

PROBLEMATIZZANDO EPISTEMOLOGIE IN SALUTE COLLETTIVA

SAPERI DALLA
COOPERAZIONE BRASILE E
ITALIA

A cura di
Emerson Elias Merhy
Angelo Stefanini
Ardigò Martino

Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale

editora

redemida



Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale

A cura di
Emerson Elias Merhy
Angelo Stefanini
Ardigò Martino

**PROBLEMATIZZANDO EPISTEMOLOGIE IN SALUTE
COLLETTIVA**

SAPERI DALLA COOPERAZIONE BRASILE E ITALIA

1ª Edizione
Porto Alegre, Brasile/Bologna, Italia - 2015
Rede UNIDA/CSI-Unibo

Coordinatore Nazionale della Rete UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordinatore Editoriale

Alcindo Antônio Ferla

Comitato Editoriale

Adriane Pires Batiston - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Àngel Martínez-Hernández - Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Stefanini – Università di Bologna, Italia

Ardigò Martino - Università de Bologna, Italia

Berta Paz Lorido - Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart - Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Izabella Barison Matos - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Julio César Schweickardt - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker - Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green - University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico - Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos - Universidade Federal da Bahia, Brasil

Mara Lisiane dos Santos - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman - Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva - Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Ricardo Burg Ceccim - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana Staevie Baduy - Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Sueli Goi Barrios - Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Túlio Batista Franco - Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Commissione Esecutiva Editoriale

Janaina Matheus Collar

João Becon de Almeida Neto

Arte grafica - Copertina

O Caminho

Valdir Moreira

Progetto Grafico

Janaina Matheus Collar

Diagrammazione

Luciane de Almeida Collar

Traduzione e Revisione Lingua

Italiana

Francesco Sintoni

Anna Ciannameo

Ardigò Martino

Cristina Di Domenico

Bibliotecaria Responsabile

Jacira Gil Bernardes

Copyright © 2015 by Emerson

Elias Merhy, Angelo Stefanini,

Ardigò Martino.

Questo progetto è un'iniziativa

va della cooperazione tra

Universidade Federal do Rio

Grande do Sul (UFRGS) e

Università di Bologna (UNIBO),

finanziato da: Ministero della

Salute del Brasile, Organizzazione

Pan-Americana della Sanità -

OPAS, CAPES, UFRGS e UNIBO.

DATI INTERNAZIONALI DI CATALOGAZIONE NELLA PUBBLICAZIONE-CIP

P972 Problematizzando epistemologie in salute collettiva: saperi dalla cooperazione Brasile e Italia [formato elettronico] / Emerson Elias Merhy, Angelo Stefanini, Ardigò Martino, a cura di. – 1. ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA; Bologna: CSI-Unibo, 2015. 140 p. – (Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale) ISBN 978-85-66659-34-4 1. Cooperazione internazionale – Salute collettiva. 2. Disuguaglianze sociali – Salute. 3. Salute pubblica – Brasile. 4. Salute pubblica – Italia. I. Merhy, Emerson Elias. II. Stefanini, Angelo. III. Martino, Ardigò. IV. Serie. CDU: 614 NLM: WA100 Bibliotecaria responsabile: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Indice

Introduzione.....	7
Le disuguaglianze in salute: spunti per una riflessione teorica.....	15
Dalla ripetizione alla differenza: costruendo significati con l'altro nel mondo del <i>cuidado</i>.....	35
Salute e Diritti Umani: perché non può esserci salute senza il rispetto dei diritti umani.....	55
Moltitudine e differenza: La Salute Pubblica e la produzione dell'Altro come diseguale al giorno d'oggi.....	77
Corpo, malattia e cura in una prospettiva di salute globale.....	103
Le “viste dei punti di vista”: Tensioni all'interno dei programmi di “Salute della famiglia” e possibili strategie di intervento.....	127
Gli autori.....	139

Introduzione

Angelo Stefanini

Problematizzare, smascherare, *'crapdetecting'*

“Un modo di leggere la storia del genere umano” scrivevano Postman e Weingarten “è di vederla come una lotta continua contro la venerazione delle cazzate (in inglese *'crap'*). La nostra storia intellettuale non è che la cronaca dell'angoscia e della sofferenza di uomini che hanno tentato di aiutare i propri contemporanei a prendere coscienza del fatto che una parte delle loro convinzioni più radicate sono fraintendimenti, credenze erranee, superstizioni e addirittura vere e proprie menzogne.” (POSTMAN; WEINGARTNER, 1976) Secondo questi autori, l'educazione a qualsiasi livello dovrebbe tendere a formare esperti in *crapdetecting*, rilevatori/scopritori delle “bufale” ovunque circolanti a sostegno delle violenze istituzionali che servono a conservare intatto l'ordine sociale in cui ci troviamo a vivere. Tenere in piedi questa impalcatura di violenza strutturale (GALTUNG, 1969) è compito dell'ideologia scientifica del gruppo dominante del cui consenso gli intellettuali sono, secondo l'espressione di Antonio Gramsci (1955), i *'commessi'*, i *'funzionari'*, affiancati da quelli che Sartre chiamava i *'tecnici del sapere pratico'*, “gli esecutori

materiali delle ideologie e dei ‘crimini di pace’ da esse legalizzati e giustificati.” (BASAGLIA; ONGARO BASAGLIA, 1975, p. 5)

Gli scritti raccolti in questo libro evidenziano, in modi diversi, come i professionisti sanitari possano ricoprire questo ruolo attraverso un’opera di normalizzazione e omologazione dello stesso “modello medico egemonico che svaluta e delegittima gli altri saperi sulla salute.” (MERHY, in questo volume) Un tema trasversale che emerge riguarda la necessità della “problematizzazione”, dello smascheramento della realtà, una sorta di *crapdetecting* in funzione del rifiuto della delega che il professionista della salute deve compiere, declinando di seguire passivamente idee e pratiche, limitandosi ad accettarle così come si presentano, ma chiedendosi invece quale sia il loro fondamento e il loro significato.

Nelle parole di Franco Basaglia e Franca Ongaro Basaglia, “smascherare nella pratica che la fabbrica è nociva alla salute, che l’ospedale produce malattia, che la scuola crea emarginati e analfabeti, che il manicomio produce pazzia, che le carceri producono delinquenti e che questa produzione ‘deteriore’ è riservata alla classe subalterna, significa spezzare l’unità implicita nella delega data ai tecnici che hanno il compito di confermare, con le loro teorie scientifiche, che pazzi, malati, ritardati mentali, delinquenti sono ciò che sono ‘per natura’, e che scienza e società non possono modificare processi connaturati nell’uomo.” (BASAGLIA; ONGARO BASAGLIA, 1975, p. 8)

Un esempio tra i tanti di come l’ideologia e i suoi tecnici/commissari operino nella pratica è identificabile nel processo di definizione dei bisogni di salute di una popolazione, quella che dovrebbe essere la fase iniziale e più intrinsecamente politica nella programmazione di un intervento sanitario. Ciò che in genere succede, tuttavia,

è che il medico o professionista della salute, a causa del tipo di formazione ricevuta e della sua stessa classe di appartenenza, nello svolgimento della sua attività si limita a riconoscere soltanto i bisogni precostituiti, fissati dall’ideologia che orienta l’organizzazione dell’offerta dei servizi. Senza la partecipazione attiva dell’utente che possa esprimerli, la risposta che il professionista non può che proporre fa parte della cultura da lui incorporata, fondamentale opposta a quella di coloro cui dovrebbe prestare il servizio.

Come argomentavano i Basaglia, G.A. Maccacaro (1979) e Marcello Cini (CICCOTTI et al, 1976) oltre quattro decenni fa, il rifiuto di questo ruolo può avvenire attraverso la critica della scienza in quanto ideologia (cioè in quanto strumento di manipolazione in vista del consenso) di cui il tecnico/professionista sanitario non accetta più di essere garante e che si rivela nel rapporto diretto tra committente e funzionario ossia tra gruppo dominante e professionista della salute. In tal modo quest’ultimo si sgancia dalla logica del bisogno indotto da un’offerta già storicamente presente e alla ricerca di una domanda la cui risposta è esattamente quella che l’organizzazione è lì apposta per dare e che ha tutto l’interesse ad allargare indefinitamente, secondo la ben roduta logica capitalista.

“Al di là del bisogno: la società è servita” (BUSH, 1975)

Bush (1975) descrive come un’organizzazione “la cui pubblica funzione consiste nel servire le persone che hanno bisogno di aiuto” (quella che nel nostro contesto potrebbe essere una Azienda Unità Sanitaria Locale - AUSL) possa arrivare a programmare come se il suo unico scopo fosse quello di assicurare il proprio funzionamento indisturbato, senza interferenze o complicazioni. Come può ciò avvenire?

Innanzitutto bisogna definire un gruppo di popolazione, una classe sociale, come avente bisogno di quel servizio. Questo gruppo dovrà essere numericamente più ampio di quanto l'organizzazione è in grado di servire così da potersi riservare il diritto di selezionare quegli elementi che è meno probabile possano creare criticità nel sistema. Scartato il termine 'consumatori' perché, come tutti ben sanno, un servizio sanitario non è una merce che si consuma, essi saranno più propriamente chiamati 'clienti' come succedeva nell'antica Roma per "chi, pur godendo dello stato di libertà, si trovava tuttavia in rapporto di dipendenza da un cittadino potente (il *patrono*), dal quale riceveva protezione." (TRECCANI, 2015) In generale meno i clienti hanno bisogno del servizio che si vuole prestare, e meno potere personale e legami hanno con interessi esterni 'forti', meglio è. Particolarmente adatti saranno quindi gli anziani, i poveri, i figli dei poveri.

Anche se perfettamente amministrata, in questa organizzazione i bisogni dei clienti possono talvolta impedire l'erogazione del servizio. È quindi importante decidere prima di tutto quali siano i servizi che possono essere erogati senza troppo disturbo, cercando di convincere i clienti che proprio quelli sono i servizi di cui hanno bisogno e che la loro percezione dei propri bisogni è fallibile non avendo la preparazione per esprimere giudizi. Una volta convinti i clienti, l'organizzazione farà in modo di occultare alla loro vista eventuali alternative al servizio che essa stessa fornisce. In alcuni casi, può essere necessario assicurare il pubblico per mezzo di una valutazione apparentemente indipendente sull'effettivo funzionamento dei servizi. Faciliterà questo compito la creazione di una sapiente rete d'interessi interdipendenti, fatta di istituti per la formazione, associazioni professionali, enti di accreditamento, ecc. Se comunque fosse necessaria un'ispezione esterna, l'importante è che questa si concentri su metodi e sistemi,

ma mai sui risultati. In caso di criticità, l'organizzazione attribuirà il problema a mancanza di fondi, tecnologia obsoleta o insufficiente ricerca. Essenziale è non mettere in discussione i presupposti operativi dell'organizzazione. Piuttosto, il pubblico deve capire che ciò che occorre è una maggiore quantità delle stesse cose.

Per evitare fallimenti l'organizzazione deve allargare la massa dei clienti potenziali, e chiedere maggiori risorse. Se aumenta il numero dei clienti, infatti, diminuiscono i non-clienti, che sono un elemento potenziale di disturbo. Ciò viene ottenuto o ampliando il controllo sui clienti attuali con trattamenti sempre più precoci e di durata sempre maggiore, o coinvolgendo sia i parenti sia altri che non sono evidentemente malati ma soggetti alle 'crisi' dell'infanzia, dell'adolescenza, della mezza età e della vecchiaia.

Esteso in questo modo il concetto di bisogno fino al suo limite estremo, è necessario convincere le persone rimaste ancora fuori che senza l'aiuto dell'organizzazione non potranno rimanerci a lungo. Vengono così forniti servizi anche ai «pre-bisognosi». "La logica del ragionamento è tanto semplice da essere disarmante. Se uno non è ammalato, è un pre-malato, e pertanto ha bisogno di essere seguito e controllato." (BUSH, 1975, p. 477)

Racconta un esilarante articolo del New England Journal of Medicine dall'inquietante titolo "L'Ultima Persona Sana":

Ho cominciato a capire quello che stava succedendo soltanto un anno fa, a un party. Tutti avevano qualcosa. Molti avevano il colesterolo alto. Uno aveva un'anemia "borderline". Un'altra aveva un Pap test sospetto. Altri due avevano i risultati della prova da sforzo anormali e altri ancora erano preoccupati della co-dipendenza. Non c'era nessuno che

stesse bene. Dopodiché ho cominciato a cercare con più attenzione. Per mesi non ho incontrato una persona che stesse completamente bene. A questa velocità le persone sane scompariranno. (MEADOR, 1994, p. 440-441)

E così la burocrazia dei servizi ha raggiunto il suo perfetto stato di equilibrio laddove l'appartenenza alla clientela, cui la gente chiede di essere ammessa, consente a ognuno di sentirsi realizzato, di percepire il proprio significato. Alla fine nessuno rimarrà fuori dall'organizzazione, la relazione tra bisogno e servizio sarà scomparsa e ognuno userà l'organizzazione non perché ha un bisogno ma perché essa è lì, a disposizione. Equità, allora, vorrà dire il diritto del cliente a entrare nell'organizzazione, anzi: Equità sarà il 'diritto dell'organizzazione a contenere tutti'. (BUSH, 1975, p. 478)

Compito del tecnico/professionista che ha interiorizzato questi processi sarà di promuovere nella comunità la coscienza del proprio ruolo sociale, mettendo a nudo nella pratica i processi di manipolazione e di controllo che sarebbero impliciti nel suo intervento. Quello che tuttavia succede nel campo della programmazione sanitaria, così come in altre branche delle scienze, è che di regola ci si limita a pianificare risposte formalmente universali (cioè programmate per tutti i cittadini), che nella pratica finiscono per rispondere ai bisogni del gruppo dominante e per controllare o contenere i bisogni reali della comunità. Enfatizzare, ad esempio, la qualità del servizio prestato più di quanto non ci si concentri sul suo esito in termini di salute serve evidentemente soprattutto all'organizzazione in sé, più che agli utenti. Nella logica neo-liberista, l'istituzione sanitaria, diventata 'azienda', svolge il ruolo di un complesso produttivo, dove la finalità e la giustificazione del suo esistere (il malato) risultano accessorie. In effetti, l'ospedale

è pensato, predisposto e allestito per rispondere ai bisogni di chi ci lavora più che di chi vi è ricoverato e l'intervento tecnico che in esso viene attuato è presentato sotto la veste della neutralità, come se la divisione e l'asimmetria di potere tra la figura sociale di chi produce il servizio e quella dell'utente fosse totalmente ininfluenza.

Una volta che il tecnico abbia riconosciuto che il suo ruolo, in questo sistema sociale, è quello di manipolare il consenso attraverso le ideologie che egli stesso produce e mette in atto, la sfida è di capire e rendere espliciti, insieme a coloro che sono oggetto di questa manipolazione, "i processi attraverso i quali un'ideologia scientifica riesce a far accettare alla classe subalterna misure che apparentemente rispondono ai suoi bisogni e che, di fatto, la distruggono." (BASAGLIA; ONGARO BASAGLIA, 1975, p. 10)

Contribuire a problematizzare e smascherare che cosa sta dietro le disuguaglianze, la mancanza di diritti, la medicalizzazione della sofferenza, la sfida dei "punti di vista" è ciò che intendono fare gli autori degli scritti che seguono. Essi tuttavia sono ben consci che, in una società in cui il cittadino si sente libero senza esserlo perché scambia come propri i bisogni imposti dal sistema socio-economico (falsamente definiti bisogni sociali), "sono gli individui che devono dire quali sono i bisogni veri e falsi, ma soltanto in ultima analisi; ossia solo se e quando essi sono liberi di dare una risposta. Fintanto che sono ritenuti incapaci di essere autonomi, fintanto che sono indottrinati e manipolati (sino al livello degli istinti), la risposta che essi danno a tale domanda non può essere accettata come fosse la loro." (MARCUSE, 1967, p. 26)

Bibliografia

BASAGLIA, F.; ONGARO BASAGLIA, F.. Il Tecnico del Sapere Pratico, in BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F.. **Crimini di Pace: Ricerche sugli Intellettuali e sui Tecnici come Addetti all'Oppressione**. Torino: Giulio Einaudi, 1975.

BUSH, M. (1975) Al di là del bisogno: la società è servita, in BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F. **Crimini di Pace: Ricerche sugli Intellettuali e sui Tecnici come Addetti all'Oppressione**. Torino: Giulio Einaudi, 1975.

CICCOTTI, G.; CINI, M.; DEMARIA, M.; JONA-LASINIO, G.. (1976) **L'Ape e l'architetto**. Paradigmi scientifici e materialismo storico. Milano: Feltrinelli.

GALTUNG, J. Violence, peace, and peace research. **Journal of peace research**, v.6, n.3, 1969, p. 167-191.

GRAMSCI A. **Quaderni dal carcere: Gli intellettuali e l'organizzazione della cultura**. Torino: Einaudi, 1955.

MACCACARO, G.A. (1979) Per una medicina da rinnovare, **Scritti 1966-1976**, MILANO, Feltrinelli.

MARCUSE, H. **L'uomo a una dimensione**. Torino: Giulio Einaudi, 1967.

MEADOR, C.K. The last wellperson, **NEJM**, Feb10, 1994, p. 440-441.

MERHY, E. **Moltitudine e differenza**. La Salute Pubblica e la produzione dell'Altro come diseguale al giorno d'oggi. In questo volume.

POSTMAN, N.; WEINGARTNER, C. **Teaching As A Subversive Activity**. London: Penguin, 1976.

TRECCANI. **Enciclopedia Italiana**. Definizione: Cliente. Disponibile a: <http://www.treccani.it/vocabolario/cliente/>. Ultimo accesso 17/01/2015

Le disuguaglianze in salute: spunti per una riflessione teorica

Chiara Di Girolamo
Ardigò Martino

Il dibattito internazionale sulla definizione di disuguaglianze in salute è molto acceso e le teorie che sono state proposte per spiegarle si focalizzano di volta in volta su aspetti genetici, biologici, individuali o sociali. Ciascuna definizione e ciascuna teoria non è tuttavia neutra ma sottende visioni, etiche e modelli a volte contrastanti che animano una tensione continua sull'uso dei termini e che rispecchiano i rapporti di forza tra i diversi attori nei vari contesti. Nel definire le disuguaglianze infatti vengono a essere problematizzati i processi che le generano e che possono concorrere alla loro emersione o al loro occultamento e quindi le strategie che possono essere messe in campo per contrastarle.

In tal senso, se le disuguaglianze sono differenze dovute alle scelte degli individui, il ruolo dei sanitari e della comunità diventa quello di fornire le informazioni corrette alla comunità stessa perché questa possa compiere attraverso il libero arbitrio le scelte migliori. Se le disuguaglianze invece sono differenze naturali e inevitabili il ruolo della comunità e dei servizi è tentare di compensare

il più possibile gli effetti della natura sulla salute. Infine, se le disuguaglianze non sono naturali, bensì processi sociali attivi, allora il compito della comunità e dei professionisti sanitari è quello di intervenire direttamente sui processi stessi per modificarli.

Parallelamente, le differenti prospettive teorico-politiche che influenzano il significato che di volta in volta viene attribuito al termine disuguaglianza possono essere ravvisate anche nella varietà dei termini che vengono utilizzati quando vi si fa riferimento. La lingua italiana non è in grado di restituire appieno le molteplici sfumature semantiche che possono essere ravvisate nella terminologia inglese che distingue tra *disparities/differences/variations*, *inequalities* and *inequities*, in quanto spesso questi termini vengono tradotti indifferentemente con “disuguaglianze”. Eppure i termini disparità/differenze/variazioni, disuguaglianze e ancora iniquità non sono del tutto sinonimi ma piuttosto raccontano di differenti visioni e modelli che possono non essere equivalenti tanto sul piano teorico che su quello politico.

Secondo Margaret Whitehead, il termine disuguaglianza (corrispettivo dell'inglese *inequity*) implica un aspetto morale ed etico in quanto fa riferimento a disuguaglianze/differenze/variazioni che sono non necessarie ed evitabili e quindi da considerare ingiuste. (WHITEHEAD, 1990) Sempre secondo la Whitehead ci sarebbero tre caratteristiche distintive che, se presenti contemporaneamente, trasformano le semplici differenze o variazioni dello stato di salute in disuguaglianze, ovvero la loro natura sistematica, la loro produzione sociale e la loro perversità. In altre parole, le disuguaglianze non si presentano in modo casuale, ma mostrano una distribuzione costante all'interno di una popolazione e sono il risultato di processi sociali attivi e non la mera espressione di fattori biologici. Infine le disuguaglianze nell'accesso ai servizi essenziali e

le discriminazioni sociali sono in genere considerate, dalla maggioranza della popolazione, inique e lesive del comune senso della giustizia. (STEFANINI et al, 2004)

Secondo questa interpretazione la coppia “equità-iniquità” sottende aspetti legati all'ingiustizia sociale e a comportamenti illeciti o scorretti. Le differenze negli esiti in salute non sono infatti distribuite in modo casuale nella popolazione, né seguono andamenti definiti da forze estranee all'intervento umano, ma presentano pattern riconoscibili che riproducono dinamiche socialmente definite. Inoltre le disuguaglianze in salute spingerebbero i gruppi di persone che sono già socialmente svantaggiati (in quanto poveri, di genere femminile o in quanto privi di diritti a causa della loro appartenenza) verso un ulteriore livello di svantaggio rispetto alla loro salute. (BRAVEMAN, 2003) In tal senso, possono essere citati come esempi di disuguaglianze la sistematica maggiore incidenza di mortalità o morbilità nelle classi socio-economiche più basse della comunità (WHO, 2008) o il fatto che i figli delle famiglie più povere muoiano con una frequenza doppia di quelli nati da famiglie ricche (BLACK et al, 2003), o che i peggiori esiti in salute dovuti alle barriere di accesso ai servizi sanitari o sociali colpiscano in particolar modo la popolazione più fragile, marginalizzata o discriminata della comunità. (MARMOT; WILKINSON, 1999)

A livello europeo, i primi studi che a partire dagli anni Settanta hanno documentato disuguaglianze in salute sono stati dei lavori britannici, dal *Whitehall Study* (prima edizione rispetto agli anni 1967-1970 e seconda edizione aggiornata al 1985) (MARMOT et al, 1991; VAN ROSSUM, 2000) al *Black Report* (DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, 1980) pubblicato nel 1980, all'*Acheson Report* (ACHESON, 1998) del 1998. Il primo era uno studio di una coorte di impiegati della pubblica amministrazione che aveva l'obiettivo di studiare la prevalenza di malattie

cardiovascolari e i tassi di mortalità rispetto alla classe sociale di appartenenza, mentre gli altri due erano studi basati sulla popolazione generale con l'obiettivo di studiare i tassi di mortalità. Tutti e tre i lavori, seppure con delle specificità legate ai diversi disegni di studio e ai differenti obiettivi, evidenziavano disuguaglianze negli esiti in salute rispetto al livello socio-economico in un contesto caratterizzato da sistema sanitario di tipo universalista, gratuito al punto di accesso, sovvenzionato attraverso la tassazione generale e quindi tendenzialmente equitativo e redistributivo.

A questi studi sono poi succedute una serie di altre ricerche, sia incentrate sulle disuguaglianze all'interno degli stati, sia su quelle tra gli stati, che hanno via via sollevato la gravità del quadro epidemiologico e costretto a una profonda riflessione il mondo dei sanitari. Tanto che nel 2005 l'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) ha lanciato una commissione per lo studio delle disuguaglianze in salute, che esiterà nel 2008 nel famoso rapporto "Closing the Gap in a Generation" (WHO Commission on Social Determinants of Health 2008) e in un programma di lavoro permanente declinato attraverso un dipartimento della stessa OMS.

Come già sottolineato, accanto alla constatazione della presenza di disuguaglianze sociali, è fondamentale comprendere quali siano i meccanismi attraverso cui lo svantaggio sociale, relativo e assoluto, agisce sulla salute. E allo stesso tempo soffermarsi sui paradigmi teorici che vengono utilizzati per spiegarle, in quanto diverse definizioni e interpretazioni offrono spiegazioni alternative, non necessariamente contrapposte, rispetto ai processi che le generano e che concorrono alla loro emersione o al loro occultamento e possono quindi portare a differenti strategie di contrasto. (MARTINO, 2012)

Diverse sono le prospettive teorico-politiche

che si sono andate costruendo intorno al tema delle disuguaglianze e dei determinanti di salute all'interno del panorama dell'epidemiologia sociale, il cui principale ambito di interesse sarebbe proprio quello dell'analisi delle disuguaglianze nella salute. (KRIEGER, 2011) Tali prospettive si differenzerebbero sul piano dell'analisi politica e quindi su quello dell'attenzione riservata al ruolo dei sistemi economico-politici e alle relative priorità e politiche nella produzione di esiti differenziali in salute. Allo stesso tempo, alcuni approcci avrebbero come centro dell'interesse i determinanti della salute mentre altri sarebbero più interessati a studiare i determinanti della distribuzione differenziale della salute nella popolazione.

Stando a questa classificazione (KRIEGER et al, 2010), da un lato si possono ravvisare approcci tendenzialmente de-politicizzati costruiti intorno al concetto di determinanti sociali di salute (nella lingua inglese *social determinants of health*) intesi come le circostanze materiali e sociali in cui le persone nascono, vivono, crescono, lavorano e invecchiano. (MARMOT; WILKINSON, 1999; WHO, 2008) Tali circostanze sarebbero influenzate da un ambiente sociale, a sua volta modellato da politiche governative, ma la considerazione di queste politiche così come dei sistemi politico-economici e delle relative strutture, priorità e conflitti non è posta al centro dell'analisi. In altre parole, si tende a descrivere una situazione senza nominare chi, perché e come la sta producendo; quello di cui ci si preoccupa è l'esito di salute in relazione a un dato fattore (esempio la povertà) ma non il perché dell'esistenza di quel fattore.

Il rapporto finale della Commissione sui determinanti sociali di salute dell'OMS (WHO Commission on Social Determinants of Health 2008), può essere considerato come uno dei principali e più recenti documenti in cui tale approccio viene utilizzato. La mancanza del riconoscimento

esplicito delle dinamiche di potere (in termini di classe, genere, razza e politica) è stata oggetto di numerose critiche a tale rapporto. (NAVARRO, 2009) Evitare di nominare le forze e istituzioni che sono responsabili della genesi e del mantenimento delle circostanze sociali che generano esiti differenziali in salute, è la principale motivazione per cui tale approccio è stato definito sostanzialmente a-politico. (BIRN, 2009) Parallelamente il rapporto rappresenterebbe “un’opportunità perduta” nell’esplicitare le connessioni tra i determinanti sociali, la salute pubblica e i diritti umani, intesi come potente strumento di azione nel contrasto dei fattori sociali ed economici che danneggiano la salute. L’approccio dei diritti umani infatti sarebbe un prezioso strumento in grado di dare spessore all’analisi delineata nel rapporto, di contribuire all’implementazione delle raccomandazioni e di mettere i governi nella posizione di dover rendere conto delle loro politiche rispetto alle disuguaglianze nella salute. (HUNT, 2009)

Inoltre, il modello dei determinanti di salute così come descritto, utilizza, nella spiegazione delle dinamiche di produzione della salute e della malattia, i termini prossimale e distale per indicare quei fattori che risiedono più o meno vicino al corpo umano e alla sua biologia. In questa ottica si conviene che le malattie abbiano origini che possono essere rintracciate sia fuori che dentro al corpo e che, mentre i fattori sociali appartengono al mondo “distale”, quelli biologici appartengono al mondo del “prossimale”. Le relazioni tra questi due mondi avverrebbero in maniera gerarchica e tendenzialmente unidirezionale: i fattori distali esercitano la loro influenza attraverso dei fattori che a mano a mano si fanno più prossimali e vicini ai fenomeni che avvengono all’interno del corpo. Questa suddivisione piuttosto deterministica impedirebbe sia di considerare la reciprocità e la multidirezionalità delle relazioni tra fattori, sia di apprezzare gli effetti diretti dei fattori socio-economici

e delle strutture politiche – classificati come distali – sugli esiti di salute o malattia delle persone. (KRIEGER, 2008)

Nonostante questi limiti, il modello dei determinanti di salute rappresenta uno strumento efficace dal punto di vista comunicativo che permette, anche da una prospettiva biomedica, di leggere i processi di salute e malattia degli individui senza isolarli dal contesto ampio in cui vivono e di dare una spiegazione alle disuguaglianze in salute. (MARTINO, 2012)

All’interno di questa prospettiva, le disuguaglianze sarebbero il risultato dell’esposizione differenziale di diversi gruppi ai fattori che influenzano la salute; tali fattori, definiti appunto determinanti distali come ad esempio la povertà, agirebbero come “cause delle cause” e attraverso una catena di eventi impatterebbero sulla genesi delle malattie. In altre parole, l’attenzione si concentra sul “come” (catena di eventi che, dal distale al prossimale, porta all’evento malattia in un gruppo piuttosto che in un altro) piuttosto che sul “perché” (perché si hanno esiti così diversi in un gruppo rispetto a un altro).

