

LE NUOVE TECNOLOGIE PER LA GESTIONE DEL DIABETE **Processi identitari e dinamiche relazionali**

by *Paolo Diana, Simonetta Soricelli, Francesco Paolo Mancini**

Abstract

New health technologies for diabetes management. Identity processes and relational dynamics

Diabetes is a chronic condition that affects not only health but also everyday life. The increasing use of digital technologies is reshaping identity, self-care practices, and social experiences among people living with diabetes. This study explores the role of digital technologies in everyday diabetes management through qualitative interviews and netnographic observation. Findings show that digital devices extend beyond self-management, influencing autonomy, everyday care practices, and experiences of stigma, with important psychological and social implications. The study highlights the need for an integrated medical, psychological, and sociological approach to diabetes care.

Keywords

Diabetes, health technology, body, identity

* PAOLO DIANA è professore associato presso il Dipartimento di Scienze Umane, Filosofiche e della Formazione dell'Università di Salerno.

E-mail: diana@unisa.it

SIMONETTA SORICELLI è PhD Candidate presso il Dipartimento di Scienze e Tecnologie dell'Ambiente e della Salute dell'Università del Sannio (BN).

E-mail: simonetta.soricelli@gmail.com

FRANCESCO P. MANCINI è professore ordinario presso il Dipartimento di Scienze e Tecnologie dell'Ambiente e della Salute dell'Università del Sannio (BN).

E-mail: mancini@unisannio.it

DOI: [10.13131/unipi/yq1f-6z20](https://doi.org/10.13131/unipi/yq1f-6z20)

1. INTRODUZIONE

S secondo l'International Diabetes Federation (2024), 589 milioni di adulti vivono con il diabete, e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) prevede un incremento fino a 643 milioni entro il 2030. Sul piano clinico, l'OMS sottolinea che il diabete è al centro delle politiche per la prevenzione delle malattie croniche, evidenziando la necessità di strategie integrate per affrontare l'obesità, la sedentarietà e il diabete stesso.

Negli Stati Uniti, l'American Diabetes Association (ADA, 2025) stima che oltre 38 milioni di americani vivano con diabete. Questa situazione sanitaria ha generato costi sanitari totali di 412,9 miliardi di dollari nel 2022, di cui 306,6 miliardi per spese mediche dirette e 106,3 miliardi per costi indiretti, con un aumento del 7% rispetto al 2017.

In Italia, secondo i dati della Società Italiana di Diabetologia (SID, 2024), il diabete ha coinvolto circa 5 milioni di cittadini, con un impatto profondo sulla qualità della vita familiare e sociale e con un'incidenza in una famiglia italiana su sette.

Nonostante la rilevanza epidemiologica e clinica, questi dati non esauriscono la comprensione dell'esperienza diabetica. Infatti, la malattia cronica non si limita a produrre effetti biologici, ma incide sui percorsi di vita, sulle relazioni sociali e sui processi di costruzione identitaria dei soggetti coinvolti (Bury, 1991). Dunque, il diabete rappresenta una sfida sanitaria, economica e sociale rilevante.

In questa prospettiva, il diabete non è solo una patologia da gestire: le interpretazioni e i giudizi sociali associati alla malattia influenzano profondamente l'esperienza personale e le relazioni sociali dei pazienti.

Nel senso comune, infatti, il diabete è frequentemente associato a stili di vita ritenuti scorretti, come un'alimentazione ipercalorica o la sedentarietà. Questa rappresentazione sociale può favorire, in alcuni contesti, una lettura moralizzante della malattia, sebbene la letteratura scientifica evidenzia come tali dinamiche siano variabili e non uniformemente distribuite. Possono così emergere processi di colpevolizzazione e stigmatizzazione che incidono sull'identità dei pazienti e sul modo in cui essi percepiscono non solo il proprio corpo, ma il proprio valore sociale (Goffman, 1963).

È opportuno precisare che il diabete non costituisce un'esperienza clinicamente omogenea. La confusione tra le diverse tipologie di diabete, ancora diffusa nell'immaginario collettivo, non determina automaticamente processi di colpevolizzazione; tuttavia, questa rappresentazione può alimentare forme di stigma che tendono a interpretare il diabete come la conseguenza di scelte individuali ritenute

inadeguate.

Gli effetti diretti del giudizio sociale sono vergogna, autoisolamento e difficoltà nelle relazioni interpersonali. L'introduzione delle tecnologie digitali indossabili per il monitoraggio e la somministrazione dell'insulina, se da un lato rappresenta un significativo avanzamento clinico, dall'altro rende maggiormente visibile la condizione di malattia, esponendo le persone con diabete a nuove forme di osservabilità e a un potenziale incremento dello stigma.

Alla luce di ciò, il presente studio si concentra principalmente sull'esperienza delle persone con diabete di tipo 1, condizione ritenuta privilegiata per analizzare il rapporto tra malattia cronica, corpo, stigma e tecnologie digitali. Rimangono limitati, infatti, gli studi che hanno analizzato in profondità, dal punto di vista delle persone con malattia cronica, l'impatto delle tecnologie digitali sui processi identitari, sulla percezione corporea e sulle dinamiche legate allo stigma.

2. QUADRO TEORICO

La riflessione sociologica che orienta il presente contributo si articola in tre linee principali: la dimensione biografica della malattia cronica (Bury, 1982; S. Williams, 2000), la costruzione narrativa dell'esperienza di malattia (G. Williams, 1984; Frank, 1995; Quaglia, 2020) e i processi contemporanei di soggettivazione mediati dalle tecnologie digitali (Lupton, 2016; 2019; Mol, 2008).

La sociologia della salute ha analizzato la malattia cronica come un evento che incide profondamente sui percorsi biografici e identitari degli individui e interrompe la continuità della vita quotidiana. In questa prospettiva, il momento successivo alla diagnosi rappresenta una soglia critica, caratterizzata dalla perdita della *routine* e delle certezze che scandivano la vita quotidiana e dall'emergere di una crescente attenzione nei confronti di un corpo percepito come disfunzionale. L'individuo, per poter mantenere un senso di valore, deve ricostruire la propria biografia e la propria identità sociale.

Secondo Bury (1982), l'esordio di una malattia cronica determina una *biographical disruption* che interrompe la continuità della vita quotidiana e impone una riorganizzazione dei riferimenti identitari. Questo concetto di rottura biografica è stato successivamente rivisitato da Simon J. Williams (2000), che lo colloca nel contesto della tarda modernità, dove l'identità diventa un progetto di riflessività cronica (*Ibidem*: 22) caratterizzato da una crescente attenzione alla salute e dal rischio di una continua sorveglianza del corpo.

La situazione critica determinata dalla malattia (Giddens, 1979) implica una riorganizzazione forzata del sé, durante la quale le trasformazioni del corpo malato diventano oggetto di attenzione, controllo e reinterpretazione.

Charmaz (1983) descrive tale processo come una perdita del sé, legata alla percezione di un corpo disfunzionale e alla difficoltà di mantenere i ruoli sociali precedentemente acquisiti. La malattia cronica impone un lavoro biografico di ricostruzione attraverso il quale l'individuo tenta di ristabilire coerenza, valore e continuità nella propria esperienza di vita.

Queste prospettive, ulteriormente sviluppate dagli studi sulle dimensioni narrative e relazionali delle malattie croniche, evidenziano come l'esperienza della malattia si sviluppi all'interno di un processo interpretativo e socialmente situato, attraverso il quale gli individui attribuiscono significato alla propria condizione mediante la narrazione e il confronto con gli altri (G. Williams, 1984; Frank, 1995).

