors*. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Soundy, A., Stubbs, B., Roskell, C. (2014). The experience of Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Ethnography. *The Scientific World Journal*, 1-19. <https://doi.org/10.1155/2014/613592>
- Stangl, A. L., Earnshaw, V. A., Logie, C. H., van Brakel, W., Simbayi, L. C., Barre, I., Dovidio, J. F. (2019). The Health Stigma and Discrimination Framework: A global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Medicine*, 17(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>
- Tanaka, N., Hamamoto, Y., Kurotobi, Y., Yamazaki, Y., Nakatani, S., Matsubara, M., ... Seino, Y. (2022). Stigma evaluation for diabetes and other chronic non-communicable disease patients: Development, validation and clinical use of stigma scale–The Kanden Institute Stigma Scale. *Journal of Diabetes Investigation*, 13(12), 2081-2090. <https://doi.org/10.1111/jdi.13894>
- Thomas, G. M. (2020). Dis-mantling stigma: Parenting disabled children in an age of 'neoliberal-ableism'. *The Sociological Review*, 69(2), 451–467. <https://doi.org/10.1177/0038026120963481>
- Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.
- Twaddle, A. C. (1974). *The concept of health status*. *Social Science & Medicine*, 8(1), 29–38. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(74\)90005-5](https://doi.org/10.1016/0037-7856(74)90005-5)
- Van Der Sanden, R. L. M. (2015). *Stigma by Association among Family Members of People with Mental Illness*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.

- Weiss, M. G., Ramakrishna, J., & Somma, D. (2006). Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3), 277–287. <https://doi.org/10.1080/13548500600595053>
- Willis, E., Friedel, K., Heisten, M., Pickett, M., & Bhowmick, A. (2023). Communicating health literacy on prescription medications on social media: In-depth interviews with ‘patient influencers’. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e41867. <https://doi.org/10.2196/41867>
- World Health Organization. (2006). Neurological disorders: Public health challenges. Geneva: WHO. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563369> (Ultimo accesso: 1 Ottobre 2025).
- Yin, M., Li, Z., & Zhou, C. (2020). Experience of stigma among family members of people with severe mental illness: A qualitative systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 141–160. <https://doi.org/10.1111/inm.12668>
- Young, A. (1982). The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257–285. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.11.100182.001353>