Dall’altro lato, altri approcci, che utilizzano il concetto di determinanti “societari” della salute intesi come il congiunto dei sistemi economico-politici (nella lingua inglese *societal determinants of health*), pongono al centro del discorso il potenziale ruolo dei sistemi economico-politici e delle loro scelte e priorità nel produrre esiti differenziali, affiancando al quesito “come” il quesito “perché”. (BIRN, 2009; KRIEGER et al, 2010) Secondo tali approcci, considerati più critici proprio in virtù dell’analisi politica proposta nella lettura dei processi di salute e malattia, le disuguaglianze in salute risulterebbero dalla promozione degli interessi economici e politici di coloro che detengono il potere e i privilegi a scapito del resto della comunità. Il benessere e le migliori condizioni di salute di alcuni sarebbero quindi guadagnate

alle spese di coloro che vengono costretti a vivere e lavorare in condizioni sfavorevoli. L'attenzione sarebbe in questo caso rivolta non tanto a dei fattori statici ma piuttosto alle "cause" delle "cause delle cause" ovvero ai processi che determinano la diversa distribuzione di ricchezze e alle dinamiche di potere che ne stanno alla base. (NAVARRO, 2009)

Il quesito centrale verrebbe pertanto sul perché dell'esistenza di esiti diseguali nella distribuzione di potere, ricchezza e salute piuttosto che sulla mera rilevazione di tali esiti che si danno in virtù di differenze sociali.

Accanto agli approcci precedentemente descritti, un'altra prospettiva che si è andata delineando nel contesto dell'epidemiologia sociale ovvero dello studio della distribuzione delle malattie all'interno del contesto sociale in cui occorrono, è quella proposta dall'epidemiologa americana Nancy Krieger che prende il nome di teoria ecosociale. (KRIEGER, 1994) Tale contributo si articola anche a partire dagli approcci finora menzionati seppure con punti di distacco e si pone come un'alternativa teorica, metodologica e pratica che prende le distanze sia dal riduzionismo biomedico e dalla classica "epidemiologia dei fattori di rischio", sia da un olismo indifferenziato che non tiene conto delle specifiche esposizioni, malattie, contesti sociali e temporali e che non è pertanto in grado di produrre un avanzamento del pensiero epidemiologico.

A partire da una riflessione teorica che integra diverse discipline al fine di evitare la frammentazione e la decontestualizzazione dei saperi e delle conoscenze (KRIEGER, 1999), la teoria ecosociale legge i fenomeni di salute e malattia in maniera processuale analizzando l'insieme di cause interne che si verificano nella biologia degli esseri umani alla luce del contesto economico, politico e sociale, delle relazioni di potere e in una prospettiva profonda tanto

da un punto di vista storico quanto geografico. Particolare rilevanza è data al contesto ecologico inteso come spazio dinamico e multidirezionale di interazione tra individuo, popolazioni e ambiente che, attraverso le loro multiple interconnessioni, si modellerebbero reciprocamente.

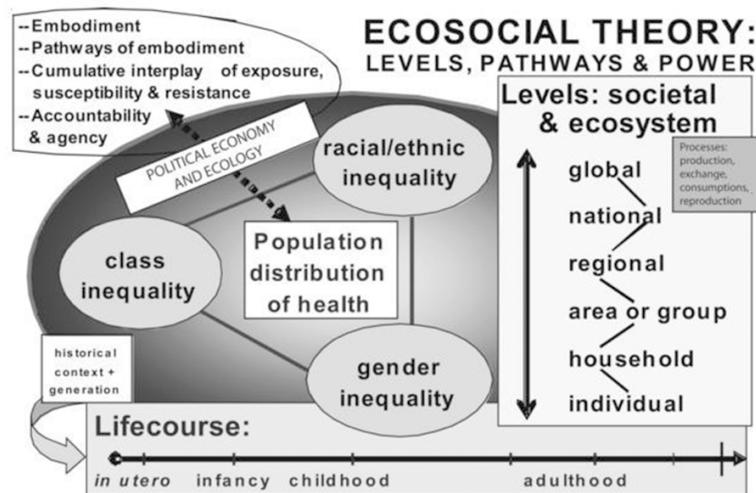
Nello studio della salute, spesso le interazioni tra individuo e ambiente vengono indagate in maniera parziale, attraverso discipline differenti che di fatto producono saperi frammentati e azioni non integrate con il risultato di disaggregare la realtà e di limitare l'utilizzo delle conoscenze nella pratica. Per esempio, la costruzione del falso dualismo tra paziente e ambiente, tra mente e corpo, tra natura e cultura, tra biologia e società, si risolve in azioni prodotte da ambiti disciplinari e da professionisti svincolati gli uni dagli altri, non necessariamente coordinati, con effetti negativi rispetto all'efficacia degli interventi.

La teoria ecosociale si pone come obiettivo quello di rispondere al quesito "Chi e cosa produce le forme presenti e in evoluzione delle disuguaglianze nella salute?" e di conseguenza "Chi e cosa determina la distribuzione e i livelli generali di morbilità e mortalità?" (KRIEGER, 2001) Per rispondere a questi interrogativi, essa costruisce un quadro di riferimento che si articola intorno a complesse asserzioni e concetti articolati di seguito.

Dando una pragmatica continuità di analisi ai piani biologico e sociale e riconoscendo che gli esseri umani sono contemporaneamente esseri sociali e organismi biologici, uno dei cardini della teoria ecosociale è il concetto di incorporazione, ovvero l'idea che "le persone letteralmente incorporano le esperienze vissute nei rispettivi contesti sociali ed ecologici, generando in tal modo modelli di produzione della salute e della malattia". Senza sminuire il ruolo e l'importanza delle caratteristiche biologiche e delle variazioni individuali nei processi di salute e malattia, l'idea

di incorporazione assume che i determinanti di tali processi non possano essere ridotti meramente alle caratteristiche innate di ciascuno ma piuttosto debbano essere ricercati in fattori e dinamiche esogeni al corpo stesso.

Figura 1. La teoria ecosociale. (KRIEGER, 1994, 2008)



Il corpo e le sue manifestazioni patologiche diventano quindi l'espressione biologica di relazioni sociali; allo stesso tempo, il corpo non è visto solo come prodotto delle relazioni complesse che si danno nello spazio ecologico, ma anche come produttore delle relazioni stesse.

Le relazioni tra corpo biologico e più ampio contesto ecologico diventano bidirezionali in un quadro in cui i determinanti della distribuzione del carico di malattia "si manifestano a diversi livelli e coinvolgono scale spazio-temporali differenti, rendendo di fatto più probabile che i fenomeni dei livelli macro guidino e limitino i fenomeni dei livelli meso e micro che vice-versa." (KRIEGER, 2011)

Data la complessità delle relazioni e dei contesti

in cui esse si dipanano, i percorsi di incorporazione sono multipli e possono essere ricostruiti prestando attenzione di volta in volta alla specificità delle relazioni stesse. Tali percorsi non sono dunque prevedibili e si definiscono in virtù della congiunta e cumulativa interazione tra esposizione, suscettibilità e resistenza, a diversi livelli (che vanno dal contesto globale fino allo spazio domestico e a quello individuale), lungo il corso della vita secondo una prospettiva storica. In altre parole, dalla nascita all'infanzia, fino all'adolescenza e all'età adulta, l'individuo si relaziona con l'ambiente circostante accumulando diverse esposizioni che possono dare luogo a differenti scenari di salute o malattia in relazione alla suscettibilità o resistenza dell'individuo stesso. L'esito di una determinata esposizione in un determinato momento dipenderà quindi dalla storia dell'individuo e delle sue esposizioni precedenti che si sono date in uno specifico contesto che può avere modificato la sua suscettibilità o resistenza al fattore in esame. Suscettibilità e resistenza ai fattori di esposizione si esplicano a livello biologico ma di fatto fanno riferimento a processi relazionali del soggetto che agiscono a multipli livelli. Allo stesso tempo il concetto di esposizione fa riferimento non solo a singoli fattori di rischio di tipo biologico, chimico o fisico ma a una serie di condizioni e dinamiche iscritte nello spazio sociale quali (1) la deprivazione economica e sociale, (2) sostanze tossiche, patogeni e condizioni rischiose per la salute, (3) discriminazione e altre forme di traumi socialmente inflitti come le minacce verbali o atti violenti a livello mentale, fisico e sessuali, sperimentati direttamente o a cui si è assistito, (4) marketing mirato di prodotti nocivi come ad esempio il cibo "spazzatura" o sostanze psicoattive come il tabacco, l'alcool e altre droghe lecite e illecite, (5) assistenza sanitaria inadeguata o degradante e infine (6) degrado degli ecosistemi, incluso l'alienazione sistematica delle popolazioni indigene dalle loro terre e dalle loro

economie tradizionali. Sebbene questo elenco non sia né esaustivo né definitivo, viene presentato dall'autrice come spazio di confronto e come opportunità nella spiegazione di possibili meccanismi di generazione delle disuguaglianze. (KRIEGER, 2011)

All'interno di questa cornice di riferimento le disuguaglianze nella salute sono l'espressione delle disuguaglianze sociali che vengono incorporate nelle caratteristiche anatomo-fisiologiche che influenzano la salute. (KRIEGER; DAVEY SMITH, 2004) In altre parole, il corpo malato diventa la traccia concreta delle traiettorie di vita degli individui dipanatesi attraverso percorsi peculiari e dinamici in un dato contesto ecologico e in una data epoca e le disuguaglianze nella salute rappresentano il segno nei corpi di forze e fattori esogeni ai corpi stessi. (MARTINO, 2012) Il corpo quindi racconta storie sulle condizioni dell'esistenza ed è attraverso il corpo e le sue manifestazioni che si può acquisire una profonda conoscenza di quello che viene definito corpo politico (connesso alla dimensione politica e alle dinamiche di potere e controllo). (KRIEGER, 2005) L'analisi delle disuguaglianze in salute nel contesto di popolazioni fatte da corpi non può esimersi dal prendere in considerazione "le forme dell'organizzazione della società stessa, dalle dinamiche di distribuzione di potere e risorse, dalle forme di produzione e riproduzione della vita – sia sociale che biologica – nello spazio vitale che coinvolge le persone, le altre specie e il mondo biofisico in cui essi vivono." (KRIEGER, 2011)

Inoltre, nel rilevare differenze negli esiti in salute si fa necessariamente riferimento a gruppi di popolazione. In questo caso, anche se le differenze biologiche si manifestano attraverso i corpi individuali non possono essere considerate come attinenti intrinsecamente alla biologia, ma piuttosto risultanti dalle relazioni tra i gruppi stessi. Le divisioni tra

gruppi che si sono definite dinamicamente nel corso del tempo, da un lato si sono costruite mutualmente intorno a coppie di alterità quali padrone/dipendente, colonizzatore/colonizzato, libero/schiavo, nativo/immigrato, dall'altro hanno di fatto stabilito le regole, più o meno ufficialmente, rispetto a come i diversi gruppi accumulano o possono ereditare proprietà, privilegi e altre risorse in un dato tempo e attraverso le generazioni. Una tale analisi, geograficamente ampia e storicamente profonda, diventa cruciale nell'interpretazione delle disuguaglianze tra i gruppi.

A partire da questa prospettiva, l'epidemiologia non può esimersi dal riflettere criticamente sui concetti di livello (dal globale all'individuale, come illustrato nella Figura 1), esposizioni, potenziali confondenti o modificatori di effetto, ciascuno in relazione ai gruppi sociali e alle coordinate spaziali e temporali dell'analisi e al contesto ecologico ampio in cui si esprimono. Per interpretare e comunicare il senso e le limitazioni dei risultati degli studi epidemiologici e per fornire spiegazioni rispetto ai processi di salute, malattia e benessere è necessario intraprendere una epidemiologia autoriflessiva che situi tanto le sue teorie che le sue ipotesi, metodi di analisi e interpretazioni nel più ampio contesto sociale.

In questi termini viene articolato un altro concetto fondamentale della teoria ecosociale, ovvero le componenti di responsabilità e agentività (intesa come capacità di agire). L'epidemiologia quindi viene investita, al pari degli altri attori che operano nel contesto sociale, della responsabilità di descrivere, in maniera informata, i processi di salute e malattia in quanto con le sue descrizioni può essere fattore di occultamento di alcuni processi oppure agente attivo della loro rivelazione. (KRIEGER, 2011) Se la diseguale distribuzione della salute nella popolazione

è definita dalla diseguale distribuzione di risorse e potere tra individui e gruppi sociali, compito dell'epidemiologia è quindi descrivere "l'economia politica della salute", definita dall'organizzazione dei sistemi politici ed economici e dai rispettivi pattern di distribuzione della ricchezza e del potere. La completa e corretta descrizione delle disuguaglianze e dei processi che le generano però non è comunque sufficiente alla loro risoluzione; oltre alla responsabilità nella descrizione, è necessaria la responsabilità nello stimolare la promozione della salute e la giustizia sociale. Se la responsabilità della malattia è distribuita a tutti i livelli, non solo tutti i livelli devono essere coinvolti come soggetti dell'azione dell'epidemiologia, ma anche come protagonisti responsabili e attivi del cambiamento. In tale prospettiva devono essere inclusi e chiamati in causa, come soggetti attivi e non necessariamente bisognosi di intermediazione, i pazienti, i cittadini e i loro network sociali; essi dovrebbero essere – e messi nella condizione di essere – attori nella promozione della loro salute e di condizioni di vita più giuste e nella trasformazione dell'architettura sociale. Allo stesso tempo, in un quadro di responsabilità condivisa e articolata in diversi livelli che si compenetrano dinamicamente, anche il sistema sanitario gioca un ruolo nella genesi o nel contrasto delle disuguaglianze. (WHITEHEAD, 2001)

Nel considerare il ruolo dei servizi sanitari rispetto alle disuguaglianze, l'accesso ai servizi non può essere ridotto a un meccanismo dicotomico del tipo sì/no, dentro/fuori. Piuttosto il dentro e il fuori rappresentano gli estremi di un *continuum* all'interno del quale l'accesso oscilla, in quanto incorporato e iscritto in una componente sociale. Per identificare i meccanismi che sono alla base dei processi di disuguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari è necessario considerare un complesso intreccio di variabili, non solo cliniche, epidemiologiche, economiche, ma anche psico-sociali e socioculturali, e di considerare il singolo e il suo

contesto culturale di riferimento così come l'incontro fra il sistema di cura e il cittadino.

I fattori generatori delle disuguaglianze di accesso sono, pertanto, riconducibili a vari livelli:

- caratteristiche e organizzazione della struttura sanitaria: ostacoli burocratici, prenotazione delle visite, liste d'attesa, criteri di priorità di accesso, ecc.;

- caratteristiche dei professionisti e degli operatori sanitari: la loro preparazione tecnica e la loro capacità di relazionarsi con i gruppi di popolazione più vulnerabili, l'assunzione di atteggiamenti discriminatori da parte di alcuni di loro;

- caratteristiche dell'utente: l'appartenenza a particolari categorie svantaggiate per caratteristiche socio economiche, culturali (compreso l'atteggiamento nei confronti della malattia), religiose, d'età ecc. Queste fasce di popolazione particolarmente fragili possono non avere possibilità e capacità sufficienti per accedere e utilizzare i servizi e le risorse disponibili;

- caratteristiche dell'interazione fra organizzazione-professionista e utente: questa interazione può articolarsi in diversi momenti del percorso di accesso, in cui si giocano processi legati all'aspettativa di ciascun attore, nonché al pregiudizio che può manifestarsi nei confronti di specifiche fasce di popolazione;

- caratteristiche del contesto sociale: la comunità, le reti sociali, ecc.

Le caratteristiche della struttura, la preparazione degli operatori, le risorse personali e sociali dei fruitori del servizio sono le premesse per l'interazione tra sistema sanitario e utente. Ma l'esito di questo incontro non è semplice conseguenza della somma di queste singole caratteristiche, bensì risultato del modo in cui queste intervengono e

vengono gestite nel corso dell'interazione. Oltre a questi livelli in cui può essere scomposto l'insieme dei meccanismi generatori "sociali" esistono dei veri e propri ostacoli che si frappongono fra popolazione in condizioni di svantaggio e l'accesso. Ci sono almeno tre tipi differenti di barriere che limitano l'accesso ai servizi sanitari:

- barriera geografica: la distanza fisica rappresenta in molti casi un ostacolo non solo di tipo logistico ma anche economico. Persone in condizioni di svantaggio tendono a essere prive di mezzi propri di trasporto e devono quindi contare su trasporti pubblici spesso inaffidabili, costosi e poco convenienti;

- barriere finanziaria: anche dove non esistano pagamenti diretti (*tickets, user fees*) per le prestazioni. Differenti costi di opportunità possono effettivamente fungere da barriera all'accesso per diversi gruppi sociali. Ad esempio, lavoratori pagati a ore possono esitare prima di assentarsi durante l'orario di lavoro per recarsi ad una visita medica. L'orario di apertura degli ambulatori o i vari sistemi di appuntamento possono a volte presentarsi problematici;

- barriera culturale: la comunicazione fra operatore sanitario e paziente e le informazioni fornite dal sistema sanitario sono spesso di scarsa qualità e questo può rappresentare un notevole problema per persone che appartengono a un background culturale e sociale diverso da quello del professionista che incontrano. Ad esempio, le differenze culturali di cui sono portatori le persone immigrate implicano ulteriori problemi di comunicazione e percezione dello stato di salute fisica e psicologica.

Il problema della difficoltà di accesso e della garanzia di un accesso equo per tutti non è di certo di facile soluzione per il sistema sanitario, e la semplice eliminazione di uno degli ostacoli sopra descritti potrebbe risultare insufficiente a garantire automaticamente l'equità. Bisognerà sempre

tenere in considerazione che alcuni gruppi sociali continueranno a utilizzare il servizio in modo diverso, per problemi di tempo a disposizione, di trasporto o per ragioni culturali e sociali di vario tipo.

A prescindere dal dibattito su quanto effettivamente i sistemi sanitari vadano a incidere sulla salute delle persone e su quali siano i meccanismi preminenti nei diversi contesti, le disuguaglianze nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi restano socialmente e moralmente ingiuste. In ogni società l'assistenza sanitaria possiede una considerevole valenza etica poiché creare un sistema sanitario che emargina la parte più vulnerabile della popolazione, significa legittimare l'esclusione sociale. I sistemi sanitari, possono, dunque, rafforzare le disuguaglianze all'interno di una società, ma possono, all'opposto, essere mezzo per contrastarle e promuovere l'equità. Esistono tre meccanismi attraverso i quali un sistema sanitario può tentare di combattere le disuguaglianze in salute (STEFANINI, 1999):

- assumendo l'iniziativa e un ruolo guida nel promuovere un approccio più globale e strategico nell'ambito delle politiche pubbliche più in generale;

- facendo in modo che le risorse siano distribuite tra le diverse aree in proporzione al loro bisogno relativo, ad esempio attraverso la ricerca di una formula di allocazione delle risorse ponderata sui bisogni (di salute e non soltanto di assistenza sanitaria) che persegua l'obiettivo dell'equità distributiva;

- rispondendo in modo adeguato ai differenti bisogni sanitari dei differenti gruppi sociali, facilitando, ad esempio, l'accesso e l'uso efficace dei servizi sanitari.

Diventa, dunque, sempre più importante riconoscere che i sistemi sanitari non costituiscono soltanto un servizio di cura e prevenzione della malattia, ma anche una base

importante di redistribuzione della ricchezza e lotta alla povertà. Fare appello al dovere etico e morale di contrastare le ingiustizie sociali e perseguire l'equità può imprimere una nuova linfa a sistemi sanitari che spesso sono troppo concentrati sulla sola efficienza senza considerare in maniera autoriflessiva le dinamiche sociali a cui concorrono.

Bibliografia

ACHESON, D. **Inequalities in health: report of an independent inquiry**. London. 1998.

BIRN, A.E. Making it Politic(al): closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. **Social Medicine**, 4(3), 2009, p. 166–182.

BLACK, M; MORRIS, S; BRYCE, J. Where and why are 10 million children dying every year? **Lancet**, 361, 2003, p. 2226-2232.

BRAVEMAN, P. Defining equity in health. **Journal of Epidemiology & Community Health**, 57(4), 2003, p. 254–258.

UK. Department of Health and Social Security, 1980. **Inequalities in health: report from a Research Group Chaired by Sir Douglas Black**, London.

HUNT, P. Missed opportunities: human rights and the Commission on Social Determinants of Health. **Global health promotion**, Suppl 1, 2009, p. 36–41.

KRIEGER, N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? **Social science and medicine**, v.39, n.7, 1994, p. 887–903.

_____. Sticky webs, hungry spiders, buzzing flies, and fractal metaphors: on the misleading juxtaposition of “risk factor” versus “social” epidemiology. **Journal of epidemiology and community health**, v.53, n.11, 1999, p. 678–680.

_____. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. **Journal of epidemiology and community health**, v.59, n.5, 2005, p. 350–355.

_____. Proximal, distal, and the politics of causation: what's level got to do with it? **American journal of public health**, v.98, n.2, 2008, p. 221–230.

_____. **Epidemiology and the People's Health: Theory and Context**, Oxford: Oxford University Press, Inc. 2011.

KRIEGER, N. ALEGRIA M, ALMEIDA-FILHO N. Who, and what, causes health inequities? Reflection on emerging debates from an exploratory Latin American/North America workshop. **Journal of epidemiology and community health**, v.64, 2010.

MARMOT, M; WILKINSON, R. **Social Determinants of Health**, New York: Oxford University Press. 1999.

MARMOT, MG et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. **Lancet**, v.337, n.8754, 1991, p.1387–1393.

MARTINO, A. **Il processo migratorio come determinante nella salute mentale: l'esperienza del centro di consultazione socio culturale nel distretto di Pianura Est - AUSL di Bologna**. Tesi di Dottorato Università di Bologna. 2012.

NAVARRO, V. What we mean by social determinants of health. **Global health promotion**, v.16, n.1, 2009, p. 5–16.

VAN ROSSUM, C.T.M. Employment grade differences in cause specific mortality. A 25 year follow up of civil servants

from the first Whitehall study. **Journal of Epidemiology & Community Health**, 54(3), 2000, p. 178–184.

STEFANINI, A. Editorial: Ethics in health care priority setting: a North-South double standard? **Tropical Medicine and International Health** v.4, n.11, 1999, p. 709-712.

STEFANINI, A; ALBONICO, M; MACIOCCO, G. **Le disuguaglianze nella salute: definizioni, principi e concetti**. In Feltrinelli, ed. Rapporto 2004 salute e globalizzazione. Milano, 2004, p. 36-50.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**, Copenhagen, 1990.

WHO. Commission on Social Determinants of Health. **Closing the gap in a generation**, World Health Organization, ed., Geneva. 2008.

Dalla ripetizione alla differenza: costruendo significati con l'altro nel mondo del *cuidado*¹

Emerson Elias Merhy
Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Maria Paula Cerqueira

L'approccio tradizionale alla salute in occidente, inaugurato nel XIX secolo, ha progressivamente costruito sguardi sulla problematica della sofferenza umana che traggono le loro origini da quello che è riconosciuto da molti (ILLICH, 1975; DONNANGELO, 1976) come un processo storico e sociale di "medicalizzazione" dell'esistenza e della vita individuale e collettiva; soprattutto a partire dal XX secolo.

Quando interpretiamo un'esperienza di sofferenza come il prodotto di una malattia che colpisce gli esseri umani, e la clinica come il principale sapere che ci permette di analizzarla lì nel corpo biologico, stiamo dunque intendendo qualsiasi fenomeno di sofferenza come malattia e, ancora di più, qualsiasi processo che genera malattia

¹ Nella lingua portoghese il termine 'cuidado' si riferisce a un concetto ampio di cura, inteso nelle sue componenti assistenziali, relazionali, inter-soggettive. Si è scelto di non tradurlo per distinguerlo dal concetto di 'cura' che di frequente nella lingua italiana viene utilizzato in riferimento alla mera erogazione di prestazioni assistenziali da parte del sistema sanitario.

come espressione oggettiva di leggi generali scientifiche. Ripetizione.

Anche nella prospettiva più ampia elaborata dalla *salute collettiva*², quando si sposta lo sguardo dal singolo evento di malattia al processo (storico e sociale) salute/malattia, si punta sul fatto che questo sguardo è supportato scientificamente e che è possibile raggiungere una reale comprensione di questo processo soltanto attraverso la detenzione di nuove scienze che vadano al di là di quelle cliniche: altri saperi più ampi, sulla società, sulla storia e sui collettivi umani. Tuttavia, il più delle volte, non si esce dal terreno in cui la competenza della comprensione e dell'agire nel campo di pratiche della salute si ottiene soltanto attraverso la produzione scientifica, e qualsiasi fenomeno che avviene, è sempre trattato come un caso specifico di un fenomeno generale. Ripetizione.

Per questo in molte situazioni oggi, in una prospettiva di clinica olistica, anche se diciamo che ogni caso è un caso, continuiamo tuttavia a intenderlo e classificarlo come un evento particolare di malessere che continuiamo a indagare prevalentemente attraverso i saperi clinici scientifici che la "medicina del corpo degli organi" del XIX secolo ha costituito come forma di intendere e discutere la sofferenza umana, in generale, sia nella medicina, sia nella salute pubblica. Ripetizione.

Prima di proseguire nella discussione proposta, relativa ai modi di *cuidar*, è necessario fare un'osservazione. È necessario riconoscere che questa medicina egemonica,

2 Il paradigma teorico-metodologico della *Salute collettiva*, nato in Brasile negli anni Sessanta, intende analizzare i processi di salute e malattia attraverso prospettive interdisciplinari, coniugando saperi biomedici con saperi provenienti dalle scienze umane e sociali. La letteratura di riferimento è vastissima. Per un inquadramento iniziale si veda: Almeida-Filho, 2006; Breilh, 2003, 2008; Haro, 2013; Iriart *et al.*, 2002; Menéndez, 2008.

nonostante sia così aderente a potenti strategie di disciplinamento della vita (il sopracitato fenomeno della medicalizzazione della vita), è anche capace di produrre risultati positivi. Molte situazioni rispondono efficacemente agli interventi sul corpo degli organi che si basano su questa visione di casi specifici costruiti scientificamente. La ripetizione è risolutiva in certe situazioni.

Tuttavia esistono anche evidenze relative a numerosi problemi, o incapacità dell'approccio menzionato (biomedico/medicalizzante). Da una parte l'estrema oggettivazione e la focalizzazione dello sguardo e dell'azione sul corpo biologico lasciano da parte molti elementi costitutivi della produzione di vita che non vengono inclusi, considerati, né per cercare di comprendere la situazione, né negli interventi di cura. Inoltre, la ricerca oggettiva del problema biologico ha prodotto una realtà in cui l'azione del professionista è totalmente concentrata sulle procedure, svuotata dell'interesse nell'altro calato nella sua vita più ampia, dunque impoverita. In questo modo, le azioni di salute hanno perso la loro dimensione di *cuidado*, e nonostante il continuo progresso scientifico, hanno perso potenza ed efficacia.