La letteratura più recente (Quaglia, 2020) ha evidenziato come le narrazioni di malattia costituiscano uno spazio privilegiato attraverso il quale gli individui costruiscono e rinegoziano le proprie identità, concepite come processi dinamici e situati, intrecciati con dimensioni di genere, classe sociale e contesto culturale. L'autrice evidenzia come le narrazioni della malattia diabetica siano influenzate da modelli di mascolinità che contribuiscono a plasmare specifiche forme di soggettività nell'autogestione della patologia e nell'attribuzione di significato alla cura.

La gestione del diabete è strettamente legata a regimi alimentari e continui processi di datificazione, che contribuiscono a rafforzare stereotipi e giudizi morali e incidono in maniera significativa sulla percezione sociale della malattia e sull'esperienza soggettiva delle persone con diabete (Zito, 2016). Zito sottolinea l'importanza della condivisione della propria storia per oggettivare la malattia e sviluppare una forma di *agency*, in un contesto profondamente trasformato dall'evoluzione delle tecnologie digitali.

Questa cornice teorica risulta particolarmente rilevante per comprendere l'esperienza delle persone con diabete, una patologia cronica che, oltre alle implicazioni cliniche, è fortemente segnata da rappresentazioni sociali semplificate o distorte e da processi di stigmatizzazione.

In questo quadro, le scienze sociali della salute hanno progressivamente spostato l'attenzione dalle sole dimensioni biomediche alle pratiche quotidiane di gestione della malattia, considerate processi complessi che coinvolgono dimensioni corporee, emotive, relazionali e

contestuali.

Il modello bio-psico-sociale (Engel, 1977) ha rappresentato un punto di svolta in questa direzione, proponendo una concezione della salute come equilibrio dinamico tra componenti biologiche, psicologiche e sociali.

Questo modello, adottato dalla sanità mondiale, supera il riduzionismo biomedico e definisce la salute come un equilibrio sistemico tra determinanti biologici, psicologici e sociali. Il benessere non si identifica solo come assenza di patologie, ma come realizzazione di una buona qualità della vita. In questa prospettiva, lo stato di salute si esprime nella capacità funzionale di un soggetto di agire nel proprio contesto sociale attraverso l'integrazione di benessere (fisico e mentale) e la possibilità di svolgere in maniera soddisfacente le attività di vita quotidiana.

In questa prospettiva, la gestione del diabete non può essere intesa come mera aderenza terapeutica, ma come un processo che coinvolge dimensioni soggettive, relazionali e contestuali (ADA, 2025, sez. 5).

All'interno di questo quadro assume un ruolo sempre più centrale l'introduzione delle tecnologie digitali nella gestione delle malattie croniche (Kulzer et al., 2022). Infatti, le *health technologies* intervengono direttamente nella quotidianità dei pazienti e nei processi di costruzione del sé.

La crescente diffusione dei sistemi di automonitoraggio della salute ha ulteriormente arricchito questa prospettiva. In questo contesto, assume un ruolo centrale il concetto di *quantified self* (Lupton, 2016), secondo cui il corpo digitale «sottomette» quello fisico a causa di una costante e ansiosa auto-osservazione; i dati relativi al proprio corpo vengono integrati nei processi di costruzione del sé. Tuttavia, come evidenziato da Quaglia (2020: 1906), la traduzione della malattia in dati numerici non risponde solo a un'esigenza di monitoraggio, ma diventa una strategia di negoziazione identitaria. Il ricorso alle tecnologie digitali permette di trasformare la vulnerabilità del corpo, percepito come malato, in una dimostrazione di competenza tecnica e controllo razionale, al fine di allineare le pratiche di cura ai modelli di mascolinità interiorizzati.

Questa spinta verso la digitalizzazione del sé non è priva di tensioni e si inserisce nel dibattito sociologico contemporaneo che riconosce alle *health technologies* un ruolo ambivalente che oscilla tra l'*empowerment* del paziente – che si autogestisce e accresce la sua *agency* – e il rischio di una riduzione alienante del vissuto corporeo a semplice dato standardizzato (Mol, 2008), distante dalla complessità dell'esperienza soggettiva della cura.

Inoltre, recenti studi interpretano l'utilizzo sempre più invasivo della

tecnologia nella vita quotidiana come un possibile rischio di aumento delle disuguaglianze e di creazione di nuove forme di potere (Maturò, 2024). Questa prospettiva è stata successivamente arricchita da interpretazioni che considerano la tecnologia parte integrante dei processi sociali, pur riconoscendo le sfide etiche e morali legate alla privacy, alla sicurezza e all'equità nella distribuzione di risorse (Sanfelici et al., 2026).

La relazione che si instaura tra individuo e tecnologia produce effetti emotivi e relazionali che vanno oltre la dimensione funzionale. Le *affective forces* che emergono dalla relazione umano/non-umano assumono dimensioni definite «*more than human*» (Lupton, 2019: 66). Il riconoscimento della forza trasformativa generata dall'interazione tra esseri umani e tecnologia trova fondamento in prospettive come la *Actor Network Theory* (ANT) di Bruno Latour (Dattilo, 2022), che concepisce la società come un insieme dinamico di attori umani e non-umani che si influenzano reciprocamente. In questo quadro, l'assemblaggio tra umano e non-umano viene inteso come ibrido e circolare, espressione di una società complessa caratterizzata da interazioni continue e non lineari. È a partire da questa concezione che filosofi del materialismo femminista come Haraway (2019), Bennett (2023; Giannetta, 2023), Braidotti (2019) e Barad (2007) riprendono e sviluppano il ruolo attivo degli oggetti. Da tali riflessioni deriva una crescente attenzione per le connessioni che strutturano le relazioni umano/non-umano, le quali, nel loro continuo interagire, generano forze affettive capaci di spingere all'azione e di produrre *agential capacities* (Lupton e Maslen, 2019).

Applicate al contesto della malattia cronica, tali prospettive consentono di rileggere i dispositivi sanitari come elementi attivi, in grado di recuperare il percorso biografico interrotto dalla malattia. Questa riconfigurazione del ruolo delle tecnologie contribuisce a spiegare l'attenuarsi della "paura" nei loro confronti, grazie alla possibilità di interpretare i dati prodotti dai *device* secondo una modalità definita «*thinking with care*» (Vershinina, Liadova, 2022). Il rapporto del paziente con i propri dati di salute diventa, così, parte integrante dell'esperienza corporea della malattia.

Lupton (2019) definisce i *data selves* come *embodied*, ossia dati che fanno parte del corpo pur non essendo fatti di carne. Inoltre, sostiene che la relazione delle persone con questi dati determina un coinvolgimento emotivo multisensoriale e una forma di relazione vantaggiosa per la salute. Infatti, queste tecnologie possono intervenire come «salvavita», bloccando l'erogazione automatica di insulina in caso di improvviso ed eccessivo calo del livello glicemico.

Nella relazione con la tecnologia diventa centrale l'*empowerment* del

paziente, che accetta in modo proattivo i cambiamenti imposti dalla patologia e favorisce il miglior adattamento possibile alla nuova condizione.

Attualmente, la politica sanitaria promuove un concetto di salute dinamico, con il coinvolgimento attivo di pazienti dotati di competenze mediche e digitali che gestiscano, anche autonomamente, la propria salute (Lemma, 2005).

Grazie alle *community* di pazienti, il digitale si umanizza e diventa un compagno di viaggio con cui affrontare le difficoltà nella gestione della propria patologia attraverso pratiche di solidarietà tra persone accomunate da esperienze simili (Kross et al., 2021; Roberts, 2015). La condivisione dell'esperienza di malattia nelle *community online*, intese come luoghi di pratica, può avere effetti positivi sullo sviluppo dell'identità delle persone con diabete e sulla loro percezione corporea (Litchman e Walker, 2021; Cervellone et al., 2022), sebbene tali effetti non si manifestino in modo lineare e uniforme.

L'identità può essere letta come il risultato di pratiche situate e materiali, che prendono forma nei contesti in cui corpo, tecnologie e relazioni si intrecciano (Mol, 2002). In questa prospettiva, la *community* di persone con diabete – intesa come spazio di condivisione di pratiche di cura – rappresenta solo uno dei contesti nei quali i processi identitari vengono continuamente negoziati e ridefiniti.

Le interazioni digitali che si sviluppano all'interno delle *community* sono spesso associate a pratiche di supporto sociale, allo sviluppo di autoefficacia e resilienza e, più in generale, al miglioramento del benessere psicologico e delle capacità di adattamento dei partecipanti (Parvinianassab et al., 2024). Allo stesso tempo, tali spazi si configurano come ambienti più liberi rispetto a quelli clinici in cui è fondamentale “mantenere la faccia” (Goffman, 1959; Pentecoste, 2013) e conformarsi alle aspettative associate al ruolo di paziente aderente alle cure.

La condivisione delle esperienze di malattia nelle *community online* contribuisce a consolidare il senso di appartenenza – pur all'interno di dinamiche ambivalenti e non lineari che includono tensioni, conflitti e forme di esclusione – e può favorire processi di cambiamento sociale.

L'identità delle persone con diabete è in continua evoluzione, nel tentativo di costruire una rappresentazione sociale della malattia che superi gli stereotipi ancora presenti nell'immaginario collettivo. La condivisione dell'esperienza di malattia nelle comunità *online* permette all'utente di scegliere il proprio livello di partecipazione e di visibilità, di togliere la maschera della “buona gestione” e di condividere i saperi laici maturati nella gestione quotidiana della malattia cronica.

3. METODOLOGIA DELLA RICERCA

Il disegno di ricerca si propone di approfondire il modo in cui le persone con diabete costruiscono la propria identità in relazione al corpo percepito come “malato” in seguito alla crisi innescata dalla diagnosi di malattia cronica.

Il lavoro empirico è legato a due obiettivi cognitivi:

1. Analizzare l'impatto dell'utilizzo delle nuove tecnologie digitali sulla percezione di sé e sull'inclusione sociale delle persone con diabete;
2. Analizzare in che misura le *health technologies* influiscono sullo sviluppo di *empowerment* e *engagement* e sul miglioramento della qualità della vita delle persone con diabete.

Lo studio ha adottato un disegno di ricerca qualitativo multi-metodo, articolato in due fasi integrate. La prima ha previsto interviste ermeneutiche (Diana, Montesperelli, 2005) mentre la seconda si è basata su un'etnografia digitale condotta all'interno delle principali *community online* di persone con diabete e dei loro *caregiver*. Sebbene il gruppo di ricerca sia composto da più figure professionali, la ricerca sul campo è stata gestita interamente dal secondo autore.

La ricerca empirica è iniziata con 40 interviste *face-to-face* a soggetti adulti con diabete di tipo 1, seguiti dall'Unità Operativa di Malattie Metaboliche dell'Ospedale San Pio di Benevento attraverso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Nello specifico, la selezione degli intervistati è stata facilitata dall'organizzazione ambulatoriale dell'ospedale che riserva uno specifico giorno settimanale a persone con diabete che utilizzano – o stanno iniziando a utilizzare – *health technologies* avanzate.

Questa organizzazione ospedaliera interna ha consentito di operare una selezione mirata dei partecipanti, garantendo l'inclusione di soggetti maggiormente orientati, almeno esteriormente, alla gestione del diabete tramite *digital devices*, così da indagare il *Diabetic Quantified Self* (Quaglia, 2020).

L'interazione con i partecipanti nel contesto ospedaliero ha favorito un clima di apertura e disponibilità. La ricercatrice è stata percepita come parte integrante del *team* sanitario, facilitando la costruzione di un rapporto di fiducia. Se da un lato questo *insider status* ha facilitato il reclutamento, dall'altro ha richiesto un costante lavoro di riflessività e di controllo delle possibili distorsioni interpretative legate alle dinamiche di desiderabilità sociale nei confronti dell'istituzione medica.

Il campionamento adottato è di convenienza e ha coinvolto utilizzatori di *health technologies* – dai semplici sensori glicemici ai microinfusori – immediatamente disponibili a partecipare alla ricerca.

Tuttavia, è opportuno evidenziare che tale scelta potrebbe aver inciso sulla sovrarappresentazione di pazienti già orientati all’adozione di dispositivi avanzati.

La Tabella 1 descrive il campione di intervistati (n. 40) oggetto della rilevazione.

Tabella 1. Caratteristiche degli intervistati		
		v.a.
Genere	Maschio	18
	Femmina	22
Età	18-29	10
	30-44	13
	45-65	14
	65+	3
Tipo di dispositivo indossato	Solo sensore	9
	Sensore e microinfusore	30
	Solo microinfusore	1

Le interviste si sono svolte in una stanza adiacente all’ambulatorio, per garantire riservatezza e continuità assistenziale. Sono state esplorate le dimensioni legate all’immagine corporea, all’accettazione della malattia, all’uso della tecnologia e al rapporto con il contesto sociale (Bury, 1982; Charmaz, 1983). È stata applicata un’analisi tematica con codifica iterativa per individuare le principali categorie emergenti.

L’etnografia digitale si è estesa in un periodo temporale di circa due anni e ha riguardato l’osservazione dei gruppi chiusi ospitati dalla piattaforma Facebook e degli incontri *online* periodici organizzati dalle *community*.

La Tabella 2 descrive il campione osservato. I gruppi menzionati sono stati resi anonimi per proteggere la privacy degli iscritti.

Sotto il profilo metodologico, la partecipazione della ricercatrice nelle *community online* si è articolata in due modalità. Mentre nei gruppi internazionali (Gruppo 1 e 2) e nel gruppo nazionale più numeroso

(Gruppo 4) l'osservazione è rimasta non partecipante e coperta, per la *community* indicata come Gruppo 3 è stata adottata un'etnografia digitale scoperta. Previo accordo con l'amministratrice, la ricercatrice è stata presentata ufficialmente al Gruppo 3 durante la riunione mensile in videoconferenza. Tali riunioni rappresentano un momento di mutuo-aiuto dedicato al confronto diretto tra persone con diabete.

Tabella 2. Campione *community online*

Gruppo	Nazionalità	Numero iscritti
Gruppo 1	Internazionale	33.530
Gruppo 2	Internazionale	11.439
Gruppo 3	Italiano	1.156
Gruppo 4	Italiano	33.415

All'interno della *community* nazionale (Gruppo 4) e di quelle internazionali (Gruppi 1 e 2), al contrario, la ricercatrice ha adottato un'osservazione non partecipante e coperta (*lurking*) dettata da una duplice esigenza, metodologica e etica.

Tale modalità ha permesso di preservare l'ecologia dell'interazione digitale, evitare le distorsioni dovute alla presenza della ricercatrice e garantire l'accesso a scambi comunicativi spontanei.

Sotto il profilo etico, la scelta è stata orientata dal principio di non-intrusività, per non alterare le dinamiche di mutuo-aiuto di gruppi molto numerosi in cui la presenza esplicita della ricercatrice avrebbe potuto sottrarre spazio al confronto e condizionare le narrazioni dei partecipanti.

Dal punto di vista scientifico, la ricerca all'interno delle *community* internazionali ha presentato maggiori difficoltà, a causa della particolare tecnicità del linguaggio utilizzato dai partecipanti.