Tale relazione, così deprivata, in cui l'altro è considerato solo come corpo biologico quale oggetto d'azione e in cui tutti gli altri saperi sulla salute vengono delegittimati, è una relazione verticale, unidirezionale, che prescinde dall'azione/cooperazione (attiva, soggettiva) di chi è "trattato". O che considera che la cooperazione si ottenga automaticamente, a partire dall'"illuminazione" tecnica sul problema e sulle procedure necessarie alla sua risoluzione. Non è così che le cose funzionano nella pratica, e proprio per questo è stato così difficile "conquistare l'aderenza" alle proposte terapeutiche, soprattutto per quel che riguarda le condizioni croniche. (MEHRY; FEUERWERKER, 2008)

La sofferenza umana, infatti, nella sua esistenza reale, ha espressioni molto singolari e complesse; va molto al di là di un risultato specifico di un fenomeno generale. Possiamo e dobbiamo pertanto osservare la sofferenza umana da altre angolazioni (storiche, sociali, culturali e nella sfera singolare di ogni situazione di costruzione della vita). La “clinica del corpo degli organi” comincia ad essere problematizzata, poiché la sola costruzione di saperi scientifici non è sufficiente alla produzione di approcci soddisfacenti ai processi di produzione di esistenze singolari e collettive (dato che la vita consiste in questo).

Esistenza, sofferenza e piaceri: liberandosi dalla presa di un sapere che interpreta tale processo come salute e malattia

Dimmi: perché hai smesso di fumare?

Perché sono stato dal medico e sono venuto a sapere, dopo alcuni esami, che la mia capacità respiratoria era diminuita. Siccome ho fumato per tanti anni, ho già anche un enfisema. A causa di questa malattia, ho cominciato a prendere una medicina che “inganna” il mio cervello rispetto alla presenza di nicotina nel mio corpo. Da quel momento non ho più fumato, ma mi mangio molte pasticche. Senza smettere. Ah!!! Sono diventata ansiosa. Molto. Mi pare, però, che ne valga la pena, perché l’enfisema così rimarrà stabile e dopotutto ho ancora una buona capacità polmonare.

Interessante questa opzione. In funzione di che cosa l’hai scelta?

È che mi sono vista di fronte a molte cose che volevo vivere e realizzare. Continuare a fumare era una scelta che probabilmente mi avrebbe impossibilitato di raggiungere tutto ciò che ancora desidero. Voglio dire, anche continuare

a fumare, nonostante l’enfisema sarebbe aumentato, è una modalità per continuare a vivere e un possibile percorso da seguire.

Ma, e la malattia?

Non la vedo proprio così, come solo malattia e sofferenza. Vedo la possibilità di continuare a fumare anche da un altro punto di vista: mantenere l’enorme piacere che mi dà. Se non avessi altri desideri, magari sceglierei di continuare a fumare, vedendo l’enfisema o la mia morte come parte del mio modo di vivere, senza incriminarlo o responsabilizzarlo.

Quindi per te optare per un certo modo piacevole di continuare a esistere, anche sapendo che potrebbe provocarti certe sofferenze, non è necessariamente qualcosa che deve essere inteso dentro la logica del processo salute/malattia; ossia, come qualcosa che produce malattia?

No. Io lo interpreto come il mio processo di vivere e non di ammalarmi. Non penso che lo sguardo polarizzato e rigido salute/malattia sia sufficiente a comprendere quello che sto dicendo in relazione a tutto ciò.

Sai, mi fai venire in mente un’altra persona che conosco che fuma intensamente e che sta già presentando certi problemi respiratori. Di fronte alle stesse domande, mi ha risposto di non avere interesse a sapere se ha o no un enfisema, poiché questo non significherebbe una perdita o una limitazione per lui. Non vede la minima possibilità di smettere di fumare, perché non ha altri significati importanti nella vita che possano metterlo in crisi rispetto a questa opzione.

Non è totalmente insensato rappresentare questo processo da un’angolazione diversa, che non sia solo inerente alla scelta di certi modi di vita e non di altri, per fare in modo che si possano avere più possibilità di azione o più

opzioni di fronte alla rappresentazione del processo salute/malattia. No? Di questo si tratta, offrendo certi concetti allo scopo di dar senso e significato a ciò che si sta vivendo o sentendo, si possono dare anche elementi per riflettere su se stessi, o addirittura per pensare al prendersi cura di sé adottando altre rappresentazioni di ciò che è successo. Non sei d'accordo?

Sì.

Allo stesso tempo, penso sia interessante riflettere su che cosa significhi che qualcuno sia titolare di un certo sapere rispetto al tuo modo di vivere e possa dirti che questo modo di vivere è patologico e che a causa di ciò ti ammalerei e morirai. Penso che questa "imposizione" sia frutto di una relazione di potere, e che se non ne sei consapevole, finirai con l'accettarla come l'unica verità possibile, diventando oggetto di decisione di altri. Non parteciperai alla costruzione della rappresentazione di ciò che ha o non ha senso per te, non sceglierai il modo di vivere che ti interessa. Si verificherà la non intercessione del sapere dall'uno all'altro, che renderebbe possibile la discussione sul sé o, addirittura, la decisione per sé. Questa tensione si verifica anche quando l'incontro tra un soggetto che dice di essere titolare del sapere e un altro che diventa l'oggetto della sua azione - non si verifica intenzionalmente - con l'idea che debba essere un incontro di intercessione, nel quale tutti devono comprendere e accettare gli effetti di questo incontro, e accettare di discuterne chiaramente, l'uno per l'altro. Non sono pochi i resoconti di esperienze nei quali il così detto paziente resiste alle offerte che il così detto professionista di salute gli fa.

Vale la pena riflettere su questo dialogo, che in parte è la descrizione di un dialogo reale al quale ha partecipato uno di noi un po' di tempo fa, tenendo in considerazione le prospettive che stiamo considerando in questo testo.

Dalla ripetizione alla differenza: questioni utili a pensare alle rappresentazioni sul vivere

Pensiamo ad altre situazioni. Immaginiamo di guardare con la massima attenzione i 7 miliardi di esseri umani che vivono sulla Terra in quest'istante. Non abbiamo la minima possibilità di dire che ci sia qualcuno assolutamente uguale a qualcun altro. Al contrario. C'è sempre un dettaglio che denota una differenza tale da poter affermare che ci sono 7 miliardi di singolarità, sebbene tutte siano spesso ripetute rispetto alle altre. Potremmo inoltre affermare che un 'unico', nella misura in cui procede nel vivere, sarà 'singolare' rispetto a se stesso, poiché i dettagli del suo vivere, e le loro conformazioni come territorio esistenziale, cambiano costantemente. *L'unico è molti.*

È qui che si manifesta il problema che caratterizza le forme di rappresentazione che cercano di comprendere tutti questi modi di vivere con la lente della ripetizione, di un comune basato su quello che c'è di uguale e sulla sua espressione in certe forme di vivere. Con l'idea che questo ci permetta di concettualizzare che certe forme di vita sono più patogenetiche di altre. Che queste forme devono essere impedito allo scopo di evitare la comparsa della malattia.

Questo cammino, percorso già da secoli (e ancora lo è) da certe pratiche governative come quelle della sanità pubblica, ha interessanti implicazioni che meritano di essere osservate, poiché ha spesso permesso di elaborare certe pratiche di controllo che agiscono su alcuni gruppi sociali piuttosto che su altri; su certi modi di vivere e non su altri. Ad esempio, qualcosa di vicino a tutti noi come la politica pubblica, anche oggi, criminalizza certi tipi di droghe e non altri e ci porta a considerare certe forme di vivere come patologiche e altre come di rischio. Per alcuni, tale dinamica si traduce in repressione; per altri, in orientamento.

Di nuovo, vale l'idea per cui il condividere con l'altro certe rappresentazioni ha qualcosa di interessante e ricco, nel vivere e nel convivere, nell'uguaglianza centrata nella differenza dell'altro. Ma quando queste forme di rappresentazione diventano pratiche di eliminazione, interdizione e di disciplina dell'altro, quello che succede di fatto è l'annullamento dell'altro come singolarità, insieme all'imposizione dell'idea per la quale la sua singolarità è percepita come una minaccia per la mia. La mia singolarità assume più valore rispetto all'altra nei giochi di forza; ciò potrebbe spingermi a un modo di vita 'fascista' nei confronti dell'altro. Dunque è importante comprendere che anche i processi di salute e malattia corrono il rischio di essere pervasi e abitati da un'anima hitleriana. (MEHRHY; FEUERWERKER, 2007)

L'idea di mettere in discussione la ripetizione che c'è in noi, annullatrice delle differenze che abbiamo, è una forma di provocazione che intende sollevare interrogativi su tutta quella diffusa tradizione che raffigura come naturale la pratica di dominazione di certi saperi su altri. Problematizza il fatto che la vita di alcuni sia direzionata da un 'altro' considerato come legittimo dispensatore di norme, in quanto – per lo meno nelle rappresentazioni di entrambi – portatore di saperi veri rispetto al modo migliore di vivere.

In molte situazioni, i professionisti sanitari si rendono protagonisti della produzione di questo modello di presa in carico prescrittivo, prevedibile, normalizzatore, nel quale non c'è spazio per altre logiche di produzione del *cuidado* che non siano quelle centrate sull'unidirezionalità e sull'universalizzazione della diagnosi. Si ripete la logica per la quale un insieme di segni e sintomi si traduce in una diagnosi che necessita di un determinato trattamento e che a sua volta determina la prognosi, nella quale il riferimento è la malattia e non il soggetto. Nel nome di una supposta difesa

della vita, si ritirano i soggetti dalla scena del trattamento, e/o gli incontri coi soggetti che cercano *cuidado* vengono inondati con protocolli prescrittivi del vivere bene. Le azioni si sostengono su idee comportamentali, basate su dati scientifici, generalizzabili, che non dipendono dagli aspetti psico-sociali e culturali, e che non vanno al di là della mera astrazione numerica, togliendo alle persone il diritto alla loro agentività³ e il loro protagonismo rispetto al *cuidado* e alle proprie scelte di vita.

All'inizio di questo testo, quando abbiamo discusso del fumo, di enfisema, di malattie, abbiamo potuto osservare tutto ciò da molto vicino. Tuttavia, è stato possibile rilevare anche come l'altro, per quanto si sia collocato nel posto dell'oggetto, non l'abbia mai sostenuto totalmente, mettendoci sempre un pizzico di sé nel gioco intercessore degli incontri che il mondo del *cuidado* produce.

Adotta la nozione per la quale è malato a causa del fumo, che ha un enfisema e che questo potrà ucciderlo, ma contemporaneamente pondera costantemente, misura e decide se adottare realmente le "ricette" del vivere in salute date da un altro; benché lo riconosca come colui che conosce la verità sulla sua vita malata. Resta in agguato, come l'acaro di Deleuze⁴, pronto a saltare su qualsiasi cosa pulsante di vita per succhiargli il sangue. Sta lì, assaporando

3 Dall'inglese *agency*, intesa come posizionamento attivo, soggettivo, incorporato (si veda Pizza, 2003, 2007).

4 Quando Gilles Deleuze è stato intervistato da Claire Parnet, nel 1988, è stato invitato a parlare di "animali". Nella sua risposta sottolinea ciò che gli pare interessante dell'acaro, che prende intensamente ciò che gli è vitale nel mondo, per se stesso, crescendo come un non-percepito da qualsiasi altro elemento, restando lì in agguato per poter incastrarsi in qualcosa che gli dia "sangue-alimento-vita", diventando acaro-altra-sangue. Secondo lui bastano 3 eccitanti per farlo muovere in questa direzione. Sottolinea che l'acaro può stare un anno ad aspettare questo momento. Questo fabbricarsi nell'altro con qualcosa di immanente a se, è fondamentale. Vedi Abecedario, disponibile nel sito Dossiê Deleuze, letra A.

il fumo che esce dalla bocca di un altro. In un qualsiasi momento potrebbe rivedere i desideri per i quali aveva scelto la ricetta dell'altro. Lo sa che non è stato lui a decidere.

Per questo, anche senza molta elaborazione, disputerà tutte le decisioni sul *cuidado* che dovranno essere costruite. Si singularizzerà. Resisterà e condurrà nuove produzioni di vita. Abbandonerà la rappresentazione di questo vivere inteso come patologizzante e si permetterà di essere invaso da un significato di produzione di vita nella nicotina.

Questo, nel mondo attuale, non avviene senza ricevere immediatamente un giudizio dall'altro, che ti dirà: "non è facile essere dipendente da qualcosa. Sbattigli in faccia una nuova rappresentazione di te stesso, patologizzante tanto quanto l'altra, che indichi la sua colpa in quello che di male ti sta succedendo." Questa è un'azione che si ripiega varie volte su se stessa: giudica, rappresenta, significa, dà senso e punisce. E, essere vittime di se stessi può spostare la discussione sulle pratiche di controllo, come quelle di salute pubblica, in un altro luogo, nel quale la scelta effettuata è analizzata come corretta o sbagliata, o peggio, come veritiera o menzognera. Oggi, nel mondo della società del controllo questa produzione soggettivante ha costruito uno sguardo accusatorio ogni qual volta si porta un bocconcino di carne fritta alla bocca.

D'altra parte esiste un'ambiguità in questa dinamica, già che molte volte l'incorporazione dello status di malato, nella forma in cui è stato codificato, ha determinato una forma di appagamento nel soggetto, privandolo però della possibilità di scegliere sulla propria vita e conseguentemente di responsabilizzarsi per essa. Siamo di fronte a un paradosso interessante: molte volte nella domanda di *cuidado*, si conferisce nell'altro la responsabilità di definire (prescrivere) i modi con cui vivere. In questo modo ci si sottrae dal proprio ruolo di responsabilità nella prescrizione

del proprio *cuidado* e si delega all'altro, al professionista, alla scienza, al servizio, il proprio corpo, il proprio affetto, la propria mente e la propria vita.

Procedendo ulteriormente in questa discussione su un sapere che si impone sulle differenze in noi

Nel settembre del 2004, la Rivista "*Viver Mente&Cérebro*", edita da Duetto, ha pubblicato un testo di Mario Rodrigues Louzã Neto sulla diagnosi precoce della schizofrenia. Tra le varie questioni affrontate, nel testo si afferma che anticipare l'instaurarsi della malattia, attraverso l'utilizzo di marcatori prodromici, ci permetterebbe di sviluppare azioni di prevenzione o di attenuazione dei processi di cronicizzazione che tale condizione determina, compromettendo enormemente la vita dei soggetti portatori.

Senza addentrarci in tutte le questioni che questa affermazione ci sottopone, riportiamo soltanto quella relativa al caso di in un gruppo di giovani adulti australiani in cui, al menzionato rilevamento precoce di segni e sintomi prodromici, è seguita una conversione in quadri tipici di schizofrenia nel 40-60% dei casi. Indipendentemente dalle questioni metodologiche inerenti a questo studio, vale la pena segnalare che, pur ammettendo che questo percorso sia assolutamente veritiero – ovvero sia che sia possibile anticipare la diagnosi di malattia e attenuarne le manifestazioni – di fatto produce un grave dilemma: che fare con coloro che sono falsi positivi, ovvero coloro che manifestano i segni e i sintomi precoci ma non si convertono in schizofrenici? L'autore stesso manifesta tale preoccupazione, affermando che questi soggetti potrebbero soffrire, come sequela, dello stigma di essere stati casi sospetti di schizofrenia.

Nonostante ciò, però, non si pone nessun altro tipo di problema, come se il vantaggio ottenuto dal possedere un sapere che si impone sulla differenza di ognuno, renda questo cammino comunque valido. Secondo la stessa logica, la salute pubblica sostiene l'idea di un modello di cura basato sulla copertura degli esposti ai rischi, che non prevede di prendersi cura di tutti gli ipertesi o di tutti i diabetici, poiché è sufficiente coprire una certa percentuale di casi.

Molto brevemente vale la pena domandarsi, a chi interessa questo tipo di costo e beneficio? Sicuramente non a colui che ne resta fuori, e nemmeno a colui che era un falso positivo. E nemmeno a colui che è stato incluso con la logica dei marcatori prodromici, e nemmeno a colui che fa parte del gruppo dei coinvolti come vedremo più avanti; poiché percepiremo che trovando punti nella ripetizione che ci consentano di incedere in un modo protocollato che annulla la differenza, senza essere toccati da quest'ultima, provocheremo semplicemente la morte dell'altro. Produrremo la morte dell'altro, condannandolo a vivere soltanto il senso della malattia che noi rappresentiamo e gli imponiamo in lui, come se non fosse portatore di altri significati, nella produzione prospettica nel suo vivere.

Questo modo di produrre l'incontro, di posizionarsi nell'incontro, annullando il "saper-si" (sapere su quella malattia in lui, sapere su se stessi, sulle proprie questioni, desideri, paure, limiti, possibilità), diminuisce significativamente le potenzialità dell'altro, che ricerca il *cuidado*, di usufruire dei benefici che il mio sapere tecnico potenzialmente potrebbe offrirgli. In tal senso, la possibilità di dialogare, di posizionare la malattia nel luogo che interessa al paziente (generalmente nello spazio simbolico in cui interferisce il meno possibile con i suoi multipli piani di produzione della vita), questo finisce col

fare scelte unilaterali – così come unilaterale è l'agire del professionista – senza ottenere necessariamente il miglior risultato possibile rispetto alle varie opzioni che potevano essere costruite.

Ci resta pertanto una sfida: come affrontare tutto ciò "senza buttare dal bagno il bambino con l'acqua", in modo che il sapere sulla ripetizione aumenti le mie possibilità, come *cuidador*, di operare con la differenza e non con il suo annullamento. Nel campo della salute mentale, o meglio, nell'agire psichiatrico, conosciamo già, storicamente, la conseguenza: la clausura manicomiale di coloro che sono stati diagnosticati come portatori di disturbi mentali. La fine della costruzione di nuovi significati per la propria vita. Bio-potere a tutto vapore.

Vale, quindi, la pena procedere ulteriormente rispetto a ciò che abbiamo già discusso. Vale la pena addentrarsi in situazioni che permettono di usufruire delle analogie che abbiamo visto manifestarsi fino a ora, e che ci rimettono ad altri luoghi, come per esempio a quello del fisiologo che si trovò di fronte al "lavoro vivo"⁵ in atto nella produzione del *cuidado*, e in quel momento ha compreso qualcosa di più sul fallimento terapeutico nella tubercolosi. O quello del professionista di salute che si interroga a proposito dei suoi giudizi di valore nel vedere il suo compagno iperteso, infelice e ribelle di fronte alle prescrizioni, che produce strategie alternative, trasgressioni, per organizzare la propria vita, –

5 Marx (1867) definiva lavoro 'morto' tutti i prodotti/mezzi utilizzati nel processo, che erano però il risultato di un lavoro anteriore (gli strumenti, per esempio, che non esistevano prima di essere prodotti, e che in un nuovo processo produttivo sono già dati). Per *lavoro vivo in atto* intendeva invece il lavoro creatore, che rende possibile la fabbricazione di un nuovo prodotto. L'uomo, nel processo produttivo, può utilizzare con una certa autonomia gli elementi che sono già dati e questo auto-governo è caratterizzato dall'azione del proprio lavoro vivo in atto su ciò che gli viene offerto come lavoro morto per raggiungere le finalità perseguite.

nonostante sappia tutto della malattia e del modo di vivere presumibilmente produttore della malattia. O la storia dell'aeroplano che era così controllato dai computer che di fronte alla necessità di un'inezia di lavoro vivo in atto da parte dei piloti, è caduto.

Osservando la produzione del *cuidado* nella tensione tra ripetizione e differenza: l'impatto dell'incontro intercessore nella micropolitica del lavoro vivo in atto

Come produrre differenza nella ripetizione, come raccogliere mozioni probatorie nella produzione del *cuidado*: il dettaglio che produce la differenza nella ripetizione e nella produzione in atto del *cuidar*.

Riunione di supervisione, equipe al completo, discussione su casi difficili. La riunione viene interrotta dalla madre di Maria, una paziente psicotica di 36 anni incinta del suo terzo figlio.

(...) non ce la faccio più a venire qui tutte le settimane per dire la stessa cosa, lei non ha possibilità, doveva morire, perché non la lasciate morire (...), non ce la faccio più a vivere con lei, non ce la faccio più a venire qui con lei che continua nella stessa maniera (...) trovare chi si prenda cura dei figli che non smette di partorire (...)! (MERHY; CERQUEIRA GOMES, 2013)

Discorso ingombrante, chiuso e intenso, quello della madre di Maria e di parte dell'equipe, che usa questa discussione per riaffermare il principio del sapere già costituito sull'altro, del sapere morale e scientifico. "(...) si tratta di un altro caso cronico, senza soluzione. Il caso di Maria necessita di un trattamento intensivo (...). Come possiamo trattare Maria se sua madre non è nostra complice

nel trattamento, se si rifiuta di accettarla?" (MERHY; CERQUEIRA GOMES, 2013)

Ogni membro dell'equipe si occupava di inserire nella discussione la propria visione del caso. Non c'è nessuno spazio, per lo meno in questo momento, che riconosca ciò che dice la madre di Maria rispetto al difficile mestiere di prendersi cura di sua figlia. Né tanto meno che riconosca come sia nella ripetizione settimanale di questa madre, nel suo andare al servizio, che lei ha incontrato e incontra la possibilità di produrre un altro luogo che ha a che fare con il "non" abbandono di Maria, nel corso degli anni, pur affermando il contrario. Grazie a questo discorso, ripetuto settimana dopo settimana, lei porta Maria al servizio, e se ne prende cura da 36 anni. L'equipe si paralizza di fronte alla drammaticità di questa situazione, e vede nella ripetizione soltanto la constatazione di ciò che è già stato prescritto, previsto: la cronaca di una morte annunciata che sta per arrivare.

Riconoscere che è in questo tipo di ripetizione che si costruiscono le differenze, e per questo anche altre possibilità di cura, richiede all'equipe e ai suoi professionisti di scommettere sul fatto che nell'incontro di chi si prende cura con chi richiede il *cuidado*; nella micropolitica del lavoro vivo in atto, sia necessario aprire nuovi spazi per rendere possibile la produzione di scenari alternativi. (MERHY, 2002)

È possibile produrre differenze in quello che si ripete, così come dice il poeta: ripetere, ripetere, ripetere, fino a fare diversamente! L'incontro che produce *cuidado* deve essere sostenuto dalla convinzione che si possa produrre differenza anche lì dove inizialmente non si muove nulla. Proprio lì risiede una sfida per ogni professionista sanitario: la necessità di rilevare movimenti ancora non osservati, insignificanti, gesti indiziari, parole non udibili, atti ancora non percepibili di questa madre, di questa figlia, in questa famiglia. (DELEUZE; GUATTARI, 1995)

Tuttavia, per vederli, è necessario lasciarsi influenzare dai *corpi vibratili*⁶ e non soltanto dalla retina dell'occhio, quello che guarda nel luogo dove le cose sono state già prescritte e descritte. Nella sperimentazione del *corpo vibratile*, la coppia significante-significato, dà luogo ad altre sperimentazioni, destabilizzando le rappresentazioni conosciute, come per esempio quella della famiglia resistente al trattamento, del paziente cronico per il quale non si può fare niente. Rappresentazioni che molte volte producono zone di conforto ma anche e di de-responsabilizzazione rispetto alla produzione del *cuidado*. Dopotutto, è "l'altro che resiste, è la famiglia che non vuole, ed io non ho niente a che vedere con tutto ciò!". È importante riconoscere che nell'incontro che produce *cuidado* è necessario mettere in discussione tutte le certezze sull'altro e sugli avvenimenti che conseguono a questo incontro. Certezze che molte volte fanno sì che il professionista si presenti all'incontro sapendo in anticipo cosa succederà, senza aprire spazi per fare in modo che l'altro parli, nel modo che più gli si addice, o per le sue azioni. È soltanto l'altro che aprirà lo spazio per percorrere questo cammino, per indicare i suoi movimenti e dare indizi sugli avvenimenti che realmente contano nella sua vita. (MERHY; BATISTA, 2007)

La ripetizione non può essere intesa come un *déjà vu*, come una generalizzazione. È importante creare zone di visibilità per le linee di fuga che sono in costruzione permanente, dare visibilità alle multiple strategie di sopravvivenza in atto, per quanto strane o differenti

⁶ Il concetto di corpo vibratile è stato elaborato da Suely Rolnik e si riferisce a un modo di soggettivazione che modella il mondo così come questo si presenta al corpo, in forma di vibrazione e contagio. Implica soprattutto una vulnerabilità al mondo. Per maggiori informazioni vedere: ROLNIK, S. Cartografia sentimental: transformações cotemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina, 2006. ROLNIK, S. "Fale com ele" ou como tratar o corpo vibrátil em coma. In: FONSECA, T.G.; ENGELMAN, S. (Org.). Corpo, arte e clínica. Porto Alegre: UFRGS, 2004, p. 33-45.

possano essere. Questa sperimentazione ci permette di riconoscere come, per esempio, è nella affermazione radicale della *resistenza* della madre di Maria che si è sostenuta, in tutti questi anni, la fragile produzione di *cuidado* per sua figlia. È nel riconoscimento inequivocabile che in questo discorso aggressivo vi sia un sapere relativo al suo dolore, al suo esistere e al suo *cuidado* per la figlia che può produrre nuove linee di fuga. Linee di fuga che agiscono e garantiscono un altro sostegno alla permanenza di Maria nel trattamento. Accogliere le sue parole come un *sapere* inerente alla sua difficile arte di esistere, e non come una negazione di possibilità, è fondamentale per poter costruire nuovi "ponti" di *cuidado* in questa storia. Sapere che narra della assoluta mancanza di sapere da parte dei professionisti di fronte a questa storia. Questa posizione rende possibile la costruzione di offerte di cura che prima non era stato possibile immaginare; nuove letture nel processo di produzione mutua di *cuidado*, tra il *cuidador* e chi ha bisogno di *cuidado*. (DELEUZE; GUATTARI, 1995; MERHY, 1997)

L'equipe, riesce in tal modo a mettere in atto uno spostamento. Con lo scopo di trovare un piano di connessione tra le parole della madre, dei suoi professionisti e della silenziosa Maria, si apre ad altri sguardi sulla vita; pensa ad altri modi di agire, mobilita affetti; sperimenta a partire da questi avvenimenti che creano deviazioni e, proprio per questo, creano anche possibilità alternative di costruzione di piani di *cuidado* prima impensabili. "Atti minori" dell'equipe, che come direbbe Deleuze, hanno l'effetto di recuperare la possibilità di re-invenzione di tutti in ognuno. Atti che producono una rete di appoggio e di *cuidado* a questa famiglia, generando nuove implicazioni con altre forme di trattare; riconoscendo la produzione di differenze nella ripetizione.

Il campo del cuidado come campo delle reciproche “affezioni” e della possibilità di includere la differenza nella produzione dell’incontro

Riprendendo le nostre considerazioni iniziali rispetto alla produzione di *cuidado* in salute, ricordiamoci che questa ha a che fare con tutti gli esseri umani – è il modello medico egemonico che svaluta e delegittima gli altri saperi sulla salute, quelli che non considerano il corpo biologico come oggetto e quelli che non si basano su saperi così detti scientifici.

Ora, il territorio delle azioni di *cuidado* non è di dominio esclusivo dei professionisti della salute, ma anche degli utenti e delle loro famiglie. Produrre atti di salute e di *cuidado* è un compito che deve essere condiviso tra tutti i lavoratori. Tutti possono accogliere, ascoltare, interessarsi e contribuire alla costruzione di relazioni di fiducia e conforto. E siccome ognuno fa questo movimento a partire da un determinato punto di vista, mobilizzando saperi specifici e saggezze acquisite a partire da esperienze concrete, la condivisione di questi sguardi sicuramente amplia e arricchisce le possibilità di comprensione e comunicazione con il paziente.

E siccome la costruzione delle relazioni avviene ‘in atto’ e nelle circostanze specifiche di ogni incontro, non esiste, a priori, una gerarchia nella capacità di stabilire un buon contatto; di identificare un problema o di immaginare possibilità per fronteggiarlo. Anzi, in generale, sulla base delle circostanze specifiche di ogni incontro, saranno differenti le strategie e i professionisti membri dell’equipe che svolgeranno un ruolo più attivo. E questo può variare in qualsiasi momento – perché tutti siamo molti e ogni incontro ci influenza in modo differente.