4. RISULTATI

4.1 *Netnografia*

I risultati emersi dalla *netnografia* evidenziano alcune differenze tra le *community* osservate.

Il Gruppo 3 è l'unico nel quale la ricercatrice è stata presentata ufficialmente ai partecipanti. Oltre alle interazioni sulla piattaforma Facebook, il gruppo organizza un incontro *online* mensile della durata di

circa sessanta minuti, aperto a tutti i membri, ma al quale partecipa un numero limitato di persone interessate a un confronto diretto. Queste riunioni hanno rappresentato un momento cruciale di osservazione partecipante.

La partecipazione scoperta, adottata nel Gruppo 3, ha consentito di analizzare in profondità le dinamiche relazionali e i processi di costruzione dei significati. La riflessività della ricercatrice ha permesso di osservare come il gruppo contribuisca attivamente alla risignificazione dell'esperienza cronica. Attraverso il confronto, i partecipanti co-costruiscono una narrazione collettiva che mitiga l'isolamento e trasforma la gestione della malattia in una pratica sociale condivisa.

L'ultimo incontro della fase di osservazione scoperta si è tenuto in seguito al *Global Summit to End Diabetes Stigma* (India, marzo 2026), al quale l'amministratrice ha partecipato come *Top Voice*. L'evento ha stimolato i partecipanti a condividere le proprie esperienze di stigma sociale. La narrazione collettiva ha permesso di trasformare il vissuto individuale di marginalizzazione in una maggiore consapevolezza della propria condizione cronica e in una forma di *agency* collettiva. Si riportano alcune testimonianze:

Avevo 17 anni (1986) e avevo deciso di fare medicina. Poi ho avuto la diagnosi di diabete e mi sono bloccata. Quando ho deciso di iscrivermi al corso di infermieristica, il medico competente mi ha detto che, in crisi ipoglicemica, avrei potuto uccidere delle persone
(Donna, 57 anni, DTL, esordio a 17 anni).

Questa testimonianza mette in luce la tensione tra percezione sociale del corpo cronico e ricostruzione soggettiva dell'identità. La narrazione evidenzia una frattura nel percorso di vita della persona con diabete e una ridefinizione del suo rapporto con il corpo; la diagnosi non solo compromette le prospettive di carriera, ma trasforma il corpo in un oggetto di sospetto istituzionale. Il medico competente riduce la soggettività della donna alla sola vulnerabilità biologica e percepisce il corpo con diabete come disfunzionale e pericoloso. A una prima lettura, questa percezione stigmatizzante sembra appartenere al passato; tuttavia, la testimonianza rivela una realtà diversa:

Sei anni fa ho vinto un concorso e anche stavolta il medico competente ha ostacolato la mia assunzione. La mia diabetologa ha inviato una lettera dove asseriva che ero ben compensata, avevo i miei strumenti e potevo prevenire eventuali situazioni [rischiose].

Nella narrazione, il corpo, mediato dai *device* smette di essere una

minaccia imprevedibile e diventa monitorato e socialmente legittimato. La condivisione nella community permette alla partecipante di rifiutare l'etichetta di "malata" imposta da alcuni sguardi clinici e di rivendicare una forma di *agency* grazie al supporto concreto della diabetologa – espresso anche attraverso una lettera corredata da dati clinici – e al controllo tecnologico del proprio vissuto corporeo.

L'analisi del gruppo 4 si è invece concentrata sulle interazioni tra i membri della community. Sono stati individuati tre nuclei tematici principali: (1) esperienze di ipoglicemia; (2) alimentazione e peso; (3) strumenti di gestione della malattia.

L'ipoglicemia, definita da alcuni partecipanti come "mostro nero", si impone come dimensione centrale dell'esperienza diabetica e viene descritta come un evento critico e potenzialmente pericoloso. Le interazioni si configurano prevalentemente come spazi di condivisione esperienziale, nei quali i membri raccontano episodi personali – inclusi ricoveri ospedalieri – e condividono dati glicemici per trovare una risonanza emotiva che difficilmente emerge nell'ambiente clinico.

Il tema dell'alimentazione e del peso rappresenta l'ambito più ricorrente e articolato. Gli scambi comunicativi riguardano la gestione quotidiana della dieta – con particolare attenzione alle strategie per conciliare il controllo glicemico durante eventi sociali, come feste o ricorrenze – e all'integrazione tra alimentazione e attività fisica.

La terza area tematica riguarda la scelta degli strumenti utilizzati per la gestione della patologia: i partecipanti utilizzano penne insuliniche o microinfusori. Le interazioni evidenziano un atteggiamento non conflittuale rispetto alle diverse scelte tecnologiche, riconosciute come espressione di percorsi individuali di adattamento alla malattia.

Un elemento rilevante è rappresentato dal ruolo delle regole interne alla *community*, che contribuiscono a strutturare le modalità di interazione. Lo *staff* amministrativo esercita un controllo attivo sui contenuti, limitando la diffusione di informazioni ritenute inadeguate o fuorvianti e promuovendo un clima di rispetto reciproco. In particolare, vengono esclusi contenuti legati a presunte terapie alternative o a forme di autodiagnosi – ampiamente diffuse in altri contesti digitali, come TikTok – poiché promuovono pratiche di esclusiva competenza medica.

Il profilo dei membri delle *community* internazionali analizzate denota un capitale culturale medio-alto: l'impiego di un lessico tecnico-scientifico altamente specializzato ne rappresenta un indicatore.

Tale competenza terminologica segnala la presenza di soggetti esperti, capaci di negoziare la propria identità attraverso la padronanza di parametri clinici complessi.

Le *community* internazionali analizzate, infatti, sono costituite da persone che sviluppano, utilizzano e condividono gratuitamente algoritmi *open-source* implementati nei *device* utilizzati per la gestione del diabete.

Queste specifiche realtà – definite *loopers community* – sono gestite da sette amministratori e due moderatori.

Le interazioni si concentrano soprattutto su richieste di supporto tecnico per l'aggiornamento di sistemi come Android, Trio, OpenAPS, ma comprendono anche la condivisione di esperienze e difficoltà quotidiane, che spesso stimolano lo sviluppo di nuovi algoritmi all'interno della comunità *open source* (Fig. 1).

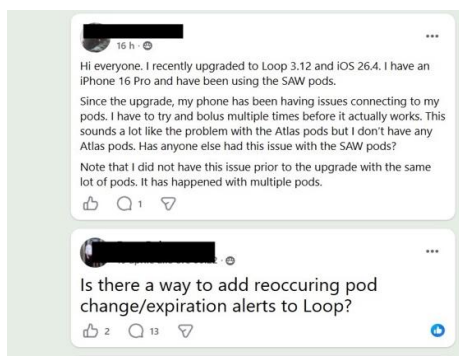


Figura 1. Post di richiesta informazioni tecnologiche

L'approccio sociale alla malattia risulta diverso da quello delle persone intervistate negli ambulatori (si veda paragrafo successivo): i membri delle *community* utilizzano il materiale corporeo tecnologico come moneta di scambio di risorse materiali e simboliche all'interno delle reti sociali di cui fanno parte.

Nelle *community online* dove si condividono vissuti di malattia è più facile ricevere un supporto privo di giudizio: poter raccontare il proprio percorso, o semplicemente sfogarsi sulle difficoltà quotidiane e sullo stigma associato alla malattia, fortifica l'individuo e può assumere una funzione catartica:

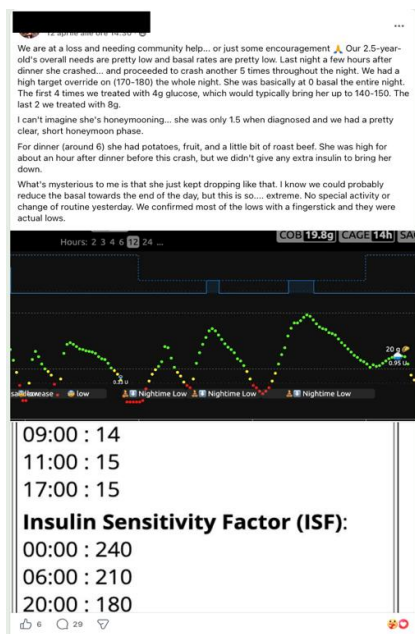


Figura 2. Post di condivisione per richiesta supporto

Le espressioni «*we are at a loss*» e «*needing community help*» comunicano l'elevato livello emotivo della partecipante che, nella condivisione, cerca aiuto o «*just some encouragement*» (Fig. 2).

4.2 Interviste qualitative semi-strutturate

Dall'analisi del materiale raccolto sono emerse due aree tematiche principali che riguardano il rapporto con il corpo e il rapporto con la tecnologia.

Nella prima dimensione, durante le interviste si è reso necessario prestare attenzione al modo in cui le persone con diabete valutavano la propria malattia e osservare le loro condizioni sociali e abitudini quotidiane.

Molte delle persone intervistate hanno descritto un'immagine corporea negativa, percependo il proprio corpo come “difettoso”:

A scuola ho iniziato a isolarmi quando c'erano situazioni in cui l'alimentazione era centrale. Percepivo il mio corpo come difettoso e sentivo di essere etichettato come poco attento a gestire la malattia.
(Uomo, 48 anni, DT1 da 43 anni).

Alcuni intervistati hanno parlato di vera e propria angoscia esistenziale derivante dalla convivenza quotidiana con il diabete e dalla sensazione continua di sentirsi giudicati:

da bambino soffrivo molto. Mi sentivo diverso dagli altri e alle feste sentivo il peso degli sguardi su cosa mangiavo. Anche quando ero in ipo [glicemia] e dovevo introdurre zuccheri, mi sentivo in colpa perché intuivo che le persone mi giudicavano senza comprendere. Per questo, spesso evitavo compleanni o gite scolastiche. Ogni giorno volevo gridare “non ti voglio” al mio corpo malato

(Uomo, 48 anni, DTI da 43 anni).

La malattia è un evento che modifica il corpo; i pazienti con un’identità più stabile hanno riconosciuto la possibilità di modificare la costruzione sociale della malattia diabetica attraverso un impegno costante che oggi si concretizza più facilmente nei *social media*:

Appena avuta la diagnosi, la nascondevo e mi vergognavo per evitare domande. Questo per due anni. Poi ho deciso di aprire una pagina su Facebook, inizialmente anonima, e ho trovato tantissime persone come me. Da lì in poi la mia vita è cambiata, ho cominciato ad accettare la malattia ma non al 100% che è impossibile

(Uomo, 33 anni, DTI da 5 anni).

L’esordio del diabete è rappresentato come un evento dirompente per il profondo impatto che esercita nella *routine* quotidiana. Solo l’accettazione della malattia può favorire un percorso di adattamento psicosociale e limitare il senso di sopraffazione:

Quando la glicemia non è in range mi sento sopraffatta dal mio stesso corpo. Vorrei che i valori fossero sempre perfetti, ma spesso, non li controllo. Sento il mio corpo come fuori da me e mi sento impotente. È come quando segui tutte le istruzioni per un nuovo elettrodomestico e lo stesso non funziona...solo che non lo accetti perché è parte di te

(Donna, 35 anni, DTI da 33 anni).

La gestione della patologia nel periodo adolescenziale può accentuare il disagio nei confronti del proprio corpo e alimentare la percezione della malattia come una sconfitta personale e una limitazione fisica:

avevo 14 anni quando ho avuto l’esordio e non ho voluto dirlo ai miei compagni di classe, mi nascondevo, non volevo che mi escludessero. Per me era un limite e non volevo lo sapessero. Ora è diverso, i miei amici lo sanno e non ho problemi a comunicarlo ma è stata dura accettare i miei limiti fisici

(Donna, 30 anni, DTI da 16 anni).

La percezione negativa del diabete condiziona profondamente i rapporti sociali. La mancata accettazione della malattia ne amplifica il peso e favorisce l'autoisolamento.

In riferimento alla seconda dimensione di analisi, è emerso che l'introduzione della tecnologia viene vissuta in maniera contrastante dalle persone con diabete. La maggioranza degli intervistati (26 su 40) ha definito il microinfusore una «salvezza», percependolo come parte integrante del corpo e come strumento di autonomia e libertà sociale. Altri (10 su 40), invece, hanno espresso chiaramente un disagio rispetto alla visibilità dei dispositivi, soprattutto nei contesti sociali, percependo un giudizio negativo dietro l'invasività degli sguardi. I restanti quattro intervistati, nonostante si fossero resi disponibili all'intervista, hanno manifestato atteggiamenti di chiusura nell'affrontare il tema della malattia e del suo impatto nella vita quotidiana.

Tutti i soggetti intervistati, pur riconoscendo il miglioramento della qualità della vita grazie all'utilizzo dei dispositivi tecnologici per la gestione della malattia, rivendicano il desiderio di un corpo libero da oggetti estranei. I benefici dell'utilizzo della tecnologia si scontrano con la resistenza ad accettare la presenza invasiva e pervasiva del dispositivo nella propria vita. Alcuni intervistati dichiarano di aver provato a liberarsi delle *health technology* per vivere una gestione meno invasiva della patologia; tuttavia, non visualizzare continuamente la propria curva glicemica generava una sensazione insostenibile di perdita di controllo sul proprio corpo.

Durante le interviste sono emerse divergenze di opinioni tra pazienti che utilizzano soli sensori glicemici e quelli che integrano utilizzo di sensori e microinfusori. La diversa scelta di strumenti tecnologici rivela come l'*health technology* venga vissuta in maniera differente dai suoi utilizzatori e costruisca una nuova identità per la gestione della malattia.

L'applicazione del sensore permette una misurazione costante della glicemia; numeri e conteggi sono onnipresenti nel quotidiano della persona con diabete. Grazie alla tecnologia i dati a disposizione risultano migliori, ma il prezzo da pagare è un pensiero costante che non permette di dimenticare la propria condizione di "malato".

Come ha affermato un'intervistata:

prima del sensore, i miei valori erano meno stabili ma la mia mente più libera. Ricordavo di essere diabetica solo prima dei pasti. Adesso che non sono costretta a bucarmi per sapere la mia glicemia, la controllo continuamente (Donna, 35 anni, DT1 da 25 anni).

Oltre alla preparazione pratica all'utilizzo del *device*, assume un ruolo centrale la predisposizione psicologica del paziente che deve introdurre nel suo quotidiano un oggetto destinato a diventare *embodied*.

L'utilizzo del microinfusore, nonostante gli alti e bassi nell'accettazione di un corpo estraneo, viene vissuto da molti pazienti come un'estensione del corpo e favorisce la socializzazione:

In realtà io lo chiamo una SALVEZZA [...] inizialmente era scomodo, un corpo estraneo da avere sempre addosso...poi, con il tempo, diventa quasi un'estensione del tuo corpo; quindi, fa parte proprio di te.

Riesci ad essere più costante e migliora anche il livello igienico [...], quando vai a cena fuori non devi andare nel bagno a farti la siringa; non hai problemi di bucarti, sembra un cellulare. Riesci tranquillamente a farti il bolo e non devi neanche alzarti dal tavolo

(Donna, 33 anni, DTI da 10 anni, microinfusore da 8 anni).