Ampliare lo sguardo e l’ascolto, permettere alla

complessità della vita dei pazienti di invadere il modo con cui i lavoratori comprendono le sofferenze altrui al di là del processo salute/malattia, ma come un processo di produzione di vita, implica anche posizionare il paziente in un altro piano: quello di agente attivo nella produzione della sua salute e nell’incontro con i professionisti sanitari. Ciò è molto differente rispetto al luogo in cui normalmente si colloca l’utente, oggetto degli interventi sanitari.

Tanto per cominciare, nella definizione/identificazione di quelle che sono le necessità di salute. Lo sguardo scientificamente armato, tanto dalla clinica, come dalla epidemiologia, tende a definire tecnicamente quelle che sono le necessità di salute legittime, prioritarie, che devono essere oggetto delle azioni dei servizi sanitari. Le necessità percepite dagli utenti sono quindi giudicate a priori e catalogate come adeguate o meno al tipo di servizio che si offre. È in questo senso che gli utenti “necessitano di essere educati” per “comprendere” dove sia la porta giusta alla quale presentare le proprie richieste, indipendentemente dalle risposte disponibili e da quelle che il paziente immagina.

È nel territorio delle azioni di *cuidado* che può avvenire la negoziazione. A partire dalle *affezioni reciproche*. È questo territorio che appartiene ai pazienti e a tutti i professionisti della salute. È questo territorio a essere configurato a partire dal lavoro vivo in atto e dalla articolazione di saperi che appartengono alla molecolarità del mondo della vita, senza essere imprigionati dalla ragione strumentale della clinica. È in questo territorio che si producono gli incontri e la possibilità di una costruzione negoziata affettivamente, in maniera interessata, poiché è qui che si fa valere l’autonomia dei pazienti e che diventa possibile fabbricare il lavoro dei professionisti della equipe di salute. Per questo il *cuidado* (e non la clinica) è l’anima del servizio di salute e la strategia radicale per la difesa della vita.

La clinica è il territorio delle tecnologie leggere-dure; appartiene ai professionisti (e a certi professionisti più che ad altri), pertanto una negoziazione in questo territorio presuppone la subordinazione di alcuni (sprovvisti del sapere) ad altri (detentori del sapere e dell'unica verità ammissibile scientificamente). Nel territorio delle tecnologie leggere, i saperi strutturati rispetto al corpo degli organi possono essere presentati come offerta e non come imposizione di uno stile di vita o di un'unica spiegazione valida ai disagi o alle sofferenze. Possono essere strumenti per affrontare la differenza nella produzione di vita e non una corazza che ci imprigiona nella ripetizione.

Bibliografia

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**, v. 1. Rio de Janeiro: editora 34, 1995.

_____. **Para uma literatura menor**. Porto: Assírio & Alvim, 2003

DONNANGELO, M.C.F. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**. São Paulo: Nova fronteira, 1975.

MERHY, E.E; FRANCO, T.B. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho**. Disponível em: < http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf>. Acesso em: 13 jan 2015.

MERHY, E,E; CERQUEIRA GOMES, M.P. **“Acessibilidade na atenção à crise nas redes substitutivas de cuidado em saúde mental no estado do Rio de Janeiro”**, Relatório Final da Pesquisa FAPERJ, Rio de Janeiro. 2013

Salute e Diritti Umani: perché non può esserci salute senza il rispetto dei diritti umani

Angelo Stefanini

Il concetto di “Diritti Umani”, nella sua elaborazione ufficiale avvenuta con la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani del 1948 e susseguenti patti e trattati internazionali, rappresenta probabilmente la più importante eredità che abbiamo ricevuto dal pensiero classico e contemporaneo. Nessun altro termine nella storia umana recente ha avuto in maggior misura il privilegio di addossare su di sé il carico del destino umano. Quale può essere, si chiedeva il compianto Jonathan Mann, il fondatore del Programma Globale delle Nazioni Unite per il controllo dell’AIDS e iniziatore della rivista “Health and Human Rights”, la reale applicabilità o utilità, il “valore aggiunto”, o addirittura la necessità di incorporare la prospettiva dei diritti umani nella pratica di un professionista della salute? (MANN et al, 1994) Considerando i contenuti del percorso di formazione del medico e delle professioni sanitarie in Italia evidentemente questa utilità sembra essere nulla. Non soltanto il discorso dei diritti umani, ma addirittura l’etica medica sembra occupare uno spazio non significativo nel curriculum fondamentale del corso di laurea in medicina. Eppure sia la salute che i diritti umani sono entrambi potenti e moderni criteri per definire e promuovere il benessere dell’uomo.

In questo capitolo vengono discusse l'affinità e la complementarità di questi due mondi, soltanto apparentemente distanti tra loro, e la necessità di utilizzare il discorso dei diritti umani come base di partenza imprescindibile per promuovere la salute umana. Dopo avere descritto le ragioni per cui promozione della salute e dei diritti umani siano inscindibili, viene utilizzato l'esempio della violazione del diritto alla non discriminazione per mostrarne le implicazioni sulla salute. Dopo avere descritto il ruolo delle professioni sanitarie e dei governi, e messa provocatoriamente in discussione l'esistenza stessa di un diritto alla salute, il capitolo si conclude con alcune raccomandazioni pratiche.

Cosa c'entrano i diritti umani con la salute?

Il mondo della salute, fatta di medici e operatori sanitari ma non solo, e quello dei diritti umani con il corpo di legislazione internazionale che li accompagna, sono rimasti separati almeno fino ai tardi anni 1940. È da questo periodo che il fondamento del pensiero e della pratica dei diritti umani allarga gradualmente il suo linguaggio dall'ambito della disciplina del diritto a quello di un maggiore coinvolgimento sociale e partecipazione nelle lotte per i diritti civili. Si fa strada in questo modo la consapevolezza che altri attori non identificabili con lo Stato, come ad esempio le grandi società multinazionali, possono potentemente influenzare la capacità di realizzare i diritti umani, compreso quello alla salute. È tuttavia soprattutto l'esplosione della epidemia di HIV-AIDS negli anni 1980, con l'ondata di discriminazione, stigmatizzazione e disuguaglianze su scala globale a cui essa porta, ad evidenziare la vera natura della relazione (per nulla antagonista né neutrale, anzi sinergica) che esiste tra salute e diritti umani.

L'associazione così tardiva di questi due concetti è probabilmente dovuta alle differenti prospettive filosofiche, vocabolario, retroterra professionale, ruoli sociali e metodi di lavoro di medici e attivisti dei diritti. Eppure,

quando si considera il grado in cui i medici rischiano di essere esposti a situazioni riguardanti l'abuso dei diritti umani sembra strano che la letteratura su questo soggetto dedichi così poca attenzione ai principi di etica medica che regolano la loro condotta professionale. È ancora più strano che la letteratura di etica medica raramente faccia menzione dei diritti umani se non come questione marginale, come se i diritti umani fossero una entità separata che ha soltanto una remota e indistinta associazione con la pratica medica." (COMMONWEALTH MEDICAL ASSOCIATION, 2001)

La stessa definizione di salute contenuta nella Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità adottata nel 1946 e l'articolo 25, comma 1, della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani facilitano l'avvicinamento dei due mondi. Entrambe le affermazioni, infatti, possiedono importanti implicazioni concettuali e pratiche in quanto dimostrano come tutti i diritti, anche quelli non esplicitamente collegati alla salute costituiscano elementi integranti e indivisibili per raggiungere il maggiore livello di salute possibile. Esse confermano anche come il diritto alla salute sia inseparabile dagli altri diritti umani, siano essi civili e politici che sociali, economici e culturali.

Il rispetto per la dignità umana, infatti, è un elemento essenziale della salute e del benessere di tutti. L'offesa ripetuta alla dignità umana, come avviene in situazioni di negazione di diritti fondamentali come il diritto a potersi muovere sul proprio territorio (STEFANINI; ZIV, 2004), ad un

posto di lavoro, ad un reddito minimo di sussistenza può minare alla base il senso di autostima e di controllo sulla propria vita con effetti psico-biologici dannosi alla salute. In situazioni cliniche, il mancato rispetto della dignità umana ha stigmatizzato persone con condizioni come l'HIV/AIDS o disabilità fisiche e mentali negando loro l'accesso a trattamenti appropriati e/o assoggettandoli a interventi clinici inappropriati e a volte pericolosi o a lunghi periodi di istituzionalizzazione non necessaria.

Mann et al. (1994) suggeriscono di analizzare il rapporto tra salute e diritti umani partendo da tre considerazioni tra loro collegate e con evidenti risvolti pratici. La prima riguarda l'impatto che attività di sanità pubblica come la raccolta di dati, l'analisi delle priorità e l'erogazione di servizi e attuazione di interventi, possono avere sui diritti umani. La seconda riguarda l'impatto sulla salute dovuto alla violazione di diritti umani, non soltanto in situazioni ovvie come tortura, condizioni inumane di detenzione, esecuzioni sommarie o "sparizioni", ma anche a causa dell'assenza di un'adeguata informazione, per esempio sugli effetti del fumo, abuso di alcol o farmaci, sulla pericolosità di sostanze tossiche presenti nell'ambiente, sulla importanza della contraccezione o l'uso del preservativo per prevenire infezioni gravi e fatali come l'AIDS. Infine Mann sottolinea l'importanza dei determinanti "distali" della salute, ossia di quei presupposti indispensabili affinché la salute possa realizzarsi, primo fra tutti il godimento dei diritti economici, sociali e culturali. Come recita la carta di Ottawa per la Promozione della Salute del 1986, "le condizioni e le risorse fondamentali per la salute sono la pace, un tetto, l'istruzione, il cibo, il reddito, uno stabile eco-sistema, risorse sostenibili, giustizia sociale ed equità."

Determinanti della salute, disuguaglianze e diritti umani

È ormai patrimonio di conoscenza comune che l'aumento delle disuguaglianze di reddito, e la riduzione della coesione sociale che ne deriva, sia direttamente associato ad un sostanziale peggioramento dello stato di salute e della speranza di vita. È importante tuttavia ricordare che le nazioni più ricche non sono necessariamente anche le più sane, essendo il crudo PIL (Prodotto Interno Lordo) un indicatore molto illusorio della qualità della vita. Ciò che importa, al di là di un necessario livello minimo di ricchezza, è come questa ricchezza viene distribuita. (WILKINSON; PICKETT, 2009)

Questa osservazione ci porta a considerare (1) come la qualità della vita sociale costituisca uno dei più potenti determinanti di salute e (2) come quest'ultima sia strettamente dipendente dalla distribuzione del reddito e dalle condizioni di giustizia sociale e dei diritti umani. Stagnazione economica e povertà in un contesto di disordini politici, conflitti etnici e ambigue politiche sociali rappresentano le principali cause di degrado che portano alla emergenza di malattie e problemi psicosociali con conseguente deterioramento dell'intera qualità della vita collettiva.

La persistenza delle disuguaglianze come esperienza pratica quotidiana chiama prepotentemente in causa il discorso dei diritti umani, la loro violazione conseguente a povertà, origine etnica, colore della pelle e differenze di genere, e impatto sulla salute che ne deriva. È in questo contesto che diritti umani, equità e salute sono diventati centrali nel Nord e nel Sud del pianeta, in quanto fanno riferimento a valori che riguardano la vita e la morte, l'uguaglianza sociale, la dignità e l'integrità della persona. È importante quindi indagare le relazioni reciproche tra salute

e diritti umani nella prospettiva che essi non sono soltanto complementari, ma fondamentalmente legati l'uno all'altro.

L'aspetto appassionante del linguaggio dei diritti umani è che si rivela capace di denunciare l'immoralità e la barbarie del volto moderno del potere. Tale linguaggio non viene sufficientemente valorizzato se non considerando con preoccupazione la sofferenza che la violazione di questi diritti porta con sé. Povertà, guerra, degradazione ambientale, gli effetti deleteri della globalizzazione, discriminazione, malattia, analfabetismo e sfruttamento del lavoro sono soltanto alcune delle minacce al nostro diritto di essere umani di vivere in sicurezza e in dignità. Un esempio di come il mancato rispetto dei diritti umani possa ripercuotersi sulla salute ci viene dal diritto alla *non-discriminazione*.

Discriminazione e salute

La discriminazione ha conseguenze dirette sulle modalità con cui si misurano i livelli e la distribuzione dei tassi di morbilità e mortalità. Lo stesso carico di malattia discrimina in quanto si distribuisce non a caso ma in modo disuguale tra la popolazione. Come dice Paul Farmer, parafrasando il principio centrale della teologia della liberazione, la malattia fa continuamente e con terribile coerenza "la scelta preferenziale per i poveri." (FARMER, 2003) La tubercolosi, ad esempio, colpisce soprattutto le comunità marginalizzate, l'AIDS s'insinua nelle parti più vulnerabili della popolazione, i più poveri e soprattutto le donne. Discriminazione e povertà si potenziano a vicenda dando luogo ad una disuguale capacità di accedere alle informazioni, di comprendere i rischi cui si viene esposti, di acquisire la capacità e la libertà sia di ridurre questi rischi

che di fare uso dei servizi preventivi e curativi. La malattia trova terreno fertile nelle comunità e nelle persone che vivono emarginati e ignorati dalla società e perciò mai contattati, confusi nelle medie di cui fanno uso economisti e programmatori. "Le medie sono vigliacche" denunciava don Lorenzo Milani riferendosi alle statistiche sull'assegnazione delle case nelle periferie di Firenze, "perché mischiano il più dei ricchi con il meno dei poveri come facesse pari." (MILANI, 1958) Intervenire in modo positivo su salute e diritti umani implica riconoscere chi nella società è a un rischio di malattia molto superiore agli altri. Disaggregare le medie, cercare le differenze e misurarle, identificare chi appartiene alla fascia più svantaggiata, proteggendo allo stesso tempo la *privacy* e la dignità delle persone, costituisce l'inizio dell'azione a favore di salute e diritti.

La discriminazione colpisce anche gli stili di vita. Il modo in cui si distribuiscono i comportamenti individuali nei riguardi della salute, come l'abitudine al fumo o il consumo di *junk food*, all'interno di una popolazione e a livello globale dimostra come l'industria sia ben conscia di quali siano le fasce più deboli e vulnerabili su cui concentrare le proprie strategie di marketing, ossia quelle con minore accesso all'informazione e all'istruzione, coloro la cui capacità di scegliere e decidere in modo informato su questioni che riguardano la propria salute è fortemente limitata da pressioni economiche e sociali. A differenza dalle droghe illegali, queste pratiche non sono regolate da leggi internazionali ma, nel migliore dei casi, da codici di condotta e di auto-regolamentazione costantemente violati.

Le disuguaglianze nella salute possono essere esacerbate anche dalla discriminazione che avviene all'interno dei sistemi sanitari. Pensiamo ad esempio agli immigrati che non possono essere assistiti e curati perché spaventati di dovere rivelare la propria condizione

di irregolarità e mancanza di permesso di soggiorno. Pensiamo a coloro che a causa della loro identità sessuale o dei loro comportamenti comunemente considerati contrari alle norme sociali e culturali prevalenti sono privati del trattamento concesso invece ad altri individui. Pensiamo alle persone con inabilità fisica o psichica che ricevono assistenza di bassa qualità senza che la loro protesta sia ascoltata.

La discriminazione può essere anche alla base di programmi e politiche di sviluppo mal concepiti con un impatto diretto o indiretto sulla salute. Pensiamo ai progetti infrastrutturali (come dighe) che richiedono l'evacuazione di intere popolazioni senza prestare sufficiente attenzione al nuovo contesto in cui queste famiglie dovranno inserirsi e all'impatto ambientale prodotto nell'area di intervento, ad esempio la diffusione di nuove malattie come malaria e schistosomiasi.

La discriminazione nei confronti delle minoranze etniche e religiose, così come quelle sessuali (di genere), contro le diverse opinioni politiche e contro gli immigrati compromettono la salute e il benessere e, spesso, la stessa vita di milioni di persone. Le pratiche discriminatorie danneggiano la salute mentale e fisica e negano alle persone l'accesso alla assistenza sanitaria o alle cure più appropriate, o le relegano ad un'assistenza di qualità inferiore. Nelle forme più estreme di discriminazione, come la "pulizia etnica" e il genocidio, tale avvilimento della umanità ha avuto conseguenze devastanti.

L'impatto della discriminazione sulla salute, sia essa perpetrata, condonata o tollerata da un governo, non è che un aspetto, forse il più visibile, dell'impatto che il mancato rispetto dei diritti umani può avere sulla salute. Esistono tuttavia altri modi più subdoli in cui salute e diritti umani interagiscono. Per esempio, è un fatto risaputo che il livello

di istruzione della madre rappresenta uno dei determinanti più potenti della salute e della sopravvivenza dei figli. Eppure persiste una profonda disuguaglianza nella possibilità di andare a scuola tra maschi e femmine. Assicurare il diritto alla istruzione, soprattutto delle bambine, significa promuovere la salute e il futuro della intera popolazione.

Ruolo delle professioni sanitarie

Molto spesso medici, infermieri e altri operatori sanitari si trovano in circostanze estreme che li mettono a rischio di violazione dei diritti umani fondamentali. La loro partecipazione a torture, punizioni corporali o esecuzioni capitali, abuso di diagnosi psichiatriche o interventi terapeutici per punire o controllare dissidenti politici fa emergere il doppio vincolo di lealtà che il professionista incarna, con il paziente e con lo Stato. (SPADA, 2010) Il medico carcerario che usa farmaci anti-psicotici per controllare un prigioniero non ammalato mentale allo scopo di proteggere la sicurezza istituzionale, o che non segnala nella cartella medica segni e sintomi di abusi fisici o mentali, o il medico del pronto soccorso che denuncia alla polizia un paziente immigrato irregolare anziché ammetterlo in ospedale sono esempi purtroppo non rari.

Il comportamento passivo del professionista nei confronti degli interessi dello Stato è ancora più frequente. Un infermiere o un medico che, unico testimone indipendente di abusi in una istituzione chiusa, che tace su ciò che vede, innalza la protezione dello Stato al di sopra dei suoi doveri nei confronti della persona che è sotto la sua cura. Il professionista che subordina giudizi o interventi medici al servizio di un sistema discriminatorio, per esempio fornendo servizi sanitari che discriminano in base all'origine

etnica, sceglie di servire lo Stato anziché il paziente. Anche nella pratica clinica quotidiana medici e infermieri negano assistenza sanitaria a individui per ragioni (come può essere ad esempio lo stato di immigrato irregolare o di utilizzatore di droghe illegali) che violano i diritti umani di quelle persone.

Purtroppo in questi casi i codici deontologici professionali non aiutano molto in quanto raramente, al di là delle teoriche affermazioni sugli obblighi verso il paziente, tengono in dovuto conto le fortissime e spesso conflittuali pressioni, volte a subordinare gli interessi del paziente, che la professione subisce. Una massima generale per un comportamento corretto potrebbe essere che nessun professionista sanitario può subordinare l'interesse della persona che ha in cura alle richieste dello Stato, laddove così facendo viola i diritti umani del paziente.

La responsabilità dei governi

“Prima dei diritti umani viene l'altruismo. Dopo i diritti umani viene l'altruismo, la preoccupazione disinteressata per il benessere degli altri.” (TARANTOLA, 2000) Altruismo e diritti umani sono due cose assai diverse. Se da una parte l'altruismo rappresenta una motivazione centrale che sta alla base della pratica della sanità pubblica, dall'altra parte i diritti umani forniscono una cornice internazionalmente condivisa in cui collocare le responsabilità dei governi nei confronti della salute e del benessere dei cittadini. Per individuare quali siano queste responsabilità è utile adottare l'approccio dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) che suggerisce di integrare salute e diritti umani attraverso il riconoscimento di tre serie di obblighi che i governi e il sistema delle Nazioni Unite hanno nei confronti dei diritti umani e in particolare riguardo alla salute (TOEBES, 1999):

- I governi hanno l'obbligo di *rispettare* i diritti umani. Questo comporta che i governi si astengano dall'interferire direttamente o indirettamente sulla realizzazione dei diritti umani. In pratica, nessuna pratica, politica o programma sanitario o misura legale dovrebbe violare i diritti umani. I servizi sanitari dovrebbero essere assicurati a tutta la popolazione su una base di uguaglianza e assenza di discriminazione, prestando particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili e marginalizzati. I casi di maltrattamenti o le omissioni di soccorso medico nei centri di detenzione sia militari (Guantanamo, Abu Ghraib) che civili (Centri di identificazione ed espulsione per immigrati, le carceri) che sempre più frequentemente affiorano alla nostra conoscenza, non possono non interrogare prepotentemente anche le professioni sanitarie e il loro ruolo in tale ambito; (OSSERVATORIO ITALIANO SULLA SALUTE GLOBALE, SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI, 2005)

- I governi hanno l'obbligo di *proteggere* i diritti umani. Ciò significa che i governi devono adottare misure che impediscano ad entità terze di interferire con i diritti umani. A questo scopo i governi dovrebbero accrescere la propria capacità di valutare l'impatto che attori privati a livello nazionale e internazionale hanno sulla salute dei cittadini, e agire di conseguenza. Tutto ciò riguarda importanti istituzioni, sanitarie e non, che hanno un profondo impatto sulla salute, come i produttori di servizi, le compagnie assicurative nel campo della salute, l'industria, in particolare quella farmaceutica, del tabacco o particolarmente inquinante, e attori globali come Banca Mondiale (HAMMONDS, GORIK, 2004), Fondo Monetario Internazionale (FMI) e Organizzazione Mondiale del Commercio (WTO – World Trade Organization); (UNITED NATIONS COMMISSION ON HUMAN RIGHTS, 2000; OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, 2003)

- I governi hanno l'obbligo di *realizzare e tradurre in pratica* i diritti umani. Questo significa che lo Stato deve adottare appropriate misure legislative, amministrative, fiscali, di bilancio, giudiziarie, promozionali e di altro tipo per la completa attuazione dei diritti umani. I governi quindi dovrebbero essere sostenuti nei loro sforzi di applicare queste misure e monitorare il loro impatto, con un'attenzione immediata ai gruppi vulnerabili ed emarginati. Costituisce un esempio di questo tipo l'adozione di formule allocative che permettano di distribuire le risorse disponibili in modo più equo, ossia più rispondente agli effettivi bisogni di salute e di assistenza sanitaria della popolazione.

Nonostante la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani costituisca una enunciazione di valori senza effettiva valenza giuridica, è tuttavia importante ricordare che il Patto Internazionale per i Diritti Civili e Politici (ICCPR) e il Patto Internazionale per i Diritti Economici, Sociali e Culturali (ICESC), firmati nel 1966 ed entrati in vigore nel 1976, vincolano legalmente gli Stati firmatari al rispetto e alla realizzazione pratica di quanto contenuto. L'articolo 12 comma 2 dell'ICESC va oltre, precisando che "... i passi che gli stati devono compiere per raggiungere la piena realizzazione [del diritto alla salute] dovranno includere quelli necessari a:

- Mettere in atto quanto essenziale alla riduzione della mortalità perinatale e infantile e alla sviluppo sano del bambino;
- Il miglioramento di tutti gli aspetti dell'igiene industriale e ambientale;
- La prevenzione, trattamento e controllo della malattie epidemiche, endemiche, legate al lavoro e altre;
- La creazione delle condizioni che assicurino servizi e attenzione medica per tutti in caso di malattia."

Inserire la salute in una prospettiva dei diritti umani, introducendo il "linguaggio dei diritti umani", sposta l'analisi di problemi come quello delle disuguaglianze nell'accesso alle cure dall'ambito della qualità dei servizi a quello di problematiche fondamentali come democrazia e giustizia sociale, oltre ad aiutare a definire chiaramente le diverse responsabilità in gioco. L'uso di una cornice concettuale fondata sui diritti umani legittima quindi la popolazione a chiedere conto ai propri governi dei casi in cui la salute dei cittadini viene lesa a causa del mancato rispetto, protezione o realizzazione pratica di diritti umani sanciti dai due Patti.

Esiste un "diritto alla salute"?

Il Segretario Generale delle Nazioni Unite ha affermato: "È mia aspirazione che la salute venga finalmente vista non come una benedizione da augurarsi ma come un diritto umano per cui lottare." (ANNAN, 2002) La salute, tuttavia, costituisce realmente un diritto umano, e se sì, qual è lo stato di salute dei diritti umani in un'era di globalizzazione economica, sociale, culturale e politica? La risposta è abbastanza semplice: sono molto ammalati. Ma esiste anche un'altra domanda che si impone: come possono la salute e i diritti umani godere di buona salute quando le condizioni di vita e di lavoro della maggioranza delle persone che popolano la Terra sono messe a repentaglio da politiche economiche che mirano a cedere il controllo delle economie nazionali a potenti società transnazionali e ad istituzioni globali di governo tutt'altro che democratiche, come Banca Mondiale, il FMI e WTO. Non si tratta di demonizzare un sistema economico e commerciale per ragioni ideologiche. Il fatto inoppugnabile e inaccettabile è che, riducendo sia la salute che i diritti umani ad una questione di trattati e di accordi internazionali, abbiamo finito per renderli

negoziabili. È paradossale e scandaloso, a questo riguardo, che se da una parte accettiamo che istituzioni globali come la WTO, le cui implicazioni per la salute sono ampiamente conosciute (WHO, 2002; STEFANINI, 2002), siano dotate di un proprio meccanismo disciplinare interno legalmente vincolante nei confronti degli stati membri, dall'altra siamo colpevoli di non avere ancora tradotto la vigilanza sul rispetto dei diritti umani, compreso quello alla salute, in una pratica consolidata e capace di guidare l'azione degli Stati.

Qualcuno trova paradossalmente legittimo concludere che "(...) La salute NON è un diritto umano, ma una condizione necessaria per la vita. Senza la salute non saremmo in grado di sopravvivere. L'espressione corrente "salute come diritto umano" rischia di cadere nella trappola di un eccessivo "legalismo", che finisce per attribuire a temi sociali, culturali, politici, economici e ambientali fondamentali una pertinenza giuridica anziché porli in una sfera politica che prenda in considerazione le strutture di potere, di denaro e i meccanismi internazionali del commercio e del cosiddetto libero mercato. Paradossalmente guardando la salute come un diritto umano la consideriamo un bene giuridico che può essere acquisito con l'aiuto di avvocati. È pur vero che abbiamo fatto della salute un bene di consumo, ma questo non significa che lo sia veramente. È vero che dobbiamo combattere battaglie legali per stabilire quali siano le condizioni di vita e di lavoro che danneggiano la salute, ma questo non significa che la salute sia una questione di codici e principi giuridici.

Non possiamo quindi continuare a credere che la salute sia un bene che possiamo patteggiare. Essa è una delle condizioni fondamentali della nostra vita e come tale non è negoziabile. Il nostro linguaggio, tuttavia, nasconde questo fatto quando collega automaticamente la salute al sistema giuridico dei diritti umani aprendo così la porta alla

possibilità di trattare sui gradi e livelli di salute accordabili a coloro che si prendono la briga di rivendicarla, appunto, in termini di legge. Il risultato finale di questo perverso ragionamento è l'accettazione della inevitabilità di molte disuguaglianze in salute, quasi fossero indispensabili per la vita umana. Ciò che è essenziale, invece, è che gli umani sviluppino modi diversi di essere e di vivere in uno stato di benessere. "Non possiamo tuttavia accettare che persone e popoli diversi soffrano di livelli di malattia e di mortalità differenti soltanto perché altri, ad esempio, avvelenano il loro ambiente o si appropriano delle loro risorse." (WENZEL, 1998)

Conclusione

Esempi di azioni concrete che promuovono la salute attraverso i diritti umani sono riassunti nella tabella 1. (GRUSKIN; FERGUSON, 2009)

Tabella 1

Azioni che migliorano la salute attraverso la promozione dei diritti umani

- Tenere in dovuto conto il contesto giuridico e politico in cui si attua l'intervento.
- Sostenere la partecipazione dei gruppi interessati, soprattutto quelli particolarmente vulnerabili, in tutti gli interventi che li riguardano.
- Lavorare affinché non avvengano discriminazioni nell'uso dei servizi né nei risultati in termini di salute nei diversi gruppi di popolazione.