Riuscire a vivere in maniera positiva l'utilizzo del supporto tecnologico determina conseguenze positive anche nel rapporto con gli altri. Migliora la gestione della patologia e sviluppa *agential capacities* che aiutano i pazienti a contrastare stigma e disinformazione sociale. Il rapporto con gli altri diventa un punto critico nelle interviste. Lo sguardo altrui viene spesso percepito come invasivo:

sguardi o domande sono a volte invadenti, ma se tu sai come rispondere, sai dare più nozioni per chi la patologia non la conosce perché sai... c'è anche un po' di ignoranza in materia nel senso che, quando si pensa alla parola diabete, ti rispondono che basta che non mangi dolci

(Donna, 33 anni, DTI da 10 anni, microinfusore da 8 anni).

Questo è l'unico caso di persona intervistata dotata di microinfusore per la somministrazione di insulina (*Automatic Insulin Delivery*), ma non del sensore per il monitoraggio della glicemia (*Continuous Glucose Monitoring*). L'intervistata non presenta alcun rifiuto rispetto all'invasività dello strumento tecnologico AID che utilizza, ma esprime sfiducia nei confronti del dispositivo CGM che è visivamente meno invasivo. Alla domanda sulle ragioni di questa scelta, l'intervistata risponde:

il monitoraggio [del sensore] non è preciso, i valori sono spesso sballati. Preferisco bucarmi le dita più volte al giorno, ma stare tranquilla. Il microinfusore, invece, lo regoli tu in base ai valori che rilevi con il pungidito

(Donna, 33 anni, DTI da 10 anni, microinfusore da 8 anni).

La scelta tecnologica, quando è fortemente radicata, comporta una sorta di sponsorizzazione:

Quando ti trovi bene [...] ti metti nei panni di quella persona che non lo vuole e dici: mamma mia io pure prima ero così, poi sono migliorata e potrebbe migliorare anche questa persona

(Donna, 33 anni, DTI da 10 anni, microinfusore da 8 anni).

Ad una giovane donna incinta, la scelta del microinfusore ha permesso di vivere serenamente la gravidanza e regolarizzare i parametri. Come racconta lei stessa:

inizialmente non volevo niente addosso perché sporgeva; poi, dopo un ricovero in ospedale mi sono decisa. Da allora la mia vita è cambiata, [...] è cambiato il rapporto con aghi, sensore. Il microinfusore sta con me

(Donna, 39 anni, DTI a 9 anni, microinfusore da 10 anni).

Nel momento in cui l'utilizzo del microinfusore genera un cambiamento non solo fisico ma anche umorale, questo si ripercuote nei rapporti sociali e permette maggiore integrazione sociale. Come racconta, ulteriormente, la giovane donna intervistata:

mi è capitato di essere di supporto a persone che dovevano iniziare a utilizzare il microinfusore, soprattutto donne in gravidanza, e raccontare la mia esperienza positiva. Tranquillizzavo chi aveva dubbi, paure o perplessità

Viene manifestato un cambiamento positivo grazie all'utilizzo del microinfusore, ma le persone non si affidano completamente e incondizionatamente alla gestione tecnologica della malattia soprattutto se l'*health technology* viene vissuta come un corpo estraneo e non incorporata nel corpo:

nel tempo, capita che si hanno periodi di alti e bassi, di non accettazione anche a causa di stress. È come se ci fosse qualcun altro che controlla te stesso. Io che sono una maniaca del controllo, ho difficoltà ad accettare di non poter gestire la situazione da sola o non essere libera di scegliere una cosa rispetto a un'altra.

(Donna 40 anni, DTI da 16 anni, microinfusore da 9 anni)

La tecnologia aiuta, ma è necessario sviluppare una nuova identità e mettere in atto strategie di adattamento per svolgere pratiche quotidiane modificate a causa della patologia; solo in questo caso l'*health technology* può diventare *more than human*.

La possibilità di determinare un salto di qualità è evidenziata nelle interviste ai soggetti più anziani, che hanno sperimentato – nel tempo e sulla propria pelle – tutti i progressi scientifici in campo medico. Per queste persone il microinfusore diventa:

Un miracolo! Usarlo mi sembrava difficile, impegnativo, bisogna stare attenti, ma con la compensazione della malattia la giornata è diventata molto più semplice. Non hai più la necessità di portarti dietro insulina, siringa e roba varia; sei più libera e puoi andare dove vuoi, in qualsiasi momento.

(Donna, 60 anni. DT1 da 41 anni, microinfusore da 9 anni)

Superata la difficoltà iniziale di accettare un oggetto estraneo collegato al proprio corpo, la scelta tecnologica diventa, per la maggioranza degli intervistati, parte integrante dell'identità corporea.

5. DISCUSSIONE DEI RISULTATI

I risultati ottenuti testimoniano che la gestione del diabete non può essere assolutamente ridotta a una semplice dimensione clinica.

Dalle interviste (sez.4.2) e dall'osservazione delle *community online* (sez.4.1) emerge come l'esordio del diabete rappresenti un evento dirompente (Giddens, 1970) che incide profondamente sulla *routine* della vita quotidiana. Tuttavia, il concetto di *biographical disruption* (Bury, 1982) si rivela particolarmente utile per studiare i soggetti con esordio in età adulta, ma presenta limiti interpretativi nei casi in cui il diabete si manifesta come condizione incorporata fin dall'infanzia.

La malattia agisce come un evento che modifica il corpo (Charmaz, 1995); le persone che elaborano positivamente la malattia riescono a ricostruire la propria identità attraverso una nuova consapevolezza di sé (Charmaz, 1983) e un costante impegno sociale, oggi favorito anche dalle opportunità offerte dai *social media*.

L'esperienza raccontata dalle persone con questa patologia mostra che corpo, identità e tecnologia sono strettamente interconnessi. La tecnologia, se accettata e integrata, può favorire *empowerment* e riduzione dello stigma e migliorare la qualità della vita. Tuttavia, la sua efficacia dipende dalla maturità emotiva dei suoi utilizzatori e dal supporto psicologico e sociale ricevuto dalle relazioni affettive e dai professionisti sanitari.

Negli ultimi anni, il progresso scientifico ha consentito la produzione di *device* sempre più piccoli e più attendibili, ma la pervasività dell'oggetto tecnologico va al di là della sua invasività materiale. Il

disagio percepito è profondo e non riguarda solo il rapporto con gli altri. Potersi sentire liberi di non indossare un dispositivo per tutto l'arco della giornata è uno dei desideri più manifestati nelle interviste, secondo solo alla scoperta di una cura definitiva. La sensazione costante di “sentirsi osservati” espressa dagli intervistati mette in luce la necessità di combattere lo stigma sociale che associa la condizione diabetica a una forma di colpa, ma anche di promuovere la costruzione di un'identità positiva, spesso indebolita dalla malattia.

La diffusione delle pratiche di *self-tracking* ha profondamente trasformato la gestione del diabete. L'*health technology*, oltre alla visibilità dello strumento, comporta criticità come la gravosità della quantificazione e l'attendibilità dei dati. Al tempo stesso, i progressi tecnologici sono stati notevoli: in passato, il *Blood Glucose Monitoring* (BGM) basato sulla misurazione capillare della glicemia tramite pungidito forniva dati limitati al momento della misurazione e non consentiva un monitoraggio continuo dell'andamento glicemico.

Questa evoluzione tecnologica ha trasformato anche il modo in cui le persone conoscono e interpretano il proprio corpo. Nel contesto digitale, il *Quantified Self* (Lupton, 2016) favorisce una profonda trasformazione identitaria: l'oggettivazione del corpo attraverso i dati biometrici conduce a nuove forme di conoscenza di sé, mentre la relazione *more-than-human* (Lupton, 2021) tra individuo e tecnologia stimola forme di *agency*. Parallelamente, i membri delle *community* producono un sapere pratico (Pols et al., 2010), spesso trascurato dalla medicina ufficiale, in cui la condivisione dei dati glicemici genera *empowerment* e senso di controllo. Attraverso lo scambio di esperienze, sentimenti e emozioni legati alla gestione della patologia, i partecipanti sviluppano un maggiore senso di appartenenza che favorisce la modifica degli stili di vita e l'accettazione della malattia.

L'introduzione delle *health technologies* nella gestione della patologia richiede, pertanto, una scelta consapevole da parte della persona con diabete. Il *team* sanitario può limitarsi a proporre l'utilizzo di *device* e organizzare un periodo di prova, ma sarà il paziente – con i propri tempi e modi – a decidere se intraprendere questo nuovo percorso di cura. Il ruolo attivo delle persone con una patologia resta centrale nelle dinamiche di cura.

L'approccio integrato (interviste e netnografia) evidenzia come *empowerment* e autogestione siano più marcati all'interno dei *social media* piuttosto che nei contesti clinici. In questo quadro emerge una divergenza sulla *compliance*: mentre negli ambulatori il personale sanitario promuove l'adesione agli *standard* di cura, nelle *community*

online più attive e competenti lo slogan «*deliberately no compliance*» diventa un manifesto di indipendenza per la gestione della malattia diabetica (Scibilia, 2017).

Dallo studio netnografico nelle comunità è emerso un maggior senso di coerenza (SOC) connesso all'ampliamento del concetto di salutogenesi come promozione della salute in tutte le età e in tutte le condizioni di vita (Giarelli, 2020). Il supporto da parte di persone con la stessa patologia permette ai membri delle *community* di compiere scelte di salute consapevoli – utilizzando risorse interne e esterne (Litchman, Walker, 2021) – e accrescere resilienza e capacità proattiva, anche in situazioni di forte avversità.

Il senso di comunità molto radicato, la condivisione delle problematiche connesse alla patologia, la possibilità di avere supporto materiale ed emotivo – in qualsiasi momento e con un ridotto livello di esposizione – rendono le relazioni fra i membri delle *community online* un punto di forza. Queste relazioni, infatti, accrescono il senso di valore personale e la costruzione dell'identità, favorendo l'inclusione sociale; il supporto dei pari permette di contrastare vissuti di vergogna e isolamento dovuti alla percezione sociale stigmatizzante del diabete, spesso associato a stili di vita scorretti.

L'intensa risposta emotiva che accompagna l'esordio della malattia rappresenta un importante fattore individuale da considerare negli studi sull'adattamento psicosociale al diabete e sull'accettazione del proprio corpo.

A differenza dell'ambulatorio medico, dove l'interazione diretta tra pazienti è limitata, le *community online* sono caratterizzate dallo scambio di narrazioni e dati prodotti dalle tecnologie corporee. Tali condivisioni si configurano come uno scambio di risorse simboliche e richiamano la riflessione di Bourdieu (1983) sull'agire pratico; il capitale simbolico costruito all'interno delle *community* acquisisce valore in funzione del prestigio di chi lo detiene.

6. CONCLUSIONI

Questo studio si inserisce nel dibattito internazionale sulla salute digitale e mostra come la gestione del diabete non sia riducibile alla sola dimensione medica. Le pratiche di *self-tracking* influenzano non solo l'autogestione clinica ma anche le dinamiche identitarie e relazionali.

La tecnologia non può essere considerata neutra: la sua adozione modifica il rapporto con il corpo e la percezione sociale della malattia. La

condizione delle persone con diabete mette in evidenza la complessità della gestione della patologia che coinvolge aspetti clinici, psicologici e sociali.

La non accettazione di un oggetto estraneo collegato al proprio corpo per l'intero arco della giornata può generare sentimenti contrastanti. Queste evidenze confermano l'importanza di un modello di cura che metta al centro la persona e non la malattia (Engel, 1977).

Le nuove tecnologie offrono opportunità significative per l'autogestione, ma quest'ultima richiede un accompagnamento umano che sostenga l'integrazione dei *device* nella quotidianità. L'autogestione non è semplice esecuzione di compiti, ma ricerca di senso.

Empowerment e engagement devono essere incentivati già all'esordio della malattia con interventi nell'ambiente familiare.

È in questi contesti – caratterizzati da una forte componente emotiva – che sentimenti di ansia e volontà di controllo da parte dei familiari rendono difficile lo sviluppo dell'*empowerment* del paziente e incentivano l'autoisolamento e la percezione di un'immagine corporea negativa; queste dinamiche vengono ulteriormente amplificate dalla visibilità e pervasività delle *health technologies*.

L'utilizzo di CGM e AID produce effetti positivi sul mantenimento di un adeguato controllo glicemico, ma l'iper-attenzione ai dati può risultare estenuante e innescare un rifiuto al cambiamento con effetto di regressione nelle pratiche cliniche e sociali.

Comprendere i racconti delle persone che convivono con una patologia cronica e valorizzarne le esperienze rappresenta un passo fondamentale per costruire percorsi terapeutici efficaci e inclusivi. Inoltre, l'elevata variabilità dei fattori che influenzano il *Time In Range* (TIR), rende necessaria una valutazione del benessere inserita in una prospettiva più ampia, capace di considerare i diversi contesti di vita e di promuovere la salute come un processo globale, sociale e politico. In questa prospettiva, la costruzione di una nuova identità (Canguilhem, 1966) implica un percorso di adattamento a un corpo percepito come "diverso" rispetto al passato.

Future ricerche potrebbero approfondire ulteriormente il ruolo delle tecnologie digitali nella ridefinizione delle pratiche di cura, con particolare attenzione alle differenze legate all'età di esordio della patologia, ai diversi livelli di competenza tecnologica dei pazienti e alle disuguaglianze nell'accesso e nell'utilizzo di tali strumenti.

Integrare le esperienze vissute dalle persone con diabete con le potenzialità offerte dall'innovazione tecnologica potrebbe favorire lo sviluppo di nuovi modelli di cura sempre più inclusivi, personalizzati e

sostenibili.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (2026) 7. Diabetes Technology: Standards of Care in Diabetes. *Diabetes Care*. 49(Suppl.1): S150-S165.
- ATZORI, F. (2022). Pratiche di self-tracking e autocura nella società digitale. Il caso del diabete tra opportunità e limiti. In G. Giarelli, A. Genova, V. Moretti (a cura di) *Personalizzazione della cura e partecipazione dei cittadini nella società digitale sindemica* (pp. 55-69). Milano: FrancoAngeli.
- BARAD, K. (2007). *Meeting the Universe Halfway: Quantum Physics and the Entanglement of Matter and Meaning*. Durham: Duke University Press.
- BECK, U. (2000). *La società del rischio*. Roma: Carocci.
- BENNETT, J. (2023). *Materia vibrante. Un'ecologia politica delle cose*. Palermo: Timeo.
- BIANCO, A. (2019). *The Next Society*. Sociologia del mutamento e dei processi digitali. Milano: FrancoAngeli.
- BOURDIEU, P. (1980). *Il senso pratico*. Roma: Armando.
- BOURDIEU, P. (1983). La distinzione. Critica sociale del gusto. Bologna: Il Mulino.
- BOURDIEU, P. (1999). *Il dominio maschile*. Milano: Feltrinelli.
- BRAIDOTTI, R. (2019). A theoretical framework for the critical posthumanities. *Theory, Culture & Society*. 36(6): 31-61.
- BURY, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*. 4(2): 167-182.
- BURY, M. (1991). The sociology of chronic illness: A review of research and prospects. *Sociology of Health & Illness*. 13(4): 451-468.
- CANGUILHEM, G. (1966). *Il normale e il patologico*. Torino: Einaudi.
- CERVELLONE, M. et al. (2022). La percezione corporea in relazione alla percezione della malattia e alla qualità della vita in un campione di pazienti con Diabete Mellito di Tipo 1. *Rivista Solidarietà*, 92: 39-48.
- CHARMAZ, K. (1983). Loss of Self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health & Illness*. 5(2): 168-195.
- CHARMAZ, K., BELGRAVE, L. (1995). The body, Identity and self: Adapting to impairment. *The Sociological Quarterly*. 36(4): 657-680.
- COLEMAN, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*. 94: S95-S120.
-