(segue)

- Utilizzare il metro dei diritti umani nel fornire servizi in particolare riguardo a criteri quali accessibilità, accettabilità e qualità.
- Assicurare trasparenza e l'obbligo di rendere conto sia della rilevanza delle decisioni prese sia del loro impatto.

Se la salute delle persone dipende dalla loro possibilità di godere pienamente di tutti i diritti umani fondamentali, allora gli operatori sanitari hanno l'obbligo di fare proprio questo tema con estrema serietà. E per almeno quattro buone ragioni:

1. Come cittadini del mondo moderno globalizzato i professionisti della salute non possono non essere informati su di uno dei più dinamici, complessi e coraggiosi movimenti sociali moderni. Dopotutto si tratta dei diritti e della dignità di essi stessi e dei loro pazienti;

2. Le politiche, i programmi e le pratiche sanitarie possono inavvertitamente violare i diritti umani;

3. Le violazioni di ciascun diritto umano ha importanti effetti negativi sulla salute di individui e gruppi;

4. Promuovere i diritti umani viene oggi inteso come una parte essenziale degli sforzi per promuovere e proteggere la salute pubblica. (BOYD; HIGGS; PINCHING 1997, p. 126)

Inserire la salute all'interno di una cornice analitica basata sui diritti umani può avere importanti implicazioni pratiche. Il corpo legislativo internazionale sui diritti umani potrebbe ad esempio essere utilizzato come guida coerente all'analisi dello stato di salute degli individui e delle comunità: "il grado in cui i diritti umani vengono

effettivamente realizzati potrebbe essere utilizzato come un indice di benessere, più comprensivo e significativo dei tradizionali indicatori di salute. Facendo continuo riferimento a questo quadro concettuale, i professionisti della salute sarebbero costretti a confrontarsi con le proprie responsabilità nei confronti dei diritti umani non soltanto nel momento in cui perseguono politiche e programmi, ma anche contribuendo attivamente dalla loro posizione privilegiata al miglioramento nella realizzazione concreta dei diritti all'interno della società. Gli operatori sanitari hanno da tempo riconosciuto le radici sociali dello stato di salute: un legame con i diritti umani può aiutarli ad impegnarsi con modalità specifiche e concrete con l'intera gamma di coloro che lavorano per promuovere e proteggere dignità e diritti umani in ogni società." (MANN et al, 1994)

Attraverso la conoscenza delle modalità con cui le violazioni dei diritti umani impattano sullo stato di salute e sul benessere delle persone, i professionisti sanitari possono migliorare l'assistenza sanitaria che forniscono ai loro pazienti. Per esempio,

- Possono utilizzare le loro conoscenze diagnostiche per identificare segni di violenza e di tortura, compresa la violenza sessuale, anche quando questi segni sono poco o per nulla evidenti agli altri colleghi;
- Accertando l'impatto sulla salute fisica e mentale provocato dalla esclusione sociale, dalla persecuzione e dalla discriminazione, essi possono aiutare i loro pazienti ad accedere ai servizi più appropriati;
- Comprendendo le modalità con cui essere testimoni di violenze può avere effetti sulla salute psichica e fisica, essi possono trattare efficacemente bambini e adulti che sono stati presenti a violenze, torture o uccisione di membri della propria famiglia;

- Parlando a nome dei propri pazienti, essi possono influenzare i processi decisionali allo scopo di promuovere e difendere i loro diritti. Per esempio,
 - Possono testimoniare le loro esperienze nel trattare vittime di violenze, torture e lesioni come esplosioni di mine, a sostegno di leggi o trattati per bandire queste forme di violenze o di armi;
 - Mettendo a disposizione la propria esperienza con vittime di tortura in cerca di asilo politico, possono aiutare i giudici a capire gli effetti della tortura e della violazione di altri diritti umani su chi fa richiesta di asilo;
 - Scrivendo lettere ai giornali, articoli e con altre forme di comunicazione e diffusione, possono sia educare il pubblico riguardo all'abuso dei diritti umani sia informarli di quali passi compiere per porre loro fine;
- Attirando l'attenzione sulle violazioni della neutralità medica, essi possono allo stesso tempo pubblicizzare gli abusi dei diritti umani e allo stesso tempo aiutare a preservare la neutralità e "sacralità" medica. Per esempio,
 - Possono attirare l'attenzione dei media e dei decisori politici sui casi in cui colleghi sono stati sottoposti a pressioni, imprigionati o rischiano l'incolumità per prestare assistenza a popolazioni emarginate o per parlare in pubblico degli abusi sui diritti umani;
 - Documentando casi in cui la neutralità medica è stata violata da gruppi avversari, per esempio bombardamenti ad ospedali, sparatorie nei campi di rifugiati o violenze contro ambulanze o personale medico, possono contribuire a proteggere persone innocenti.

Bibliografia

ANNAN, K. In: World Health Organization. **25 [Twenty five] questions and answers on health and human rights**, p.4, 2002.

BOYD, K.; HIGGS, R.; PINCHING, A.. (orgs.) **The New Dictionary of Medical Ethics**. London: BMJ Publishing, 1997, p. 126.

COMMONWEALTH MEDICAL ASSOCIATION. **Medical Ethics and Human Rights. Part 1**, London. Citato in: British Medical Association. **Ethics, Morals, Rights and Needs**. In: **The Medical Profession and Human Rights**. Zed Books and BMA, London, 2001, p. 14-42.

FARMER, P. **Pathologies of power**, University of California Press, Berkeley, 2003.

GRUSKIN, S.; FERGUSON, L.. Using indicators to determine the contribution of human rights to public health efforts. **Bulletin of the World Health Organization**, 2009, v.87, p. 714-719.

HAMMONDS, R.; GORIK, O.. World Bank policies and the obligation of its members to respect, protect and fulfil the right to health. **Health and Human Rights**, v.8, n.1, 2004, p. 27-62.

MANN, J.M.; GOSTIN, L.; GRUSKIN, S.; BRENNAN, T.; LAZZARINI, Z.; FINEBERG, H.V. Health and Human Rights. **Health and Human Rights: An International Journal**, v.1, n.1, 1994, p. 7-23.

MILANI, L. **Esperienze Pastorali**, Firenze: Fiorentina, 1958.

OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS. **Human rights and trade**. Submission to the 5th WTO

Ministerial Conference, Cancún, Mexico. 10-14 September, 2003.

OSSERVATORIO ITALIANO SULLA SALUTE GLOBALE, SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI. **Lettera aperta ai medici e alle professioni sanitarie.** Disponível em: <www.saluteglobale.it>. Acesso em: 26 nov 2014.

SPADA, V. **Medici e tortura. Salute pubblica e diritti umani:** uno studio di caso in Israele e nel territorio palestinese occupato. Tesi di laurea in medicina e chirurgia. Università di Bologna, 2010.

STEFANINI, A. La salute ai tempi della globalizzazione. **Epidemiologia e Prevenzione.** 2002; settembre-ottobre, p. 257-259.

STEFANINI, A.; ZIV, H.. Occupied Palestinian Territory: Linking Health to Human Rights. **Health and Human Rights. An International Journal**, v.8, n.1, 2004, p. 161-178.

TARANTOLA, D. **Building on the synergy between health and human rights: a global perspective.** Background document, Working Paper. Geneva: World Health Organization; June 14, 2000.

TOEBES, B.. The Right to Health as a Human Right in International Law. School of Human Rights Research Series, vol. 1, **INTERSENTIA-HART**, 1999.

UNITED NATIONS COMMISSION ON HUMAN RIGHTS, SUB-COMMISSION ON THE PROMOTION AND PROTECTION OF HUMAN RIGHTS. **Intellectual Property Rights and Human Rights.** E/CN.4/Sub.2/2000/7.

WENZEL, E. **Health and human rights in the era of globalization.** Disponível em: <www.ldb.org/sydney98.htm>. Acesso em: 26 nov 2014.

WHO; WTO. **WTO Agreements & Public Health.** Geneva: World Health Organization, World Trade Organization, 2002.

WILKINSON, R. H.; PICKETT, K. **La misura dell'anima:** Perché le disuguaglianze rendono le società più infelici. Roma: Feltrinelli, 2009.

Moltitudine e differenza: La Salute Pubblica e la produzione dell'Altro come diseguale al giorno d'oggi

Emerson Elias Merhy

Le differenze come potenziali di produzione di vita e non disuguaglianze

Localizzando

Rio de Janeiro, sotto l'effetto delle decisioni prese in concomitanza della Coppa del Mondo del 2014 e delle Olimpiadi del 2016, vede un governo statale che aveva già in progetto di realizzare una "riforma" urbana nello stato in generale e nella città "meravigliosa" in particolare. In questa congiuntura diversi progetti sono stati attivati, favoriti dal finanziamento pubblico proveniente dalla crescita delle "royalties" petrolifere, in una fase di valorizzazione del capitale, dovuto al posizionamento brasiliano nel campo della negoziazione delle "commodities" nel mercato mondiale e di allocamento di parte del fondo pubblico federale in sostegno a questi processi. Questo insieme di progetti ha provocato l'azione di differenti gruppi sociali,

sotto forma di sostegno o di resistenza e opposizione. (VAINER, 2013)

In questo contesto, da quattro anni, gruppi di distinte origini istituzionali – professori universitari del campo della salute, arte-educatori con lunga esperienza di lavoro con ragazzi e ragazze senza fissa dimora che vivono nelle strade di Rio de Janeiro, artisti di strada, in particolar modo di circo, professionisti sanitari che lavoravano con senza fissa dimora principalmente nel campo della salute mentale – si sono uniti e hanno dato vita a un processo chiamato “Segnali che vengono dalla strada.” (MERHY, 2010)

L’idea centrale di questo gruppo era quella di creare un processo collettivo che potesse, come un osservatorio, attivarsi di fronte alle manifestazioni che si producevano a partire dai gruppi oggetto dell’azione repressiva o di controllo dello Stato in quanto “inquinanti della città”. In questo processo di creazione dei “Segnali che vengono dalla strada”, si è cercato di dare anche sostegno ai cittadini senza fissa dimora o ad altre forme di “moltitudini” similari, come ad esempio i migranti, di fronte alla violenza di questa “pulizia dell’urbano” dai “rifiuti umani”, o addirittura, di fronte a gruppi non assimilati, che come gli stranieri, venivano visti come minacciosi, pericolosi a causa della loro non civiltà. Un altro obiettivo del processo era quello di dare visibilità a questi avvenimenti proprio lì, nel quotidiano delle loro vite, nello spazio pubblico.

Il processo di “Segnali” ha poi generato diversi eventi: l’incontro di 300 persone in un Workshop durante un Congresso Internazionale a Rio de Janeiro nel 2012; azioni in piazze pubbliche come il Largo do Machado nel quartiere Flamengo; attività di radio mobile; nuove forme di avvicinamento con i ragazzi e le ragazze senza fissa dimora attraverso l’azione degli arte-educatori, che per altro erano già state realizzate da varie ONG che lavoravano nelle

strade di Rio de Janeiro da più di vent’anni, come il gruppo “Se Questa Strada Fosse Mia”, partner di questo processo. Molti di coloro che parteciparono, realizzarono anche workshop con differenti arte-educatori sul tema “La droga esiste o non esiste?”, nonché incontri con professionisti sanitari dei Consultori di Strada per scambiare esperienze e implementare azioni.

Tutto questo movimento si è avvalso del sostegno del collettivo “Micropolitica del Lavoro e Cuidado in Salute”, del quale faccio parte. Probabilmente, ciò che mi ha maggiormente permesso di comprendere ciò che stava accadendo alla città di Rio de Janeiro, è stata la mia partecipazione all’evento “Rio +20”, nel 2012. In quell’occasione ho potuto “vivere” parte delle dispute rispetto a che tipo di città vogliamo costruire oggi nel mondo nei grandi centri urbani tanto cari al capitale. (MARICATO, 2013)

Durante quell’incontro ho assistito a scene che è necessario condividere per poter creare una discussione relativa alle questioni di questo testo.

“Rio +20” è stato un evento organizzato dal governo federale che si proponeva di rilanciare la discussione sulla questione della crisi ambientale mondiale iniziata venti anni prima nella conferenza “Eco 92”, realizzatasi sempre a Rio de Janeiro. Si trattava quindi di riunirsi nuovamente e verificare che cosa era stato realizzato nel tempo trascorso per la costruzione di una “Terra Sostenibile”; se i governi e le multinazionali avevano accolto i provvedimenti e le raccomandazioni per una politica ambientale favorevole al mantenimento della vita, sotto tutti i suoi aspetti, nel nostro pianeta.

Nel processo di organizzazione dell’incontro si svilupparono controversie rispetto alla costruzione dell’agenda e alla strutturazione dell’evento. All’incontro

non parteciparono soltanto i governi o le corporazioni, ma anche vari collettivi ed esponenti di movimenti sociali che organizzarono addirittura una serie di attività parallele nella misura in cui l'organizzazione ufficiale non apriva spazi per incorporare le loro istanze nell'agenda formale.

Durante la settimana dell'evento questa controversia si palesò fortemente. Mentre i governi di vari Paesi, le agenzie internazionali, diverse multinazionali e qualche intellettuale e ONG si riunirono in un grande evento con sede centrale nel Forte di Copacabana, molti collettivi ed esponenti dei movimenti sociali di vari "popoli" del mondo si incontrarono tutti i giorni nell'Aterro di Flamengo. Tra questi vi erano anche differenti popoli indigeni amazzonici che realizzarono le più disparate attività di discussione, culturali, artistiche, etc.

Vi era quindi una tensione molto interessante. Da una parte, la differenza produceva disuguaglianza, creando vigilanza e diffidenza; dall'altra la differenza affascinava, arricchiva, percorreva i margini e si connetteva. L'Aterro di Flamengo ribolliva di vite in connessione, e a esso si connettevano altri luoghi della città che fungevano da sede ampliata dell'evento parallelo. L'agenda qui era più libera, meno ufficiale e probabilmente meno nascosta.

Per chi non conosce questa regione, vale la pena descrivere il Forte di Copacabana che è situato in una delle estremità della Spiaggia di Copacabana. Questo Forte fa parte della storia repubblicana del Brasile a causa delle rivolte *tenentiste* degli anni Venti. È il luogo che il governo principalmente utilizza per l'organizzazione di eventi ufficiali. Arrivando in questo contesto durante l'evento, si poteva osservare una gigantesca costruzione posta sulle pietre e le strutture della Fortezza. Percorrendo questa enorme struttura si accedeva a un grande terrazzo che si apriva per la visione della "bellezza", ovvero la Baia di

Guanabara, come se si stesse dicendo agli industriali o ai governanti presenti: osservate quale prodotto meraviglioso vi stiamo offrendo, volete comprarlo? Era un'esposizione a cielo aperto, uno "show room" della città mercato: Rio de Janeiro.

Di potenziali compratori ve n'erano molti. Capi di stato o loro rappresentanti, centinaia di impresari di grandi corporazioni capitaliste, nazionali e multinazionali e tutto ciò che possa guadagnarsi questo nome.

Allo stesso tempo, camminando nell'Aterro ci si sentiva praticamente come dentro a una foresta, tra gruppi e baracche. C'era un'infinita offerta, una molteplicità di popoli e ognuno aveva la possibilità di vivere la propria esperienza della differenza e di come quella differenza, costruita attraverso tutte quelle produzioni di vita, fosse assolutamente meravigliosa. Era come se, camminando nell'Aterro, ci si sentisse raggiunti da una molteplice varietà di possibilità di "essere" nella ricca esperienza di produrre "modi di vita". Ci si poteva rallegrare dell'incontro con gruppi molto distinti tra loro, senza nessuna minaccia o diffidenza paranoica. Andando tutti i giorni lì, io mi "incontravo" a ogni istante con "modi intensi di produzione di sé e dell'Altro". Camminare nell'Aterro di Flamengo durante quello stesso evento era un'esperienza assolutamente affascinante per me e per tutti coloro che stavano in quel movimento-moltitudine.

Segnali che vengono dalla strada, moltitudini/reti vive e Salute Pubblica

Questa esperienza apre a un insieme di nuove questioni e discussioni che mi affascinano anche a causa del tipo di coinvolgimento che ho in diversi movimenti sociali della città. Negli ultimi tre anni ho partecipato insieme ad altre persone al processo che abbiamo chiamato “Segnali che vengono dalla strada”. Attraverso il concetto dei segnali diventa evidente come le questioni delle moltitudini e della Salute Pubblica si intrecciano e si esprimono nelle nostre esperienze.

Nella contingenza di Rio de Janeiro, che ha portato alla ribalta la questione della strada in maniera molto intensa – si tratta infatti di una città marchiata dalla posizione che occupa nell’immaginario relativo al Brasile in varie parti del mondo, arricchito oggi dagli eventi della Coppa del Mondo del 2014 e delle Olimpiadi del 2016 – la situazione dei segnali della strada sta acquisendo espressioni molto specifiche, specialmente per quel che concerne la relazione tra moltitudine e Salute Pubblica.

Molte sono le città caratterizzate dalla presenza di diversi gruppi sociali in spazi pubblici come piazze, marciapiedi, bar (luogo di transizione tra spazio pubblico e privato), spiagge, e Rio de Janeiro è una di queste. Anzi, questo è quasi il marchio della città. Numerosi movimenti sociali hanno avuto (e hanno) il loro riconoscimento nello spazio sociale. Mi ricordo chiaramente del movimento dei “senza-documenti” nella Parigi degli anni 2000.

Varie zone di Rio sono state sedi di movimenti sociali molto significativi in differenti epoche. La Lapa sin dall’inizio della Repubblica, è proprio uno di quei luoghi in cui queste “espressività” definiscono ciò che è lo spazio pubblico nello stesso movimento di costruzione di ciò che è la città. La Lapa

di ieri non è la Lapa di oggi, ma i segni delle occupazioni delle moltitudini sono lì e continuano a verificarsi.

Questi sono i segnali che ci interessavano, il modo in cui lo spazio pubblico veniva prodotto/occupato e da chi; quali inquietudini questo generava e chi si sentiva disturbato; che tipo di fermento era contenuto in tutto ciò, che tipo di controversie rispetto a ciò che del pubblico dovrebbe essere occupato in maniera privata; che tipo di privato era, dal momento che questo concetto non sempre può essere espresso attraverso le categorie del mercato, e che può anche esprimere l’interesse di un gruppo specifico, senza che si verifichi un’appropriazione definitiva: soltanto un utilizzo passeggero, temporaneo, come per una finalità non commerciale. L’uso privato di una frazione del pubblico, che poi verrà nuovamente abbandonata, può generare un pubblico carico di tensioni in quanto utilizzata da gruppi che concepiscono come nello stesso posto possano esserci anche altri. Lo stesso luogo è un non luogo. È strumento, ruota e piazza. (MERHY, 2006)

Era impossibile vedere tutto ciò durante l’evento, poiché non c’era questa visibilità oggettiva, ma il nostro sguardo era preparato per tutto quello che abbiamo già evidenziato, e il nostro interesse non era rivolto a qualsiasi cosa: ci siamo permessi di osservare e vedere alcuni segnali e non altri. Abbiamo visto una disputa per le strade tra vari individui e collettivi molto simile a quella che si evidenziò nel caso di “Rio +20”, caratterizzata da altre componenti che ci hanno mobilitato.

La disputa sull’uso della strada come luogo in cui vivere e abitare era già piuttosto datata, tuttavia acquisiva ora un’evidenza significativa, in un momento molto anteriore agli avvenimenti del 2013. (VAINER, 2013)

I senz’altro nel mondo sono un marchio. Ciò nonostante in Brasile, più di venti anni fa, durante il processo

di ri-democratizzazione del Paese successiva alla dittatura militare (1964 – 1984), si verificò una sequenza di eventi che vale la pena ricordare.

Un gruppo di artisti di strada appartenenti all'universo della teatralità circense entrò in contatto con i ragazzi e le ragazze che vivevano nella Spiaggia di Copacabana. Gli artisti osservarono che questi ragazzi adoravano saltare dai muretti verso la spiaggia con capriole in salto mortale e si offrirono di insegnare loro come migliorare tali "esercizi": in questa maniera resero possibile l'incontro.

Da questo processo sono sorti vari progetti sociali che ricercavano questo incontro e a partire da esso si proponevano di produrre nuovi legami tra i ragazzi di strada e gli artisti, che si ponevano come obiettivo quello di aprire lo spazio a nuove possibilità di "vivere".

Tra i vari gruppi che maggiormente si fecero notare, c'è il "Se Questa Strada Fosse Mia" (vedi al sito: http://seessarua.org.br/ass_circo_social.php): sia per l'essere venuto da là ed essere qui, oggi, agendo; ma anche perché ci siamo incontrati nella strada e insieme abbiamo costruito "Segnali che vengono dalla strada".

Siamo giunti a promuovere insieme un workshop durante il 10° Congresso della Rede Unida nel 2012 a Rio de Janeiro che è durato tre giorni e al quale hanno partecipato 300 persone. (MERHY, 2012) In quella intensa attività abbiamo potuto contare sulla presenza di numerosi individui e collettivi che in qualche maniera erano collegati con l'idea di "Segnali."

Uno degli arte-educatori che lavora con i ragazzi e le ragazze di strada di Rio de Janeiro, non solo di Copacabana, era egli stesso da ragazzo un abitante della strada al quale è stata offerta poi un'altra possibilità di "vivere" proprio grazie all'azione del gruppo "Se Questa (...)": il nero della Bahia.

Durante l'evento c'è stata una presentazione molto interessante da parte del coordinatore di questa organizzazione, Antonio César Marques, di un lavoro che è stato svolto con bambini di strada, nel quale hanno instaurato una negoziazione rispetto al "modo d'utilizzo" delle droghe che essi utilizzavano, come colla o solventi. Hanno creato insieme a loro una specie di disegno che aveva una scala, una misura di quanto, grazie all'uso di droghe, si trovassero o meno in fondo al pozzo e potessero fare o meno determinati esercizi circensi che presentavano certi rischi se non si trovavano in uno stato di piena lucidità e dominio del corpo.

Il senso della scala era il seguente: tanto più sono in fondo al "pozzo", tanto meno "posso" (foneticamente somigliante a "pozzo") fare l'esercizio.

Così, la gestione di queste relazioni che non si proponevano di avere alcuna connotazione col campo della salute, non mancò di provocare alcuni effetti positivi rispetto a quello che in ambito sanitario viene definito "riduzione del danno". Questo processo vissuto dal collettivo di arte-educatori e da vari ragazzi ha infine creato un progetto molto più ampio, diventato la base per la costruzione della ONG "Se Questa Strada Fosse Mia" grazie anche all'appoggio di Betinho, Herbert José de Sousa, precursore della politica "Fame Zero".

Nel primo incontro che abbiamo realizzato nel 2012, durante un workshop del Congresso della Rede Unida, la molteplicità di esperienze che abbiamo potuto registrare e scambiare tra i partecipanti è stata molto stimolante. Non soltanto molte persone erano coinvolte in questa esperienza, ma sentivano anche che i segnali provenienti dalla strada erano molto significativi e potevano aprire notevoli possibilità di elaborare nuovi saperi sulla realtà contemporanea e sulle possibilità di costruire un'agenda

comune di azione. Nel blog <http://saudemicropolitica.blogspot.com.br/> vi è una notevole quantità di informazioni sull'intero processo e questo mi permette di iniziare ora una discussione su moltitudini e Salute Pubblica in maniera più diretta.

Vivere a partire dalla strada il momento attuale della città di Rio de Janeiro, assieme a molti altri gruppi, apre finestre che ampliano la nostra visione su alcune delle questioni contemporanee più importanti: il farsi moltitudine in vari modi differenti, come reti vive esistenziali, pone in discussione tutte le strategie di governo che si basano sulla fabbricazione della categoria "popolazione" e la utilizzano come il grande obiettivo dell'agire sanitario attraverso la Salute Pubblica. Si tratta di un fenomeno che ha una storia molto lunga e che acquista nell'epoca contemporanea un'espressività drammatica, come un segnale che viene dalla strada. È un processo che attiva disuguaglianze dall'incontro di differenze.

Reti vive esistenziali e la tensione con le intenzioni normalizzatrici

Camminando lungo una linea del treno, osservo un po' perplesso il vagare delle persone da una parte all'altra. Sembra un formicaio, incontri, disincontri, molte persone convivono con sporcizia, acque reflue a cielo aperto, ratti, blatte che passano sopra alle persone. Una parte di me si sorprende non per la visione, ma per l'intensità del vissuto. Vedo un lungo, vecchio, sporco muro, pieno di immondizia, con un buco nel mezzo, percepisco un "entra ed esci", un movimento strano, ma calmo. Vado fino là... dentro al buco un

colore forte nella parete, un luogo pulito, ordinato, nel quale le coppie si incontrano. Ma come!!! È possibile avere una vita in un posto del genere? (Stralcio adattato da una testimonianza di un alunno di salute mentale, crack, alcool e altre droghe-UFRJ).

La situazione è sempre più difficile! Facciamo le visite, la accompagniamo per un po' di tempo e all'improvviso scompare. Dal giorno alla notte, semplicemente sparisce, scompare, senza lasciare alcuna traccia! I suoi compagni di strada sono molto spaventati, ogni tanto scompare! (testimonianza di un professionista sanitario di un Consultório de Rua)

Le strade sono per eccellenza, a partire dalla modernità, un crescente e vertiginoso spazio di molteplicità. L'idea di molteplicità è stata elaborata da Deleuze e Guattari (1995, p. 14) nel senso che "è necessario il multiplo, non aggiungendo sempre una dimensione superiore, ma, al contrario, in maniera semplice, con la forza della sobrietà, a livello delle dimensioni di cui si dispone, sempre $n-1$. Soltanto in questa maniera l'"uno" può far parte del multiplo, rimanendo sempre sottratto ad esso."

In questa situazione, invece di operare attraverso somme di parti, è interessante pensare che la variabile n costituisce una molteplicità dalla quale, in ogni momento, può essere sottratta una determinata singolarità che continua in connessione con il gruppo.

In termini didattici, quando a un/a paziente di un servizio sanitario viene diagnosticato il diabete, questa informazione si mette in evidenza, utilizzando le parole di Ortega (2008), come una bio-sociabilità, e pone fine a tutto ciò che le persone possono essere al di là della "malattia".

Accade lo stesso nel caso di questi *n-1*: madre o padre, figlio o figlia, ballerini/e, buongustai, amanti della buona musica etc. In termini generici, questa stessa logica si ripete in vari altri campi del mondo, come ad esempio nel caso di consumatori di alcool e/o droga, persone che vivono per strada o che percepiscono nella strada il proprio spazio privilegiato di esistenza, o anche per gli stranieri che in alcuni luoghi sono visti come persone prive di vite interessanti. Lavorare sulle molteplicità significa lasciar emergere le singolarità dei soggetti (-1) e le loro possibilità (n) esistenziali, come reti vive in produzione.