- DATTILO, V. (2022). In memoriam: Antropocene, natura e cultura: Bruno Latour e gli ibridi. *Dialoghi Mediterranei*. 1 novembre. Disponibile online: <https://www.istitutoeuroarabo.it/DM/in-memori-am-antropocene-natura-e-cultura-bruno-latour-e-gli-ibridi/>
- DIANA, P., MONTESPERELLI, P. (2005). *Analizzare le interviste ermeneutiche*. Roma: Carocci.
- ENGEL, G. L. (1977). La necessità di un nuovo modello medico: una sfida per la biomedicina. *Science*. 196(4286): 129-136
- FAGGIANO, I. (2023). Giornata mondiale del diabete: quella 2023 celebriamola all'insegna delle buone notizie. *Sanità Informazione*. 14 novembre. Disponibile online: <https://www.sanitainformazione.it/giornata-mondiale-del-diabete-quella-2023-celebriamola-allinsegna-delle-buone-notizie-ecco-quali/>
- FRANK, A. W. (1995). *The wounded storyteller*. Chicago: The University of Chicago Press.
- GIANNETTA, E. (2023). Jane Bennett: Umani, ma non del tutto. *Rivista Studio*. Disponibile online: <https://rivistastudio.com/jane-bennett-intervista>
- GIARELLI, G. (2020). Sociologia della salute e della medicina. Bologna: Il Mulino.
- GIARELLI, G., VICARELLI, G. (2021). *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*. Milano: FrancoAngeli.
- GIDDENS, A. (1979). *Central problems in social theory: action, structure and contradiction in social analysis*. London: Macmillan.
- GHIGI, R. (2020). *La costruzione sociale del corpo*. In M. Cardano, G. Giarelli, G. Vicarelli (a cura di) *Sociologia della salute e della medicina* (pp. 63-83). Bologna: Il Mulino.
- GOFFMAN, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Garden City, NY: Doubleday-Anchor.
- GOFFMAN, E. (1963). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- JANSKY, B. (2024). Digitized Patients: Elaborative Tinkering and Knowledge Practices in the Open-source Type 1 Diabetes Loop Community. *Science, Technology & Human Values*. 49(1): 53-77.
- HARAWAY, D. (2019). *Staying with the Trouble: Making Kin in the Chthulucene*. Durham: Duke University Press.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (2021). *IDF Diabetes Atlas*. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (2024). *IDF Diabetes Atlas*. 11th ed. Brussels: International Diabetes Federation.
- KROSS, E. et al. (2021). Social media e benessere: insidie, progressi e prossimi passi. *Trends in Cognitive Sciences*. 25(1): 55-66.
-

- KULZER, B. (2022). Patients' Experience of New Technologies and Digitalization in Diabetes Care in Germany. *Journal of Diabetes Science and Technology*. 16(6): 1521–1531.
- LEMMA, P. (2005). *Promuovere salute*. Milano: Unicopli.
- LITCHMAN, M. L., WALKER, H. R. (2021). Diabetes identity: a mechanism of social change. *Qualitative Health Research*. 31(5): 913–925.
- LUPTON, D. (2016). *The Quantified Self. A sociology of self-tracking*. Cambridge: Polity Press.
- LUPTON, D. (2018). *Sociologia digitale*. Milano: Pearson.
- LUPTON, D. (2019). *Data Selves: More-than-Human Perspectives*. New York: Polity Press.
- LUPTON, D. (2019). Una nuova analisi materialista sull'automonitoraggio della salute. *Media International Australia*. 171(1): 66–79.
- LUPTON, D., MASLEN, S. (2019). Keeping it real: women's enactments of lay health knowledges and expertise on Facebook. *Sociology of Health & Illness*. 41(8): 1637–1651.
- LUPTON, D., MASLEN, S. (2019). How women use digital technologies for health: qualitative interview and focus group study. *Journal of Medical Internet Research*. 21(1): e11481.
- LUPTON, D. (2021). "The Internet Both Reassures and Terrifies": Exploring the more-than-human worlds of health information using the story completion method. *Medical Humanities*. 47(1): 68–77.
- LUPTON, D., et al. (2023). Presente e futuro della sociologia digitale: un'intervista con Deborah Lupton. *Teknocultura*. 20(2): 239–242.
- MATURO, A. (2024). *Il primo libro di sociologia della salute*. Torino: Einaudi.
- MARCUS, G. (2009). L'etnografia nel/del sistema mondo. L'affermarsi dell'etnografia multi-situata. In F. Cappelletto (a cura di), *Vivere l'etnografia* (pp. 155–180). Firenze: Seid.
- MOL, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham, NC: Duke University Press.
- MOL, A. (2008). *The logic of care: health and the problem of patient choice*. London: Routledge.
- PARKER, E.D. et al. (2024). Economic costs of diabetes in the U.S. in 2022. *Diabetes Care*. 47(1): 26–43.
- PARVINIANNASAB, A. M. et al. (2024). The effect of social support, diabetes management self-efficacy, and diabetes distress on resilience among patients with type 2 diabetes: a moderated mediation analysis. *BMC Public Health*. 24(1): 477.
- PENTECOSTE, N. (2013). Goffman rewind: la presentazione del self nel
-

- quotidiano digitale. *Mediascapes Journal*. 2: 106-118.
- POLS, J., MOL, A., MOSER, I. (2010). *Care in Practice. On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- QUAGLIA, V. (2020). Men, masculinities and diabetes: "Doing gender" in Italian men's narratives of chronic illness. *Sociology of Health & Illness*. 42(8): 1902-1917.
- ROBERTS, L. D. (2015). Ethical issues in conducting qualitative research in online communities. *Qualitative Research in Psychology*. 12(3): 314-325.
- SANFELICI, M., NOTHDURFTER, U., BILOTTI, A. (a cura di) (2026). *Tecnologie digitali nel servizio sociale. Apprendere dalla ricerca per orientare la pratica*. Milano: FrancoAngeli.
- SCIBILIA, R. (2017). Deliberately Non-Compliant Diabetic. Diabetogenic. 25 ottobre. Disponibile online: <https://diabetogenic.blog/2017/10/25/deliberately-non-compliant-diabetic/>
- SOCIETÀ ITALIANA DI DIABETOLOGIA (2024). *Stati generali sul diabete*. Disponibile online: <https://www.siditalia.it/fesdi/stati-general-sul-diabete>
- VERSHININA, I. A., LIADOVA, A. (2022). Digital Health: Deborah Lupton's Concept "Thinking with care", *Sociological Studies*. 4: 105-113.
- WILLIAMS, G. (1984). The genesis of chronic illness: narrative reconstruction. *Sociology of Health & Illness*. 6(2): 175-200.
- WILLIAMS, J. S. (2000). Chronic Illness as Biographical Disruption or Biographical Disruption as Chronic Illness? Reflections on a Core Concept. *Sociology of Health & Illness*. 22(1): 40-67.
- ZITO, E. (2016). *Vivere (con) il diabete*. Milano: Ledizioni.
-