All'apice del XIX secolo, le strade andarono incontro a un processo di metamorfosi, traducendosi in complessità contemporanea. L'attualità

(...) mostra un quadro di contrasti esacerbato dall'eterogeneità e dalle disegualianze sociali e culturali, per la frammentazione e compartimentazione degli spazi di residenza e vita, per la violenza, per la degradazione e perversa distribuzione delle strutture collettive. Centro e periferia, favelas e residence chiusi, mercati ambulanti e centri commerciali, baracche e ville, automobili individuali e trasporto pubblico carente, spreco e miseria. La lista dei contrasti sembra essere senza fine (...) il romanticismo anacronistico pensa alla "strada, supporto alla socializzazione" in questo contesto. Ma in realtà tutto dipende dal tipo di strada di cui stiamo parlando. Certamente non è una strada univoca, definita a partire dall'asse unidimensionale di classificazione (via, tangenziale, raccordo, locale, binaria, ecc.); definita dalla funzione di transito. La strada che ci interessa è definita dallo sguardo antropologico, ritagliato a partire da altri vari punti

di vista, offerti dalla molteplicità dei suoi utenti, dai loro compiti, dai loro riferimenti culturali, dai loro orari di utilizzo e dalle loro occupazioni (...). (MAGNANI, 2003)

È questa la strada che ci interessa. La strada che contiene allegrie, dolori, dissapori, sfide. Riempita da segni e significati differenti, la strada è luogo di multipli segnali che finiscono per essere naturalizzati negli incontri con le alterità. I segnali che vengono dalla strada ci invadono in molti modi, perché noi "siamo" anche la strada. Trafitti dalle tensioni costitutive tra la produzione di vita e di morte, i segnali si presentano a tutti noi nel quotidiano scorrere della vita. Sentimenti come paura, compassione, disprezzo, pietà, generosità, interesse, curiosità: tutte queste "affezioni" circolano in mezzo a noi senza chiedere il permesso. Molte volte è proprio a partire da questi sentimenti che siamo portati a pensare a forme di avvicinamento e/o allontanamento da questi segnali e, conseguentemente, al modo in cui entriamo in connessione o meno con queste vite.

E noi professionisti sanitari, che relazione abbiamo con queste cose? I professionisti della salute non sono esenti da queste "affezioni", al contrario, molte volte è proprio a partire da queste che si costruisce la produzione del "cuidado".

Frequentemente, il mondo dell'assistenza è guidato dall'idea che sia necessario dare una grande centralità alle proprie logiche di sapere, considerando l'"Altro" che accede a questo mondo, il paziente, come oggetto di azione; come se fosse un individuo sprovvisto di conoscenze o esperienze. In questo tipo d'incontro c'è spazio prevalentemente per riaffermare ciò che già si conosce; il modo in cui il sapere è messo in relazione con l'Altro prevede che il professionista sanitario si consideri il "corretto" e discuta con colui che non sa niente rispetto a ciò che è salutare, rispetto a quella

che è “la miglior forma di vivere”. Quest’incontro e la sua asimmetria non provengono dal fatto di non prendere in considerazione la differenza, ma dal trasformare le differenze in disuguaglianze di sapere, di forme di vita e di gruppi sociali, in cui, come professionisti, si ha la proprietà esclusiva di certe conoscenze e modi di vivere rispetto ad altri. (MERHY, 2009)

Allo stesso tempo, è necessario sottolineare che l’Altro, inteso come reti di esistenze, si produce “in-mondi”, “si-mond-ializza” (GOMES; MERHY, 2014), costituendo certe forme etiche esistenziali e certi modi di realizzare la produzione del sé, in costante contrasto con le altre differenti logiche di “esistere” che gli vengono imposte dalle istituzioni. Produce dunque mondi di esistenze che sono spesso giudicati e decurtati dalle azioni dei gruppi di potere, sotto forma di politiche pubbliche e sociali, e questi restano imprigionati in un modo di saper-fare così preponderante che non rende possibile percepire che certe attitudini, comportamenti ed espressioni sono modi di esistenza, anche se si presentano pieni di tensioni e problemi, o addirittura generano sofferenza.

In questo senso, assistiamo a un ripensamento che opera costantemente a partire da tensioni costitutive e che pone l’“Altro” e le politiche ufficiali (come quelle sanitarie, educative, dei diritti civili, ad esempio) in negoziazione. Le strade sono, tra tanti territori, un luogo in cui le esistenze agiscono e si producono come reti vive, e allo stesso tempo permettono di rendere ben visibile questa tensione. Per questo sono un luogo privilegiato per poter pensare all’incontro con l’Altro, con le medesime pretese di omologazione che abbiamo nelle società attuali.

Le strade, così come considerate nelle nostre riflessioni, si traducono in differenti movimenti e connessioni in cui sono le persone a produrre i percorsi e le proprie infini-

te possibilità, nelle “affezioni” che gli incontri con gli “Altri” producono. In questi contesti i soggetti sono effettive reti vive in produzione. Questo ci permette di pensare che la discussione sulle reti di cuidado in salute, osservata attraverso la lente della macropolitica, ha una potenza bassa dal momento che non considera la dimensione micropolitica delle esperienze quotidiane, in cui

(...) tutta la società, ma anche ogni individuo, sono attraversati dalle due segmentarietà allo stesso tempo: una molare e l’altra molecolare. Se vengono distinte è perché non hanno gli stessi termini, né le stesse correlazioni, né la stessa natura, né lo stesso tipo di molteplicità. Ma se sono inseparabili, è perché coesistono, passano dall’una all’altra (...). In sostanza, tutto è politico, ma tutta la politica è allo stesso tempo macropolitica e micropolitica. (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p.90)

Mettere in luce il micropolitico significa dar rilevanza ai luoghi in cui le esistenze penetrano i muri istituzionali, producendo connessioni di relazioni con il “fuori” che è costitutivo dei processi. Questa dinamica consiste in una intensa produzione di nuovi significati nel vivere e nel sapere; consiste nel dar luce al luogo dei processi degli incontri e delle relazioni di potere; nel dar luce alla micropolitica dell’incontro e alla produzione viva di reti di connessioni esistenziali.

Nel campo della Salute Pubblica c’è qualcosa di molto interessante da osservare rispetto all’incontro tra reti vive e tipologie di reti organizzate di assistenza, dato che il campo della Salute Pubblica si propone come una rete intera, solida; come se fosse una forma di controllo di governabilità estesa. La configurazione è di tipo analogico, che procede dal primario al secondario e da questo al terziario, come se

tutta la prevedibilità che caratterizza un sistema possa essere definita e pertanto gestita con questo tipo di razionalità.

Tuttavia, le reti vive sono frammentarie e “in divenire”, ipertestuali, a volte sono circostanziali. Si montano e si smontano; certe volte sono più stabili, eppure si comportano più con la logica delle reti digitali, che possono emergere in qualsiasi punto, senza obbedire all’ordinamento logico delle reti analogiche, come un ipertesto. Pertanto una rete istituzionalizzata in maniera analogica può essere un buon attivatore, ma si troverà spesso a essere attraversata da numerose altre reti, di altro tipo non analogico. (MERHY, 2014)

Un’altra discussione che si somma a questa è quella legata all’idea per cui i/le pazienti sono reti vive in sé, in costante produzione di movimenti, elaborazione di saperi, costruzione e condivisione di cuidado. Tali reti non sono già date, come se fossero una struttura che può essere gestita seguendo un protocollo, come ad esempio un itinerario terapeutico. Essa si realizza proprio nel momento in cui viene intessuta.

Questo rappresenta per noi, uno dei punti nevralgici nel processo di produzione del cuidado in salute: l’annullamento delle possibilità di vita che abitano i soggetti e la sua sostituzione con forme di stigma o con produzioni identitarie universali che diventano rappresentazioni delle esistenze e delle pretese di presa in carico.

Salute Pubblica. Differenza, disuguaglianza e produzione delle “popolazioni”. Tensione Bio-politica

Nemmeno così tanto tempo fa, non più di cinque secoli fa, la moltitudine terrorizzava vari luoghi dell’Europa Occidentale, esprimendosi in differenti modi. Talora, come gruppi di nomadi che non rispettavano i limiti dei regni, e molte volte venivano catalogati come vagabondi, disadattati o cose simili; talora come un insieme di rivoltosi contro le leggi alle quali non volevano sottomettersi; talora come strani, stranieri, per il fatto di venire da fuori o per il fatto di trovarsi sul lato esterno di ciò che era definito “comune”. (MERHY, 2014)

Vi sono stati altri momenti di moltitudini, in diversi altri periodi storici, tuttavia negli ultimi secoli, nei Paesi Occidentali dell’Europa e nei suoi territori colonizzati, è accaduto qualcosa di diverso. Foucault ha caratterizzato questa situazione, che denomina “modernità”, come un processo che porta dentro di sé nuove pratiche nei modi di governare se stessi e gli altri. (FOUCAULT, 2008)

Mostra come vi sia un cambiamento nelle pratiche di governo. La figura dello stato emerge nel contesto di una pratica di esercizio del potere che ha a che fare con la delimitazione degli stati-nazione; con strategiche relazioni di potere che disegnano nuovi regimi di verità rispetto a cosa si intenda per moltitudine e come dovrebbe essere governata; con la definizione di cosa siano gli individui; come controllarli o renderli adatti a sé, allo stato sovrano, al territorio-nazione.

Il territorio-nazione francese deve contenere e produrre francesi, così come quello inglese deve fabbricare inglesi. Come sarebbe possibile tutto ciò, se i territori identitari si dirigessero verso altri luoghi? Sarebbe possibile solo se si costruissero modi di governare gli altri che li soggiogassero a certe soggettività e non ad altre.

Sono molteplici i campi di azione finalizzati a questo obiettivo, nessuno tanto potente quanto la combinazione tra uno stato armato con polizia ed esercito, e uno stato organizzatore e attore di politiche sociali che fossero strumentali a questi fini. L'invenzione di un regime di verità secondo cui la moltitudine era formata da vari gruppi di popolazione che, per il proprio sviluppo e regolamentazione, obbedivano a leggi che potevano essere comprese nella stessa maniera con cui si studiano le leggi che reggono il mercato e i processi economici, è stata come "un eureka" in questo processo. L'economia politica aveva molto da insegnare e l'occhio che le analizzava, rilevava popolazioni passibili di manipolazione.

È risaputo che all'incirca nel XV secolo sono comparse le statistiche di vita a servizio dello stato nei paesi europei che stavano allora nascendo. Questo processo aveva l'obiettivo di cercare di rispondere alla necessità di comprendere come crescono o decrescono le popolazioni; come si regolano, e così via, e rendere questo sapere strumentale al dominio umano; utilizzato per agire nel medesimo processo in maniera conforme a certi interessi e non ad altri.

La Salute Pubblica emerge e acquisisce un'espressività unica in quel momento, in diversi luoghi, anche se sotto forme distinte, in conformità ai giochi di potere ai quali era sottomessa. Emerge una caratteristica importante: la capacità di dominare attraverso un certo 'saper-fare' (un bio-potere o potere sulla vita) le popolazioni; agire su di esse attraverso aspetti della loro vita; in tal modo dominare le moltitudini in tutti i loro movimenti. Se fosse sfuggito qualcosa, sarebbe stato in qualche modo controllato, catturato ed escluso. Il 'saper-fare' rispetto a coloro che muoiono e nascono; rispetto alle ragioni per cui muoiono e a come evitarlo emerge come un gioco di controllo che diventa una specie di ossessività e paranoia sanitaria.

La moltitudine era la sfinge che la Salute Pubblica doveva rivelare per poter controllare, coerentemente a certi modi di governare gli altri, individui e collettivi. Trasformarla in popolazione era la sua strategia di potere centrale. Eliminare le differenze era funzionale.

I bio-poteri sulla produzione e gestione della vita degli individui e dei collettivi hanno vissuto un "boom" a partire da quel momento, e nuovi regimi di verità sono stati forgiati. Accanto al concetto di popolazione, anche quello di 'corpo biologico' acquisisce una dimensione operativa centrale. Il corpo biologico, quale substrato di segnali che possono essere letti e interpretati attraverso la lente dei meccanismi di regolamentazione della produzione di vita individuale, si è strutturato e costruito, trasformandosi in un potente strumento di governo degli altri, sorreggendosi sulla nozione di governo del sé, mediante cui i meccanismi di controllo si estendono al massimo della molecolarità dell'esistenza nella moltitudine.

Concepire il normale come il comune desiderato e l'anormale come lo strano che deve essere controllato; instaurare la disuguaglianza nella differenza è imperativo in questo regime di verità. Ciò, più che alimentarsi di una certa regola di produzione di verità, la inventa consacrandola come unica via possibile per tutti coloro che ambiscono a conoscere le leggi relative alle forme con cui si produce la vita umana, nelle sue espressioni individuali e collettive. Questo fa sì che questo diventi politica di stato.

La Salute Pubblica diventa in tal modo un paradigma per il campo della produzione del sapere, con i suoi processi di ricerca sulle popolazioni e contemporaneamente si costituisce come la pietra preziosa del modo con cui lo stato si materializza come un apparato burocratico e amministrativo. Lo Stato Moderno è sempre stato uno Stato Bio-politico, centro di costruzione di saperi e di strategie per

governare la produzione di vita. (NEGRI, 2002; FOUCAULT, 2010)

Non è tra gli obiettivi di questo testo ricostruire il percorso delle varie categorie di “anormalità” che sono stati inventate durante tutti questi secoli, ma possiamo dire che spesso volte ci siamo trovati di fronte ai “senza-ragione” rappresentati come qualcosa di anormale e pericoloso. Nei secoli XVIII e XIX ciò emerse in maniera talmente stridente al punto da inventare la Psichiatria, un campo del bio-potere estremamente significativo per tutti, fino ai giorni nostri. (FOUCAULT, 2006)

Ciò nonostante, oggi vivendo i medesimi processi assieme ai vari gruppi e collettivi che abitano le strade, e analizzando i meccanismi pubblici di azione per e con loro, potremmo dire che i “senza-ragione” hanno dato luogo agli “anormali-del-desiderio”. Tali sono gli obiettivi delle attuali politiche di azione nelle strade, espletati attraverso una combinazione morbosa di polizia militare e Salute Pubblica. Questi soggetti sono considerati “devianti” dal desiderio normalizzato dell’ordine capitalista. (MERHY, 2012)

Tornando alla scena di “Rio +20”, potremmo dire che questa ci invita a pensare che lì vi fosse una controversia molto intensa rispetto a ciò che dovrebbe rappresentare il “bene comune”, al pari di quelle che ho indicato nel testo in relazione con l’emergere della Salute Pubblica nel campo della bio-politica.

Da un lato, secondo la logica dei governi mondiali e delle corporazioni capitaliste ultra e transnazionali, ciò che era offerto, era la vita-merce, la città-merce. Dall’altro lato, quello che veniva offerto nell’Aterro di Flamengo era il contagio, in ognuno di noi, della forza di produzione di vita dell’Altro nella differenza, ossia una modalità di produrre attraverso la differenza ma senza generare disuguaglianze.

Esistono pensatori che concepiscono questo movimento in un modo molto interessante, come nel caso di Antonio Negri (2005) che mostra come da una parte vi sia la moltitudine, e dall’altra esistano le moralità capitaliste. Dal lato della moltitudine vi è una molteplicità di reti di esistenze collettive, in costante produzione e ri-produzione, come la potenza costituente di una cornice comune nel processo di differenziazione. Si tratta di qualcosa che è impossibile da abbracciare interamente nella sua complessità per il fatto di essere in divenire, in costante produzione di sé. Dal lato dell’ordine capitalista vi è invece l’“uno”, il comune come identità; il comune come subordinazione; il comune come il normato, adeguato, funzionale; la differenza rappresentata come “anormale”, strana, straniera, diseguale, improduttiva, che –pertanto – deve essere normalizzata.

A partire da queste formulazioni di Negri è possibile indicare come, dal lato del capitale, della costruzione di territori identitari come luogo in cui esiste l’“uno”, in cui si ricerca il clone, la logica della vita come mercato, delle città come mercato, esiste il bio-potere. Nel territorio della moltitudine, invece, in cui si istituisce la produzione permanente della differenza, vi è la *bio-potenza*.

Questo autore lavora con queste due immagini che non sono concetti adottati totalmente da altri pensatori che lavorano con queste idee. Ad esempio, durante l’apertura del Congresso vi fu una presentazione del filosofo Peter Pal Pelbar, che ha pubblicato vari lavori discutendo queste questioni, come nel libro “La Vita Capitale” (2004) in cui egli propone una discussione rispetto al tema della bio-potenza in maniera differente. Ed è interessante, perché se considerassimo anche altri pensatori, come Deleuze, vedremmo che il tema del bio-potere, della bio-politica e della bio-potenza acquisiscono un certo grado di variazione. Non ho la minima intenzione di convincere nessuno su quale sia per me l’idea che esprime il concetto

più corretto, anche perché non penso che i concetti siano corretti. Penso che i concetti siano strumentali, che servano. (DELEUZE, 2013)

In questo senso, tali concetti mi servono, e posso lecitamente usare ciò che Antonio Negri offre e che mi pare interessante rispetto ai problemi che intendo affrontare. Di fatto, questi concetti permettono di parlare di questa intensa diatriba nel campo della lotta politica dove da una parte vi è l'“uno”, nel suo spazio identitario, e dall'altra la moltitudine, nella sua molteplicità. Ed è qui che emerge un'immagine chiave per questo dibattito, che è quella secondo cui la moltitudine sarebbe una sfinge per la Salute Pubblica nelle sue origini, come già evidenziato.

La Salute Pubblica ha effettivamente una connessione diretta, carnale, con la costruzione del bio-potere, così come gli interventi nell'ambito bio-politico per regolamentare le moltitudini di popolazioni e individui. La popolazione diventa l'oggetto dell'intervento della Salute Pubblica in un percorso di costruzione di questa transizione dalla molteplicità delle moltitudini all'uno delle popolazioni. La Salute Pubblica appare, nel territorio delle politiche di stato, con un'intensa volontà di gestire la vita degli altri e di amministrare i modi di vivere, agendo collettivamente su raggruppamenti specifici, sulle loro abitudini e individualmente sul corpo di alcuni, appropriandosi della medicina come proprio strumento di bio-potere. (FOUCAULT, 2008, 2010)

Questo movimento della moltitudine che colloca costantemente nel campo del bio-politico e del bio-potere il “può essere” della Salute Pubblica, e la interroga, è qualcosa che vale la pena analizzare, specie ai giorni nostri.

Questi sono giorni decisamente fertili per noi, perché rendono sempre più evidente come la sfinge moltitudine stia operando in maniera così intensa che noi, non solo nell'ambito della Salute Pubblica, ma anche nel campo degli

assetti istituzionali e anche più in generale, siamo tutti in uno stato di shock, in uno stato di sentire senza essere in grado di dire “tutto”.

Nel caso dei “Segnali che vengono dalla strada” in cui abbiamo utilizzato uno sguardo preparato per cogliere i movimenti dei collettivi nella strada e nella disputa rispetto a ciò che dovrebbe essere pubblico nei marciapiedi, nelle piazze, nei giardini e nelle spiagge, indipendentemente dalle differenti ragioni che avevano questi collettivi, è emerso come non vi fossero solo forme di occupazione, ma anche proposte per vivere per strada, esterne all'inquadramento normalizzatore identitario capitalistico.

Nella sua ossessività sanitaria, nel campo dell'ordine dell'“uno”, la Salute Pubblica come politica di governo entra in campo mano nella mano con le forze di polizia. Non che questo fosse totalmente pacifico poiché avviene in maniera paradossale ed esprime anche le differenti forme con cui viene disputato che cosa sia il bene comune, il normale, la vita che ‘vale’, lo spazio pubblico e quello privato. (MERHY, 2006)

E di fronte al suo mostro preferito, la moltitudine, la Salute Pubblica si preoccupa di creare saperi e pratiche che le permettano di operare su questo terreno di molteplicità plastico per cercare di inquadralo nello schema dei gruppi di popolazione e di nuovi ordini. Come già detto, nel disciplinamento degli “anormali-del-desiderio”.

Ma non si avvicina a questo mostro con plenipotenza. Il mostro la mette in difficoltà, resiste, perfora il muro e conquista, nello stesso campo della salute, alleati e collaboratori. Oltre a rilevare un dato interessante da analizzare, i segnali offrono una pista per cui, dal punto di vista di coloro che stanno occupando la strada, le istituzioni dei secoli passati che tuttora si preservano, hanno il tempo contato. Tuttavia, questi segnali sono paradossali.

Può essere che ci troviamo di fronte a cambiamenti sostanziali, ma mi pare che tutto ciò necessiti di incontrare collettivi decisi, in forte contrapposizione, che non smettano di prendersi cura di sé e di essere protagonisti delle proprie esistenze; che contro l'“uno”, difendano radicalmente la differenza come ricchezza nella produzione di vita collettiva e non come substrato di disuguaglianza, oltre a difendere il principio etico secondo cui il modo di vivere di chiunque vale al punto da essere difeso, e come tale deve essere considerato e inserito nell'incontro che si realizza nel campo della cura, per camminare verso la produzione intensiva di più vita, di reti vive.

Questa è la ragione per cui è necessario contrapporre la nozione di moltitudine contro l'“uno”, riaffermando la moltitudine come molteplicità in produzione di forme innovatrici di esistenza, e denunciando lo sguardo omogeneizzante di un campo della politica di stato che trasforma tutto nello “stesso”.

L'anormale desiderante è il capitale, non le moltitudini.

Far esplodere le moltitudini a ogni incontro è una scommessa politica fondamentale oggi nel mondo. Questa sfinge inquieta la Salute Pubblica, il campo della salute in generale e tutti i suoi territori di sapere (potere).

Bibliografia

AGAMBEM, G. **Por uma Teoria do Poder Destituente**. Conferência Livre, Grécia, 2013 (<http://5dias.wordpress.com/2014/02/11/por-uma-teoria-do-poder-destituente-de-giorgio-agamben/>)

DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo : Editora 34, 2013.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. São Paulo : Martins Fontes, 2006.

_____. **Segurança, Território, População**. São Paulo : Martins Fontes, 2008.

_____. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo : Martins Fontes, 2010.

_____. **Hermenêutica do Sujeito**. São Paulo : Martins Fontes, 2010b.

MARICATO, E. È a questão urbana, estúpido! in MARICATO, E et al. **Cidades Rebeldes: Passe Livre e manifestações que tomaram as ruas do Brasil**. São Paulo : Boitempo : Carta Maior, 2013, p. 19-26.

MERHY, E.E. Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças in Giovani, A. **Saúde no Brasil. Cartografia do público e do privado**. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. **Sinais que vêm da rua**. vídeo no link: <<http://saudemicropolitica.blogspot.com.br/>>, 2010.

_____. **Os anormais do desejo**. Texto disponível, desde 2012, no link: <http://www.circonteudo.com.br/index.php?option=com_content&id=3316:anormais-do-desejo-os-novos-nao-humanos-os-sinais-que-vem-da-vida-cotidiana-e-da-rua-&Itemid=591>.

_____. **O capitalismo e a saúde pública**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

NEGRI, A. **Poder Constituinte**. São Paulo : De Paulo, 2002.

_____. **Multidão, Guerra e Democracia na era do Império**. Rio de Janeiro: Record, 2005.

ORTEGA, F. **O corpo incerto**: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

PELBART, P.P. **Vida Capital. Ensaio de Biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2004.

VAINER, C. Quando a cidade vai às ruas in MARICATO, E et al. **Cidades Rebeldes**: Passe Livre e manifestações que tomaram as ruas do Brasil. São Paulo: Boitempo, 2013, p. 35-40.

Corpo, malattia e cura in una prospettiva di salute globale

Anna Ciannameo

Il corpo tra individuo e mondo

Nell'intento di problematizzare i significati che corpo, salute, malattia assumono nella cornice della salute globale, è indispensabile guardare alla correlazione di distinti livelli di analisi, a partire dai significati culturali e sociali che incidono sulle esperienze soggettive di sofferenza e benessere; alle pratiche di cura e guarigione nei distinti contesti locali; all'impatto di dinamiche di ordine più strutturale; infine ai rapporti di forza e potere che espongono alcuni individui piuttosto che altri a un maggiore rischio di ammalarsi.

Le antropologhe Margareth Lock e Nancy Scheper-Huges (1987) attraverso il paradigma teorico dei *tre corpi*, ci offrono uno strumento prezioso per tentare di cogliere la costante interconnessione tra differenti dimensioni: il corpo individuale o *body-self*, inteso fenomenologicamente come terreno dell'esperienza cosciente, soggettiva; il corpo sociale, che rimanda ai valori e alle simbologie che plasmano culturalmente l'esperienza personale; il corpo politico, che

ha a che fare con le forme di controllo esercitate dalle organizzazioni sociali sui corpi individuali e collettivi. Si pensi alle norme e ai codici sociali, culturalmente informati, utilizzati contestualmente per l'addomesticamento del corpo individuale in conformità ai bisogni del più ampio ordine sociale e politico. Tale processo può assumere forme esplicite e violente, come nel caso della tortura, oppure forme meno visibili ma altrettanto 'efficaci'. Ne sono un esempio certi disturbi alimentari connessi al tentativo di perseguire determinati canoni estetici, o la proliferazione di categorie patologiche divenute egemoni nel dar forma e risposta alla sofferenza umana, e che alimentano definizioni sempre più ristrette dell'idea di 'normalità', o di benessere (sindrome premestruale, depressione, disturbo del deficit di attenzione etc). Con la nozione di *body-self*, di corpo individuale 'pensante' (*mindful*), le autrici tentano di superare quel dualismo cartesiano, figlio dell'epistemologia occidentale, che ha dato vita a una serie di opposizioni: mente e corpo, spirito e materia, reale e irreale, scienze naturali e scienze sociali. Sia la psichiatria di orientamento psicoanalitico che la medicina psicosomatica hanno parzialmente affrontato tale concezione meccanicistica ma non sono riuscite a risolverla in quanto, pur tentando di collegare mente e corpo nella teoria e nella pratica clinica, di frequente finiscono comunque nel produrre categorizzazioni del corpo e delle sue funzioni che si situano 'nel corpo' o 'nella mente'. (LOCK; SCHEPER-HUGES, 1990)

A sostegno di una riformulazione del concetto di corpo, è strumentale guardare ad altri sistemi di pensiero non occidentali che aprono all'esistenza di rappresentazioni alquanto diverse delle relazioni che intercorrono, appunto, tra mente, corpo, cultura, natura e società. Essi fanno venire alla luce alcune delle principali differenze tra la biomedicina – che intende il corpo e il sé come entità distinte e separabili, e la malattia come qualcosa che risiede nel corpo o nella

mente – e sistemi etnomedici non occidentali, molti dei quali non distinguono logicamente tra corpo, mente e sé; o non situano la malattia nella mente o nel corpo soltanto; o concepiscono il corpo come un'entità unitaria e integrata del sé e delle relazioni sociali. (MANNING; FABREGA, 1973)

Attraverso questo approccio, il corpo cessa di essere radicato nel mondo della materia organica, posizionandosi al cuore del "rapporto fra body-self individuale, gli assetti sociali in cui vive e le simbologie culturali che ne organizzano il senso." (QUARANTA, 2006a) Il corpo, contemporaneamente individuale, sociale e politico, emerge dunque come il prodotto di fenomeni biologici, politici, storici, economici e socio-culturali che si determinano reciprocamente. Se da un lato società e culture si riflettono sui corpi, nel senso che di volta in volta li modellano, li adornano, li vestono, li controllano, li nutrono, li curano; dall'altro le stesse società vengono riprodotte attraverso il corpo che rappresenta uno strumento, tutt'altro che univoco, per produrre, dare forma e trasmettere – più o meno consapevolmente – le realtà storiche, sociali, culturali.

Giungiamo quindi a un secondo passaggio analitico. Quello che si cercherà di problematizzare è come il corpo non sia solo il prodotto di più ampie dinamiche sociali, ma rappresenti uno degli strumenti con cui le medesime dinamiche vengono riprodotte: rappresenterebbe dunque il soggetto di processi culturali; un produttore di significati. Thomas Csordas (1990; 1994) è il più autorevole teorico del paradigma dell'*incorporazione*, elaborato agli inizi degli anni Novanta, utile nel problematizzare il fatto che noi non abbiamo semplicemente un corpo, ma siamo un corpo, dunque viviamo noi stessi attraverso i processi storico-sociali che lo informano. La corporeità è l'ineludibile terreno del nostro essere-nel-mondo; il fondamento di ogni pratica.

Le radici di tale riflessione sono da rintracciarsi in due passaggi fondamentali, attribuibili rispettivamente alla ‘fenomenologia della percezione’ di Maurice Merleau-Ponty (1962) e alla ‘teoria della pratica’ di Pierre Bourdieu (1977). Per Merleau-Ponty, il soggetto ha un ruolo attivo nella genesi della realtà, che non è data a prescindere. Da ciò deriva il fatto che il processo conoscitivo non sia puramente cognitivo, rappresentando un ingresso percettivo, sensoriale e dunque corporeo nella realtà che ne viene così plasmata a livello simbolico, culturale, prima ancora di una sua categorizzazione razionale. Bourdieu offre un ulteriore spunto diretto a problematizzare la natura culturale della corporeità. Con il concetto di *habitus* (inteso come modo abituale, naturalizzato, di essere nel mondo attraverso il corpo; aspetto sotto forma di corpo – atteggiamenti, comportamenti, stili, caratteri), egli mette in evidenza che il corpo è soggetto attivo della conoscenza attraverso i dispositivi della sua plasmazione storica. Il concetto di *habitus* ha natura fortemente processuale e si riferisce alla mediazione tra mondo collettivo e mondo individuale, quasi a dire che attraverso gli *habiti* il sociale si fa natura. Bourdieu mette l’*habitus* al centro di un processo pratico che avviene per esposizione al mondo sociale; processo attraverso cui gli individui colgono in forma implicita, pre-riflessiva, i principi che organizzano il sistema sociale. Principi di valutazione e percezione sono strutturati dal mondo sociale e a loro volta strutturano l’azione dei singoli soggetti, l’immediatezza della loro vita quotidiana. Si tratta quindi di un reciproco processo di incorporazione del mondo (interiorizzazione dell’esteriorità) e di azione dentro al mondo attraverso le medesime forme simboliche incorporate (esteriorizzazione dell’interiorità): l’uomo plasma se stesso ponendo in essere le strutture che incorpora.

A partire da tali presupposti, Csordas elabora la propria teoria dell’*incorporazione* (un approccio che

definisce ‘fenomenologia culturale’), proponendola come nuovo paradigma utile a tradurre attivamente il rapporto tra il corpo individuale, le organizzazioni sociali in cui vive, e le simbologie culturali che ne strutturano il senso. È il corpo – un corpo socialmente implicato e storicamente dato – ad agire la conoscenza, a intenzionare il mondo. Ciò intende superare in maniera definitiva tanto l’opposizione mente/corpo quanto quelle individuo/società e soggetto/mondo. Ciò ha un’importante implicazione per il concetto di cultura, che emerge come qualcosa che gli esseri umani fanno intersoggettivamente attraverso la loro esperienza intercorporea. Il tentativo di coniugare esperienza e rappresentazioni socioculturali permette di comprendere come ogni fenomeno di malattia o di sofferenza utilizzi delle immagini storico-culturali che fondano a loro volta le modalità attraverso cui quei particolari stati d’essere vengono vissuti. Le simbologie del corpo sono dunque da interpretarsi come dispositivi della costruzione stessa della corporeità. (LOCK; SCHEPER-HUGES, 1987)

Quest’analisi permette di cogliere come alcune manifestazioni di disagio e malattia possano essere interpretate come forma incorporata di un malessere causato dalle strutture sociali. Si pensi all’obesità diffusa tra le fasce più povere della popolazione statunitense dove l’offerta alimentare più economica sul mercato è rappresentata da cibi poco nutrienti e molto calorici. O come possano essere rilette come atti di rifiuto, forme di protesta contro ideologie e ruoli sociali oppressivi. Si guardi per esempio ad alcuni studi sulla possessione di Aiwa Ong (1988), o ai lavori di Ernesto De Martino (1961) sul tarantismo pugliese.

L’analisi critica con cui “de-naturalizziamo” il corpo, facendone in ogni momento un prodotto/produttore di cultura e delle forme di organizzazione sociale, ci permette

allora di comprendere come “nemmeno il corpo occidentale moderno abbia preceduto la medicina, per esserne poi oggettivato. Entrambi hanno una storia. Queste storie sono verosimilmente intrecciate.” (MOL, 2002)

La malattia e le sue dimensioni personali, sociali, assistenziali

Se analizziamo con sguardo critico la scienza medica occidentale, è possibile problematizzare come essa sia un prodotto della tradizione epistemologica positivista che l’ha configurata come un sapere razionale universalmente valido. Tale pretesa di universalità si poggia su una distinzione, storicamente prodotta, tra conoscenza (empiricamente valida) e credenza (apparentemente irrazionale), ove a un sapere empirico e oggettivo, di matrice occidentale, si contrappongono le credenze, culturalmente elaborate, su cui gli ‘altri’ fonderebbero la propria esistenza. (GOOD, 1999) In seno a tale paradigma, qualunque conoscenza, percezione, pratica, atteggiamento che si discosti da una risposta razionale alla malattia – intesa come un’alterazione nella struttura e/o nel funzionamento dell’organismo biopsichico dell’individuo – viene linearmente interpretata come incomprensibile, inaccettabile, inopportuno, inadatto.

Eppure, se utilizziamo un approccio volto a dischiudere le dimensioni storiche, sociali, culturali, emerge immediatamente come la scienza medica occidentale (o biomedicina), in quanto prodotto storico, debba essere considerata come uno specifico contesto culturale; come *una* (tra le possibili, si pensi alle forme di etno-medicina) costruzione che non rispecchia in modo diretto la natura, e che non ha validità maggiore rispetto ad altri sistemi medici. Tale costruzione si fonda su una visione specifica

della *persona* intesa come individuo, da cui deriva il fatto che le cause e i segni della malattia si ricerchino su un piano esclusivamente individuale (diversamente da altri sistemi medici); si fonda inoltre su una visione specifica della realtà intesa come materialità osservabile, da cui deriva il prevalere della descrizione sull’interpretazione; e su una visione specifica della conoscenza intesa principalmente come osservazione e descrizione della realtà attraverso leggi che ne spiegano il funzionamento, piuttosto che un approccio ermeneutico ai suoi molteplici significati. (QUARANTA, 2012)

Dunque le dimensioni anatomo-fisiologiche dell’organismo biopsichico rappresentano, in chiave biomedica, l’unico ambito in cui si manifesta la realtà della malattia. Si tratta di una visione della malattia che è andata consolidandosi nel corso dei secoli (GRMEK, 1998) e che ha certamente permesso alla biomedicina di produrre livelli elevati di efficacia sulle dimensioni anatomo-fisiologiche e bio-psichiche dell’organismo individuale. Quello che però qui si sta tentando di enfatizzare, è che il riduzionismo medico, insieme all’efficacia sui menzionati livelli di realtà, ha dei limiti che è sempre più necessario provare a colmare. In primo luogo non considera il significato che i pazienti attribuiscono alle proprie esperienze di sofferenza, negando la comprensione individuale, soggettiva del malessere; né le limitazioni di natura storico-economica, strutturale che agiscono sulle singole esperienze di malattia. Il limite sta nel fatto che la comprensione di certe dimensioni, al pari di quelle organico-biologiche, incidono sull’efficacia di ogni intervento terapeutico. (QUARANTA, 2006a)

Se la malattia viene decostruita, nel suo essere realtà oggettiva e naturale, è possibile darne delle interpretazioni a partire dalle differenti dimensioni di cui è investita e dai significati molteplici di cui il corpo può essere di volta

in volta portatore, a seconda del punto di vista da cui la si guarda. Alcuni studiosi hanno per esempio evidenziato alcuni dei significati che l'esperienza di malattia può assumere per chi la vive, descrivendola come un evento che compare nel mondo della vita quotidiana in forma violenta, inattesa, compromettendo il normale (inteso come implicito, a-problematico) scorrere del tempo e susseguirsi di eventi. (MEARLEAU PONTY, 1945) La malattia può assumere dunque le vesti della disillusione, del tradimento, andando a incidere con carattere minatorio sugli equilibri quotidiani. Si tratta di una forma di rottura, di *dissoluzione del mondo* (SCARRY, 1985; GOOD, 1999) che dal punto di vista personale richiede di elaborare una nuova modalità di 'stare al mondo' – come ammalati – che ha a sua volta bisogno di nuove conoscenze e nuove pratiche quotidiane. Le esperienze di sofferenza, per coloro che si ammalano, non si limitano a incidere materialmente sui corpi, ma 'agiscono' contemporaneamente sui significati personali, le costruzioni identitarie, le relazioni, la percezione del tempo, la progettualità: in tal senso la malattia rappresenta un evento socio-culturale. D'altra parte lo stesso processo diagnostico, nel tentativo di "produrre un significato per l'esperienza di malattia dei pazienti – come esplicitato da alcuni autori – rappresenta un processo eminentemente interpretativo." (QUARANTA, 2012, p. 265)

Una rilettura di questo tipo, se orientata in maniera auto-riflessiva sulle proprie visioni, sulle proprie pratiche, dentro ai servizi sanitari, potrebbe agevolare gli operatori nel muoversi con maggiore consapevolezza tra il piano pratico e il piano morale. Quando invece vige il solo paradigma biomedico si corre il rischio di trascurare aspetti che concorrono all'efficacia terapeutica al pari delle dimensioni anatomo-fisiologiche. A fronte di tale riduzionismo, alcuni studiosi esplicitano altre dimensioni che ogni esperienza di malattia porta con sé. A una malattia

clinicamente definita e interpretata come *disease* – alterazione nel funzionamento dell'organismo; deviazione da parametri numerici di riferimento – si propone di guardare a una malattia definita e interpretata come *illness*, riferendosi al significato che l'esperienza assume per chi, vivendola, la soffre. (KLEINMAN, 1980; EISENBERG, 1981) *Disease* e *illness* rappresenterebbero due differenti modelli esplicativi: uno radicato nel linguaggio scientifico del clinico, l'altro nel contesto familiare e sociale del paziente. La diversa natura di *disease/illness* diventa manifesta nell'incontro medico/paziente: due differenti costruzioni culturali della realtà clinica possono entrare in conflitto andando a determinare una crisi dell'*aderenza* (versione italiana dell'inglese *compliance*), di adesione cioè da parte del paziente alle indicazioni dei medici. (QUARANTA, 2006b) Nell'orizzonte della *disease* l'aderenza al trattamento viene abitualmente pensata nei termini delle azioni che un individuo realizza in forma razionale. Ciò è tanto più visibile quanto più la promozione della salute si riduce a dei tentativi di educare i pazienti che paiono essere recettori passivi di disposizioni e prescrizioni. (MARGULIES *et al.*, 2006) Un modello, questo, caratterizzato da un'incisiva quantità di responsabilità individuale del paziente nei confronti della propria patologia, a cui corrisponde una certa deresponsabilizzazione istituzionale, che tra l'altro entra in contraddizione con alcune misure di controllo, costruite su criteri assunti come oggettivi, che limitano la libertà personale nei confronti della propria condizione di sofferenza. (COMELLES, 1993) Tale modello finisce spesso per alimentare, nei servizi, una classificazione dei pazienti in *buoni e cattivi, normali o anormali*, classificati come *potenzialmente aderenti o non aderenti*. (MARGULIES *et al.*, 2010) Tuttavia, vale la pena problematizzare come l'itinerario terapeutico si inserisca in un più ampio itinerario biografico, calato in un preciso momento di vita, di ruoli

sociali e limitazioni economiche, in cui gli atteggiamenti e le scelte quotidiane paiono dipendenti da una fitta trama di relazioni che certo non contemplano i soli servizi di salute, e che si inseriscono in un processo attivo di negoziazione. Spesso, infatti, dinanzi alla malattia, coloro che soffrono si percepiscono fragili, indifesi, al centro di un universo fisico e morale in crisi rispetto al quale la non aderenza piuttosto che rappresentare un comportamento irrazionale, o irresponsabile, o poco adeguato, o dipendente da scelte autonome e liberamente assunte, nasconde, logiche complesse che, nella prospettiva della cura, necessitano di essere di volta in volta indagate. Se da un lato gli operatori sanitari generalmente identificano l'*alleanza terapeutica* con l'aderenza, la riflessione che qui si propone tenta di riconfigurare il concetto dell'alleanza come una relazione più profonda alla luce della quale le pratiche, avvilluppate intorno all'asse sapere/potere, richiedono un riconoscimento paritario delle posizioni, delle risorse, dei pareri, delle scelte.

Quaranta (2012) mette in luce come la complessità dell'esperienza di malattia il più delle volte non trovi spazio, asilo, dentro ai servizi sanitari occidentali, progressivamente organizzati nei termini del tecnicismo, dell'iper-specializzazione, in chiave aziendale. L'autore enfatizza come ogni vissuto di sofferenza inevitabilmente fa sì che alcuni elementi della complessità socio-culturale menzionata entrino nello spazio terapeutico, producendo disagio negli operatori della salute. Tale disagio non è dovuto tanto al coinvolgimento personale non previsto, quanto piuttosto all'elisione "forzata" del dato sociale, del dato soggettivo, in nome di una sua presunta non legittimità. Quando le questioni personali emergono e non si hanno strumenti per comprenderle, per affrontarle, per valorizzarle, si finisce per ripiegare repentinamente sul solo discorso clinico-organico. Questa operazione lascia degli

strascichi nell'esperienza del professionista che avverte di vestire un ruolo incompleto, impotente, omologante.

Laddove invece certe dimensioni vengono valorizzate e indagate all'interno di una configurazione più ampia del fenomeno di malattia, ciò permette al terapeuta di aprire uno spazio di consapevolezza e operatività. Consapevolezza rispetto alle motivazioni che inducono il paziente a certi comportamenti, a certe reazioni, a certi timori, a certe inadempienze (nell'aderenza); operatività rispetto alle soluzioni più appropriate rispetto al ventaglio di possibilità che pazienti e familiari sono disposti a negoziare. Mediante questo approccio, i nodi pian piano si sciolgono; le barriere – ove presenti – si assottigliano, in concomitanza con una relazione interpersonale che progressivamente si va costruendo. Abbiamo precedentemente descritto come siano i significati simbolici, culturali, a dare senso, a organizzare la vita quotidiana, e come l'esperienza di malattia li distrugga, mettendo in discussione le modalità per stare insieme agli altri; per misurare il tempo; per gestire le forze; per confidare in un progetto; per rendere comunicabili le sensazioni avvertite. Se il ruolo del terapeuta viene riconfigurato come cruciale nel permettere al paziente di esplorare il senso di quanto è accaduto, è allora verosimile che quella frustrazione che scaturiva dal dover ridurre organicamente, dal dover comprimere la vita del paziente, si attenui. Contemporaneamente aumenta il livello di soddisfazione nei confronti del proprio mandato professionale. (GADOW, 1999)

Uno 'spostamento' simile avviene anche nel paziente che in seno a questa rinnovata relazione interpersonale, non è più un ricettore passivo di indicazioni tecniche calate dall'altro, ma *agente* nei confronti della propria condizione: egli viene coinvolto in una esplorazione che lo mette nella posizione di problematizzare l'impatto dell'afflizione nella

vita di tutti i giorni; di valutare le proprie reazioni emotive alle indicazioni ricevute; di mettere in campo alcune risorse affettive; di *partecipare* alla definizione di obiettivi comuni, di co-progettare il percorso di cura. Attraverso questo tipo di alleanza, aumenta sia l'efficacia clinica che quella simbolica. Entrambe contribuiscono all'*efficacia terapeutica* che posta in questi termini non ha a che fare con il solo esito organico di un intervento clinico, ma con la produzione di una nuova modalità – di sensi e di pratiche – di stare nel mondo in quanto ammalati. Tale riflessione è volta a riformulare il concetto di *cura: prendersi cura* non significa solamente “risolvere”, guarire la patologia, ma anche saper comprendere, ascoltare, accompagnare. (COMELLES, 2000) Il progetto terapeutico si realizza quindi attraverso un'alleanza e una reciproca legittimazione tra i vari attori, alleanza che non può fare a meno del paziente come soggetto e non solo come mero portatore di un corpo malato sul quale la bio-medicina ha autorità ed autonomia di intervento.

Riformulando la pratica assistenziale in questo modo, come una strategia di cura che prova a tenere insieme tutte queste dimensioni, è possibile produrre interventi terapeutici più mirati, negoziati, partecipati, aderenti, finendo dunque per operare anche nei termini dell'efficienza. Si pensi in tal senso ai costi, per le istituzioni socio-assistenziali, di quei pazienti che, non sentendosi presi in carico in maniera ampia, integrata, comprensiva, continuano a rientrare nel sistema sanitario in cerca di cura. (QUARANTA, 2012; QUARANTA; RICCA, 2012) D'altra parte, è bene enfatizzare come il disagio dei professionisti derivi sia dal non avere spesso conoscenze né strumenti necessari per indagare la soggettività e la complessità della vita simbolica e culturale dei loro pazienti, ma anche dal sentirsi ingabbiati in servizi dall'organizzazione poco flessibile, poco accogliente. Ciò per dire che se lo spazio per certe

questioni non è previsto, pur essendone stata individuata la loro rilevanza, inevitabilmente questo tipo di bisogno dell'operatore entrerà in conflitto con le logiche strutturali del servizio. Di conseguenza la riformulazione del concetto di malattia e di cura deve necessariamente avvenire a tutti i livelli di sistema per poter essere in qualche modo 'agita'.

Assistenza e cultura

Sempre più frequentemente i servizi sanitari esplicitano una certa difficoltà di interazione con l'alterità culturale, alla luce – principalmente – di una presenza crescente di pazienti stranieri. Le strategie più spesso adoperate per far fronte a tale complessità prevedono il coinvolgimento nello scenario terapeutico di un mediatore linguistico-“culturale”, o di un sostegno socio-psicologico; in taluni, rari casi, di un antropologo. Pare essere utile a questo punto della riflessione esplicitare alcuni nodi problematici che hanno a che fare con le modalità di 'trattare' la 'cultura' in ambito assistenziale.

In primo luogo è comune incorrere in una maniera di trattare le questioni culturali tale da rispondere a una visione della *cultura* intesa come un attributo fisso; come una serie di tratti distintivi, una sorta di “bagaglio ereditario” che gli individui possiedono in quanto membri di un gruppo. I rischi insiti in questa concezione stanno nel poter indurre a pensare che gli immigrati appartengano a categorie culturali tipiche e stabili, irrimediabilmente differenti le une dalle altre, e a cercare soluzioni che si appellano a dei modelli predefiniti (i.e. “I tunisini pensano che...”) da cui deriva l'idea che i servizi possano dotarsi di una *competenza culturale*, intesa come una sorta abilità/expertise tecnica. (ALLUÉ MARTÍNEZ, 2001) Se è vero che l'idea di competenza

culturale ha in qualche modo rappresentato un'apertura da parte della pratica medica ad altri saperi e ad altre dimensioni rispetto al piano biologico, essa non è però scevra da implicazioni problematiche. Il modello biomedico, piuttosto che conferire legittimità a certe dimensioni pare riaffermare la sua l'egemonia rispetto al paziente, rende la differenza culturale uno dei tanti parametri standardizzabili e conoscibili a priori, dunque indipendente dal paziente. Si assiste a una biologizzazione della differenza per consentire un approccio tecnico al paziente straniero.

Contrariamente, a uno sguardo critico volto a dare asilo a certe dimensioni, la cultura rappresenta una molteplicità di processi costantemente in atto, il più delle volte impliciti, che si dispiegano non solo sull'asse della provenienza, ma su quello del genere, dell'età, del posizionamento socio-economico, dei sensi spirituali, della memoria, delle emozioni. (COMELLES; VAN DONGEN, 2001, 2002) Questo tipo di configurazione permette di rilevare quanto vicine possano essere le esperienze tra gruppi umani distinti, e quanta differenza possa esistere all'interno di uno stesso gruppo culturale, apparentemente omogeneo. Permette inoltre di immaginare come l'esperienza migratoria incida sulle identità culturali, esponendo l'individuo a circostanze, codici, interazioni, vincoli differenti rispetto a quelli che agiscono nei paesi di origine, andando ad agire sulle modalità di gestire il proprio corpo e di interagire con gli interlocutori sanitari. Vale a dire che, se pure esistesse un modello valido per il 'tunisino' (cosa che pare sensato comunque escludere), le molteplici esperienze migratorie – che possono avvenire in età diverse; alla luce di esperienze pregresse; da soli o accompagnati; responsabili solo per sé o dietro investimento familiare – inficerebbero comunque il modello. Pare inoltre essere ingiustificato ritenere di avere a che fare con la 'cultura' solo se in presenza di un interlocutore straniero, come se l'interazione con pazienti

con cui si condividono – in forma più o meno implicita – alcune istanze culturali, ne fosse dispensata.

In secondo luogo è frequente incappare nell'idea che le variabili culturali siano significative solo in relazione a problematiche psicologiche/psichiche, come a dire che le questioni che hanno a che fare con la psiche possano aprire a spazi interpretativi, mentre il corpo resta un sostrato materiale oggettivo e univoco. A riguardo, come è stato precedentemente evidenziato, se da un lato la corporeità è culturalmente plasmata, dall'altro la realtà viene dal canto suo continuamente interpretata anche attraverso il corpo. (CSORDAS, 1999) Questa visione, oltre a reiterare la dicotomia mente/corpo che non restituisce la complessità dell'esistenza soggettiva finisce per esimere gli operatori che non si occupano di 'mente', o che si occupano di questioni apparentemente solo somatiche, da una riflessione sulle proprie potenzialità interpretative. (QUARANTA, 2012) Lo stesso professionista sanitario non può essere espropriato dall'identità di cui è portatore; delle variabili socio-culturali vincolate al proprio percorso personale e professionale che agiscono in ogni sua interazione. In tal senso, è stato già esplicitato come ogni esperienza di malattia implichi questioni somatiche, psico-emotive, relazionali, socio-culturali, morali: la complessità dell'interazione riguarda proprio il tentativo di contemplare tutte queste dimensioni contemporaneamente, senza reificarle, senza cercare di scorporarle.

In terzo luogo, a prescindere dalla figura professionale coinvolta – mediatore, psicologo, etc. – l'atteggiamento diffuso nei servizi è quello di "esternalizzare" la gestione della differenza culturale, come fosse una variabile indipendente dal mandato dell'operatore sanitario stesso. Ancora una volta è possibile intravedere uno scenario in cui la razionalità tecnica sembra essere un dato oggettivo e

l'unico obiettivo da perseguire, e la differenza culturale un possibile ostacolo alla sua realizzazione. Ne deriva che le figure di supporto sembrano il più delle volte coinvolte dai servizi sanitari per favorire una comunicazione/traduzione (solo linguistica o attraverso grammatiche culturalmente comprensibili) delle istanze biomediche, volta a un'adesione più rapida del paziente alle indicazioni tecniche, piuttosto che a indagare la prospettiva del paziente e contemplarla nel percorso di cura. (FASSIN, 2001)

Tornando a un'analisi critica del concetto di cultura, è innegabile che i soggetti e i gruppi varino nella specificità del loro modo di esprimere il dolore; nelle grammatiche utilizzate per esprimere la sofferenza; nel focalizzare l'attenzione su questo o su quell'"indizio" organico; nell'accorgersi di certe sensazioni e interpretarle come problema di salute; nel reagire a una strategia terapeutica. Tuttavia affinché certe istanze diventino produttive in chiave terapeutica, è necessario che il servizio si doti di spazi e competenze volti a un'esplorazione inter-soggettiva dell'esperienza di malattia in cui emergano gli elementi che il paziente reputa significativi alla luce di quanto sta sperimentando, in quel particolare momento di vita. (MARTÍNEZ HERNÁEZ, 2010a, 2010b)

Come evidenziato da Del Vecchio Good (2005), non basta introdurre il dato culturale all'interno dello schema diagnostico per tenere effettivamente in conto quanto i sintomi siano radicati nella società e nella cultura di ciascun paziente. Se si intende conferire centralità alle dinamiche socio-culturali nelle argomentazioni cliniche, si rende necessaria una ri-concettualizzazione della pratica clinica, dei modelli clinici e dei processi di valutazione clinica. Al contrario, le modalità con cui spesso vengono oggi trattate certe variabili; le strategie con cui viene loro attribuita rilevanza, possono alimentare il rischio di occultare dietro

alla differenza culturale problematiche che affondano le radici in istanze di altra natura. Spesso, per esempio, la limitata capacità di prendersi cura di sé e del proprio corpo; la ridotta possibilità di negoziare forme di vita più salutari; le difficoltà di accedere al sistema sanitario – di comprenderlo e di aderire agli itinerari terapeutici – che il terapeuta rileva in un paziente, straniero o meno che sia, non dipendono esclusivamente da peculiari rappresentazioni culturali, quanto piuttosto da circostanze materiali di vita, da condizioni di natura giuridica, socio-economica, storica. Paul Farmer (2006, p. 294) mostra come «l'abuso del concetto di specificità culturale sia particolarmente insidioso nelle discussioni sulla sofferenza in generale e sugli abusi dei diritti umani in particolare. La differenza culturale che sconfinata nel determinismo culturale è una delle diverse forme di essenzialismo usate per giustificare le lesioni alla dignità e la sofferenza. [...] La "cultura" non spiega la sofferenza, al peggio essa può fornirle un alibi».

Povertà, precarietà, violenza, disagio, solitudine, fragilità hanno il potere di ammalare.

La malattia come prodotto storico

La capacità di cogliere e comprendere elementi diversi della vita del paziente, che pesano in maniera più o meno diretta sulla gestione della propria condizione di malattia, può contribuire affinché i professionisti della salute promuovano pratiche assistenziali più eque ed efficaci. Può contribuire per esempio a cogliere come chi è più vulnerabile (ove per *vulnerabilità* si intende scarsità di risorse materiali e/o fragilità del tessuto socio-relazionale di riferimento e/o instabilità dei modelli di organizzazione della vita quotidiana e/o ridotte possibilità di scelta) sia verosimilmente esposto

a un percorso più complesso di accesso e di utilizzazione dei servizi, così come a una minore qualità nell'esito finale delle prestazioni socio-sanitarie. Pertanto tale capacità di lettura della vita del paziente, può essere strumentale a una riformulazione delle strategie di cura tale da andare a compensare il grado di vulnerabilità: quanto maggiore è la vulnerabilità del paziente, maggiori dovrebbero essere le risorse a lui dedicate. Tale riflessione è cruciale nella misura in cui, se è vero che le istituzioni sanitarie possono agire come promotori di equità, è vero pure che possono contribuire – più o meno consapevolmente – a reiterare delle disuguaglianze che caratterizzano la più ampia società, anche perché le visioni e i giudizi degli operatori non sono prive di connotazioni culturali.

L'analisi delle molteplici dimensioni contemporaneamente presenti in ogni fenomeno di malattia, si spinge fino a esplicitarne una terza che, insieme a *disease* e *illness*, tenta di restituire la complessità dell'esperienza. Tale dimensione, identificata nel concetto di *sickness*, si riferisce ai processi storici, economici e sociali più ampi in cui la malattia si iscrive. (TAUSSIG, 1980; YOUNG, 1982, 1995) Più nello specifico, si riferisce alla malattia prodotta dalla società e/o dalla società costruita, legittimata come tale; all'impatto diretto e indiretto di specifiche pratiche e prospettive cliniche sul piano della morbilità e della mortalità della popolazione. Un esempio sono le affezioni che interessano gruppi particolarmente esposti in relazione alle professioni o al ruolo sociale che occupano.

Per comprendere il ruolo che in tal senso esercitano gli ordinamenti sociali, è strumentale il paradigma della *violenza strutturale* teorizzato da Johan Galtung (1969) e riformulato da Farmer (2006) che lo ha applicato specificatamente all'ambito della salute e della malattia. Il concetto si riferisce alle ineguali relazioni di potere, alla marginalizzazione,

all'esclusione sociale che creano differenti speranze di vita in soggetti con differenti posizioni sociali. "Strutturale" perché si tratta di una forma di violenza prodotta dalle stesse strutture sociali; "strutturale" perché la trasmissione della malattia non dipende da stili di vita, abitudini culturali o scelte personali, quanto piuttosto dai limiti strutturali alla possibilità di azione individuale, al progresso economico, sociale e scientifico; "strutturale" perché in quanto tale è invisibile, naturalizzata, e si riproduce in maniera implicita. Si tratta di una forma di violenza che ha a che fare con il potere, agendo sulla capacità di negoziazione, di agentività che gli individui riescono a esercitare rispetto alla propria esistenza. Nell'intento di indagare lo stretto rapporto che intercorre tra dinamiche storico-sociali ed esperienze personali di disagio, la malattia emerge anche come una delle possibili forme in cui si materializza quella che alcuni autori hanno definito *sofferenza sociale*; una sofferenza prodotta, appunto, dal peso che le forze sociali possono esercitare sull'esperienza umana. La sofferenza sociale risulta dall'azione del potere politico, economico e istituzionale sia sulla vita delle persone, sia sulle risposte strutturali ai problemi sociali. (KLEINMAN; DAS; LOCK, 1997) Una sofferenza che si fa questione politica; che emerge come il prodotto di un rapporto disagiato tra soggetto e ordine sociale; che penetra l'esperienza individuale e trova espressione attraverso paradigmi corporei. (QUARANTA, 2006b)

Nancy Krieger (2001, 2011) amplia e integra questo approccio attraverso la teoria *ecosociale* da lei elaborata, mostrando come i processi di salute e malattia siano il risultato delle costanti interazioni tra soggetto, ambiente, storie biografiche, comunità. Nella sua interpretazione, esistono percorsi multipli dell'incorporazione (*pathways of embodiment*) che possono essere compresi soltanto se si riesce a conferire centralità alle relazioni peculiari tra

soggetto e contesto nel corso di tutta l'esistenza dell'individuo (prospettiva *life course*), senza sottovalutare i processi storici che hanno determinato le traiettorie di vita specifiche di un determinato gruppo di individui in un contesto puntuale. "Suscettibilità" e "resistenza", "*accountability*" e "*agency*" definiscono, in seno a questa riformulazione, lo spazio della fragilità e della vulnerabilità, evidenziando come i soggetti più o meno sensibili a certe condizioni patologiche possono sviluppare la malattia in base alle proprie capacità di resistenza e riconfigurazione dell'esistenza e/o grazie alle strategie di compensazione messe in atto dai soggetti e dalle organizzazioni sociali. Questa analisi riesce a eludere una visione meramente *culturalista* e consente di prendere in esame lucidamente tanto i significati culturali di volta in volta connessi al corpo, alla malattia, alla cura, quanto i rapporti di potere, le condizioni sociali e i processi politico-economici che incidono nella produzione e nella presa in carico della malattia o del benessere.

Bibliografia

ALLUÉ MARTÍNEZ, X. Cultural Competence in Medicine, **AM Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica**, 2001, v.11/12, Argo, Lecce.

BOURDIEU, P. **Per una teoria della pratica**. Con tre studi di etnologia cabila, Raffaello Cortina, Milano, [1977] 2003.

COMELLES, J.M. The Role of Local Knowledge in Medical Practice: A Trans-Historical Perspective, **Culture, Medicine and Psychiatry**, v.24, n.1, 2000, p. 41-75.

_____. (a cura), **Themes in Medical Anthropology**, Fondazione Angelo Celli, Argo, Perugia, 2002.

COMELLES, J.M.; VAN DONGEN, E. (a cura), **Medical Anthropology and Anthropology**, Fondazione Angelo Celli, Argo, Perugia, 2001.

CSORDAS, T. **Embodiment as a paradigm for anthropology**, 1990, *Ethos*, 18, p. 5-47.

_____. **Embodiment and Experience**, Cambridge University Press, Cambridge, 1994.

_____. Incorporazione e fenomenologia culturale, in Mattalucci-Yilmaz C. (a cura), **Annuario di Antropologia: Corpi**, v. 3, Meltemi, Roma, [1999] 2003.

DAS, V. **Public good, ethics, and everyday life: Beyond the boundaries of bioethics**, *Daedalus*, v.128, n.4, 1999, p. 99-133.

DEL VECCHIO-GOOD, M.J. Cultural studies of biomedicine: an agenda for research, **Social Science & Medicine**, v.41, n.4, 1994, p. 461-474.

DE MARTINO, E. **La terra del rimorso**, Il Saggiatore, Milano, [1961] 2002.

EISENBERG, L. What makes persons "patients" and patients "well"? **The American Journal of Medicine**, v.69, n.2, 1980, p. 277-286.

FARMER, P. Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell'era globale, in FASSIN, D., *The biopolitics of otherness: undocumented foreigners and racial discrimination in French public debate*, **Anthropology Today**, v.17, n.1, 2001, p. 3-7.

GADOW, S. **Clinical subjectivity. Advocacy with silent patients**, *Nurs Clin North Am.*, v.24, n.2, 1999, p. 535-541.

GALTUNG, J. Violence, Peace and Peace Research, **Journal of Peace Research**, v. 6, n.3, 1969, p. 167-191.

GOOD, B. **Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente**, Ed. Di comunità, Torino, 1999.

GRMEK, M. **La vita, le malattie e la storia**, Di Renzo, Roma, Di Renzo, 1998.

HIGH, C. **Agency and Anthropology: Selected Bibliography**, Ateliers du LESC, 2010.

KLEINMAN, A. Alcuni concetti e un modello per la comparazione dei sistemi medici intesi come sistemi culturali, [1978], in QUARANTA I., 2006a, p. 5-29, **Antropologia Medica**. I testi fondamentali, Raffaello Cortina, Milano.

KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M.. (a cura), **Social suffering**, University of California Press, Berkeley, 1997.

KRIEGER, N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. **Journal of epidemiology and community health**, v.59, n.5, 2005, p. 350–355.

_____. Theories for social epidemiology in the 21st century: an eco social perspective, **International Journal of Epidemiology**, 2001, 30, p. 668-677.

_____. **Epidemiology and the People's Health. Theory and Context**, Oxford University Press, Oxford, 2011.

LOCK, M.; SCHEPER-HUGES, N.. The mindful body. A prolegomenon to future work in medical anthropology, **Medical Anthropology Quarterly**, v.1, n.1, 1987, p. 6-41.

_____. A critical-interpretive approach in medical anthropology: rituals and routines of Discipline and Dissent, in JOHNSON, T; SARGENT, C. (eds), **Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method**, Praeger Publishers, Westport, 1990, p. 47-72.

MANNING, P.; FABREGA H.. The experience of self and body: Health and illness in the Chiapas highlands. In PSATHAS, G (edited by): **Phenomenological Sociology**. Wiley, New York, 1973.

MARGULIES, S. Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-sida: Ensayo de antropología de la medicina, **Intersecciones antropol.**, v.11, n.1, 2010, p. 215-225.

MARTÍNEZ HERNÁEZ, A. **Dialogics, ethnography and health education**, Rev Saúde Pública, v.44, n.3, 2010a, p. 399-405.

_____. La etnografia como dialogica: hacia un modelo intercultural en las politicas sanitarias, in CHECA, F.; GARRIDO, A.A.; OLMOS J.C. (2010) (a cura), **Transitar por espacios comunes. Inmigración, salud y ocio**, Barcelona: Icaria, 2010b, p. 57-84.

MERLEAU PONTY, M. **Fenomenologia della percezione**, Bonomi, Milano, [1945] 1965.

MOL, A. **The body multiple: ontology in medical practice**. London: Duke University Press, 2002.

ONG, A., The Production of Possession: Spirits and the Multinational Corporation in Malaysia, **American Ethnologist**, v.15, n.1, Medical Anthropology (Feb., 1988), p. 28-42.

PIZZA, G. Antonio Gramsci e l'antropologia medica ora. Egemonia, agentività e trasformazioni della persona, **AM Rivista della società italiana di antropologia medica**, Argo, Lecce, n.15/16, 2003, p. 33-52.

QUARANTA, I. (a cura), "Introduzione" in **Antropologia Medica. I testi fondamentali**, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006a.

_____. (a cura), "Introduzione" in *Sofferenza Sociale*, *Antropologia Annuario*, Meltemi Editore, Roma, v.6, n.8, 2006b, p. 5-16.

_____. La trasformazione dell'esperienza. *Antropologia e processi di cura*, «**ANTROPOLOGIA E TEATRO**», v.3, n.2012, 2012, p. 1 - 31.

QUARANTA, I.; RICCA, M.. **Malati fuori luogo. Medicina interculturale**, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2012.

SCARRY, E. **La sofferenza del corpo**, Il Mulino, Bologna, [1985] 1990.

TAUSSIG, M. Reification and the Consciousness of the Patient, **Social Science and Medicine**, v.14b, 1980, p. 5-13.

YOUNG, A. The Anthropology of Illness and Sickness, **Annual Review of Anthropology**, II, 1982, p. 275-285.

_____. **The harmony of illness**, Princeton university press, Princeton, 1995.

Le "viste dei punti di vista": Tensioni all'interno dei programmi di "Salute della famiglia" e possibili strategie di intervento

Emerson Elias Merhy

Laddove alcuni sono uomini, altri donne, alcuni bambini, altri vecchi; ove alcuni sono medici, altri agenti di salute, qualcuno infermiere, o psicologo, o dentista, o audiologo, o terapeuta occupazionale, o nutrizionista, o fisioterapista, o assistente sociale, etc.; dove a qualcuno piace giocare a palla, ad altri discutere di cinema, di telenovelas o di notizie di cronaca, o navigare su facebook, su twitter o twitcasting; dove vi sono famiglie con padri, madri, figli, nonni e nonne o famiglie ampliate con due madri, sei nonni, due padri e fratellastri, si tratta di un luogo in cui sono presenti gruppi eteronormativi e non eteronormativi; un luogo evidentemente caratterizzato da differenze e differenti, da multipli e molteplicità; un luogo che potremmo definire come "luogo-moltitudine" di viventi ed esistenti.

Non vi è dubbio che in questo luogo vi sia una certa tensione rispetto a come vivere nella quotidianità tra vari gruppi e persone che lo abitano, "fabbricando" diversi modi di essere; incontrando l'Altro, aprendosi a situazioni interessanti e ricche, specie rispetto al riconoscimento del

diverso e al ventaglio di nuove possibilità di produzione di vita di ogni singolo e di ogni collettivo. Tuttavia, in questi incontri si possono sviluppare anche situazioni non positive poiché è possibile che alcuni riescano ad incontrare l'Altro soltanto producendo disuguaglianze. Questo avviene quando l'Altro differente da sé viene percepito come una minaccia. Pertanto, per poter convivere con lui, diventa necessario stabilire relazioni di potere che lo collochino sotto un certo tipo di controllo; che lo dominino e che lo sottomettano.

Questo genera ancora più tensioni all'interno del "luogo-moltitudine"; tensioni che possono trasformarsi in conflitto o cooperazione, incontro-scontro e/o incontro-incontro. Non è mia intenzione analizzare tutte queste tensioni; vorrei piuttosto sottolineare come tali tensioni-constitutive di tutti i "luoghi-moltitudine", ricchi di differenti modi di vivere, portino sulla scena del "quotidiano degli incontri" una molteplicità ricca di tensioni che sono sempre presenti e in azione. È con questa ricchezza che dobbiamo confrontarci quando vogliamo collocarci all'interno di uno spazio che ha la pretesa di produrre *cuidado*, com'è ad esempio il campo della salute.

In questo percorso esploro l'idea secondo cui in qualsiasi incontro che avviene nel campo d'azione di un'equipe di lavoratori del programma di "Salute della famiglia", queste tensioni rendono necessario un posizionamento. Il modo con cui ci poniamo, in termini etico-politici, in relazione ad esse è fondamentale per poter costruire azioni che hanno come finalità la difesa dell'idea per cui qualsiasi vita "vale la pena" o, al contrario, se si considera che vi sono vite più importanti di altre, al punto da poter addirittura sacrificare le une per le altre. Per approfondire le questioni che qui mi interessano, utilizzerò l'immagine della "vista del punto di vista" degli individui e

dei collettivi, allo scopo di definire meglio la posizione che occupiamo nel mondo del *cuidado*. È necessario innanzitutto riconoscere che le esperienze maturate nel contesto del programma di "Salute della famiglia" hanno consentito un significativo arricchimento della gamma di pratiche e delle discussioni sociali e politiche che caratterizzano il mondo del *cuidado*, operando come un campo di molteplicità di "viste di punti di vista" sulle pratiche in salute, ad esempio in ambito ospedaliero.

Con Frei Beto ho appreso a guardare la "vista del punto, del punto di vista". Con Eduardo Viveiros mi sono convinto di come, nel campo politico, questi siano elementi fondamentali per la costruzione di pratiche di resistenza positiva, volte a costruire nuovi modi di vivere. Grazie a tutto questo ho compreso in modo più radicale le implicazioni di uno sguardo che indica un altro mondo possibile.

Affermare, come Eduardo Viveiros, che "il sangue della preda di un puma è birra", oltre a essere una provocazione molto sottile, significa riconoscere che vi è un altro mondo, quello del puma, mentre prima riuscivo a vedere solo il mio. Solo in una "vista del punto" che non differenzia gli umani dai puma, si può comprendere un enunciato come questo. Al contrario, in una "vista del punto" che separa rigidamente natura e cultura, ciò sarebbe impossibile. In questo caso non è presente la "vista del punto" del puma, ma solo quella degli umani, unici esseri culturali. Tuttavia, nel mondo che considera il puma come umano, anche questo modo di costruire, è semplice da assimilare.

Difficile capire tutto questo, no?!

Proviamo in un altro modo.

Guardiamo una bottiglia d'acqua e, senza nemmeno confrontarci rispetto ai nostri codici interpretativi, riconosciamo lo stesso tipo di oggetto. Allo stesso tempo,

potrebbe però esistere una popolazione che guardando quella stessa bottiglia non la veda così, ma la interpreti come acqua imprigionata. Quindi la costruzione di ciò che è reale, o addirittura di un oggetto che possa essere condiviso, è vincolata al modo di guardare il mondo.

Nel riconoscere lo stesso oggetto, abbiamo la stessa “vista del punto”, anche se possiamo divergere sui “punti di vista”. Alcuni potrebbero affermare che si tratti di una privatizzazione dell’acqua; altri invece che questo è normale nei luoghi in cui ogni cosa è un bene di consumo: tutti, comunque, vedono una bottiglia d’acqua.

Tuttavia, quando le nostre “viste del punto” sono molto differenti, non vediamo lo stesso oggetto. Potremmo addirittura arrivare a non condividere l’idea che si tratti un oggetto. In questo senso, un “luogo-moltitudine” è ricco di “viste dei punti” e di “punti di vista”. È possibile identificare tutto ciò e discuterne, per riconoscerne l’esistenza e le importanti implicazioni pratiche in un campo come quello della salute.

Serve tuttavia uno sguardo più acuto per trasporre questa discussione nell’incontro tra un paziente e un professionista della salute in cui sono in gioco molti aspetti. Spesso non si tratta di un semplice incontro di “differenti”, ma di mondi differenti che esigono azioni in grado di operare in maniera relazionale e simmetrica, orizzontale e non impositiva, al contrario di quanto generalmente accade. Lì, in quell’incontro, per ogni “vista del punto” vi sono “verità” ad esso vincolate; potremmo affermare che in esso esistono vari “regimi di verità” che si incontrano ed entrano in conflitto.

I pazienti si posizionano in “verità” che mirano alla produzione di *cuidado* per se stessi, che potenzi i propri modi di vivere. Non sempre però le altre “viste del punto” corrispondono a questo registro di “verità”. Solo coloro

che operano al servizio di questo obiettivo dei pazienti, posizionano le proprie “verità” in secondo piano rispetto a una verità più importante: la difesa della vita nei suoi molteplici piani di produzione.

Il riconoscimento dell’Altro come portatore di saperi è una scelta dalle importanti implicazioni etico-politiche. Essa definisce le “verità” importanti che devono dialogare tra loro al fine di costruire un *cuidado* che prenda come punto di riferimento il desiderio del paziente. Questa simmetria tra sé e l’Altro è una scommessa politica dentro a una certa relazione tra sé e l’Altro che punta a società differenti da quelle in cui viviamo oggi, in cui non tutte le vite “valgono la stessa pena”, e dove “in sé” significa isolarsi, considerando l’Altro come una minaccia. Questo è tipico, ad esempio, di una società come quella capitalista che vive dello sfruttamento della vita dell’Altro.

Potremmo ora provare a fornire qualche suggerimento per implementare azioni all’interno del “luogo-moltitudine”, tenendo come focus principale il programma di “Salute della famiglia”. L’entrata di una distinta “vista del punto” sposta le tensioni tra i “punti di vista”.

Torniamo al luogo che abbiamo descritto all’inizio del testo, luogo tipico dei territori dove agiscono i programmi di “Salute della famiglia”. Tornando lì, nel cuore dell’equipe di professionisti sanitari, negli incontri che avvengono sia al suo interno, sia con coloro che abitano il luogo in cui essa agisce, possiamo esplorare le differenti “viste dei punti di vista” che emergono chiaramente dalle pratiche. Di conseguenza sarà possibile identificare possibilità di intervento adeguate alle dispute che si instaurano, in termini etico-politici, quando la differenza diventa disuguaglianza o, al contrario, simmetria. Inoltre sarà possibile valutare gli effetti che questo determina nel campo della salute, specialmente riferendoci al Sistema Unico di Salute (SUS) brasiliano che

si struttura intorno all'idea che la vita di ognuno "vale la pena" e che il campo di pratica del *cuidado* è strettamente legato a questo concetto.

Una delle tensioni più persistenti all'interno delle equipe che lavorano in questi programmi ha a che fare con la deriva dalla differente posizione professionale che ognuno occupa. Un'altra, ugualmente fondamentale, si stabilisce tra i lavoratori dell'equipe e i pazienti, e in maniera più radicale tra gestori governativi e pazienti, sia individuali che collettivi. Esiste anche una tensione che si manifesta tra gestori governativi e professionisti sanitari. Esploreremo questi territori e li congiungeremo allo scopo di ampliare le possibilità di azione nel mondo del *cuidado* in salute; scommessa tra le più forti dell'attuale politica sanitaria, specialmente quando essa pretende di cambiare le modalità di cura. L'obiettivo è quello di pensare opportunità per implementare azioni che possano contribuire alla costruzione di un *cuidado* orientato a produrre "più vita" in ognuno, partendo dal presupposto per cui produrre vita in uno significhi produrre vita in tutti gli altri.

Generalmente i professionisti sanitari si differenziano nei "punti di vista" ma raramente nelle "viste dei punti". Essi condividono un codice costruito nel corso degli ultimi trecento anni (FOUCAULT, 1963) che osserva le differenti forme di sofferenza e interpreta il processo dell'ammalarsi mediante la ricerca, in quello che è definito "corpo-biologico", di elementi che possano spiegare la sofferenza, la malattia. Il "corpo-biologico", in questo processo di codificazione, acquisisce materialità, come se fosse una macchina. Si tratta però di una di quelle macchine che sono state costruite trecento anni fa, meccaniche, che quando soffrono un'avaria diventano disfunzionali.

Il professionista sanitario non ha bisogno di spiegare ciò di cui sta parlando quando afferma che qualcuno

ha un problema di salute. L'entità "malattia", così come ogni avvenimento all'interno di quel corpo, acquisisce la medesima materialità codificata dal momento che è associata a una disfunzione della macchina "corpo-biologico". Questi elementi costituiscono "viste di punti" totalmente condivisibili tra le varie professioni sanitarie. Ciò nonostante, a seconda della professione, i "punti di vista" possono essere molto divergenti e la tensione tra loro può diventare conflittuale.

Tra un medico e un infermiere si può ad esempio sviluppare una tensione molto intensa nel campo delle pratiche, nonostante essi parlino dello stesso mondo, del "corpo-biologico" e del suo ammalarsi. Le due figure si differenziano infatti nel "punto di vista" su come agire nel campo del *cuidado*. Il medico sviluppa spesso strategie interpretative secondo le quali è la disfunzione a causare la sofferenza, e si concentra su come correggere questo "difetto" e curare il corpo. L'infermiere invece sviluppa strategie su come prendersi cura della persona sofferente, anche per fare sì che l'altro, il medico, possa agire. E il medico si aspetta dall'infermiere proprio quest'attenzione per poter svolgere il suo specifico lavoro: diagnosticare, pronosticare, trattare.

Possiamo ampliare questo discorso a tutte le professioni sanitarie riconosciute legalmente in Brasile. Questo potrebbe essere un buon esercizio da svolgere nel quotidiano di un'equipe; potrebbe infatti contribuire alla comprensione della "vista del punto e del punto di vista". Prendendo come esempio il medico e l'infermiere sopraccitati, si può notare come essi abbiano le stesse "viste dei punti" – entrambi codificano l'Altro-sofferente come un "corpo-biologico"; come una macchina vitale che funziona come un oggetto strumentale che può danneggiarsi –, ma non condividono gli stessi "punti di vista" su questo oggetto. Essi focalizzano la loro attenzione su aspetti

distinti e costruiscono strategie di azione che molte volte possono essere conflittuali. Ciò si moltiplica all'interno di un'equipe multi-professionale come quella della "Salute della famiglia", potenziando il campo di tensione e talvolta trasformando questa tensione in conflitto. All'interno dell'equipe, lo psicologo generalmente trasla l'idea di "corpo-biologico" nel terreno della soggettività, ma non rompe con quella stessa visione di corpo; semplicemente lo "veste" con altri strati funzionali.

Per traslare questo discorso nel quotidiano, potremmo immaginare un professionista che, indipendentemente dalla sua professione, non condivide la stessa "vista del punto" con gli altri. Potremmo quindi avere un professionista che non concepisce il "corpo-biologico" come macchina meccanica che produce modi di vivere, ma vede la produzione di vita attraverso gli incontri tra corpi, "in fabbricazione" nell'atto dell'incontro con l'Altro.

Humberto Maturana era un medico-biologo cileno che affermava che gli organismi viventi considerano come reale un campo illusorio, e che è in questa relazione che costruiscono ciò che considerano la loro "verità". Maturana studiò approfonditamente le colombe, in particolare il modo con cui i loro cervelli e i loro occhi si modificavano in base ai tipi di immagine e ai campi visivi a cui erano esposte in laboratorio. Egli dimostrò che il "corpo-biologico", macchina per produrre un certo modo di vivere, non era meccanico e pre-esistente. Questo corpo non esisteva in sé, ma continuava a riprodursi nella misura in cui viveva il mondo che configurava come reale per sé. Non era quindi in grado di distinguere la realtà oggettiva fuori dal corpo e la realtà illusoria plasmata dal proprio sguardo e dalla propria costruzione del mondo. Nel caso dell'esperimento delle colombe, l'esperienza di sé era fondamentale tanto da definire la stessa conformazione degli occhi e del cervello.

Consideriamo le ricadute di tutto ciò nel parlare di "viste di punto" e di "punti di vista", quando ad esempio un professionista di salute afferma che il "corpo-biologico" disfunzionale non esiste e che la sofferenza non è comprensibile attraverso la mera nozione di malattia; quando afferma quindi che *cuidar* non significa solo diagnosticare e trattare, ma incontrare l'Altro e permettere che il modo attraverso cui si produce la vita sia potenziato dalla costruzione di più reti di connessioni nell'esistenza.

E adesso, com'è diventata la tensione? Molto più radicale.

Ma è avvenuto un movimento interessante: l'ingresso di quest'altra "vista", sposta le tensioni dei punti.

È proprio su questo piano che in Brasile la riforma della psichiatria sperimenta nuove forme di agire nel campo del *cuidado* nei confronti del cosiddetto "folle". La riforma ha trovato strategie alternative; altre "viste di punto" per poter portare nello spazio della pratica quotidiana delle equipe di salute, modi di agire differenti da quelli che venivano realizzati attraverso i tradizionali processi di cura della psichiatria manicomiale, non orientati alla produzione di "più vita" nell'Altro.

La "vista del punto" della lotta antimanicomiale ha spostato le tensioni dei "punti di vista" da parte di varie professioni e politiche pubbliche che partivano dall'idea per cui il "folle" esiste e solo il sapere "scientifico" può parlare di lui, oltre al fatto che questo sapere sia di proprietà esclusiva dei professionisti sanitari.

Il movimento antimanicomiale e la riforma psichiatrica hanno portato alla luce nuovi modi di guardare alla follia. Con Basaglia si è verificato uno spostamento secondo cui la malattia dovrebbe essere "messa tra parentesi", in maniera tale che, dell'individuo folle, possano comparire vari altri sé,

in modo da riuscire a superare, ad andare oltre a quello che era considerato come il suo unico marchio, ossia l'essere folle.

Questo produce un dislocamento dei "punti di vista" da parte di chi considerava la follia come un marchio definitivo. Il folle, a torto o a ragione, era infatti condannato a vivere con questo marchio 24 ore su 24, tutti i giorni della sua vita. Il "Lui-moltitudine" occupava il luogo della condanna del dover vivere come malato per tutto il tempo, così come accade in manicomio, quando qualcuno viene ricoverato e gli si attribuisce un'etichetta unica, di "folle". Grazie al dislocamento invece, una persona considerata folle poteva anche essere un verniciatore, un elettricista, un falegname, un matematico, un fisico, un poeta, un cantante etc.

I vari piani della produzione di vita devono essere dunque esplorati attraverso la costruzione di una rete esistenziale più ricca e pertanto terapeutica in sé.

Altri pensatori, uno è Foucault, hanno reso possibili sguardi ancora più radicali, problematizzando come all'interno di un certo tipo di società si "fabbrichi" la follia e come, su tale base, si definisca chi è folle e chi non lo è, utilizzando questa definizione per costruire modi di imprigionare, medicalizzare, trattare o addirittura escludere coloro che vengono inseriti arbitrariamente in tale categoria, da qualsivoglia possibilità di produrre molteplici esistenze.

Grazie a questo pensatore, militante in varie cause sociali antifasciste, si sono sviluppati nuovi orizzonti. Sono apparse nuove "viste del punto" che hanno messo in discussione i "punti di vista" di chi credeva che la follia fosse un fenomeno naturale dell'uomo, attraverso l'affermazione secondo cui la follia esiste soltanto in virtù dell'essere stata costruita come tale da alcuni raggruppamenti sociali, con lo scopo di eliminare certe differenze dalla vita collettiva o

di controllare determinati gruppi, secondo precisi interessi politici, per i quali ad esempio una certa visione della medicina e della psichiatria svolgono un ottimo servizio.

Non si dovrebbe pensare alla disfunzionalità o addirittura alla malattia ma alla sofferenza che la produzione di certe forme di esistere può generare, nel contesto concreto di alcune società. Cambia così totalmente il modo di guardare e di praticare il *cuidado*.

Di fronte a consumatori intensivi di droga non si dovrebbe pensare a internarli per eradicare la loro dipendenza, ma si dovrebbe pensare a incontri volti a produrre "più vita", proprio lì dove ve n'è soltanto poca.

Cambia così l'approccio della stessa clinica e della cura, che diventano strategie per dare supporto alle esperienze di produzione di esistenze in sé e di altri; non più intese come interventi normalizzanti.

Esplorare le tensioni dei "punti di vista" di chi condivide lo stesso tipo di mondo, con nuovi sguardi su altri mondi possibili, può essere una grande opportunità per le sfide insite nel campo della "Salute della famiglia" che si propongono, oggi, di trasformare il campo della salute in Brasile in un luogo concreto di pratiche di incontro che diano sostanza al presupposto per cui qualunque vita, con la sua produzione intensiva; la vita di chiunque, sia qualcosa per cui "valga la pena". Questo deve essere l'asse guida della costruzione dell'agire in salute e della formazione dei collettivi di lavoratori del *cuidado*, con lo scopo di trasformare i professionisti della salute in lavoratori collettivi che non si perdono nelle tensioni dei propri "punti di vista" poiché la "vista del punto", orientata alla difesa radicale della vita dell'Altro è il centro del loro agire, nella produzione e nell'esercizio delle loro esistenze non fasciste.

Questa è la strategia.

Gli Autori

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Medico di sanità pubblica, Professoressa della Facoltà di Salute Pubblica della Università di Sao Paulo – USP. E-mail: laura.macruz@gmail.com

Maria Paula Cerqueira Gomes

Psicologa, Professoressa dell'Istituto di Psichiatria dell'Università Federale di Rio de Janeiro – UFRJ. E-mail: paulacerqueiraufjr@gmail.com

Angelo Stefanini

Medico, ha lavorato per anni in progetti rurali in Uganda e Tanzania, e insegnato alle università di Leeds, UK, e di Makerere, Uganda. Nella Palestina occupata è stato responsabile dell'OMS (2002) e del programma sanitario italiano (2008-2011). Nel 2007 ha diretto un progetto europeo di formazione sanitaria in Siria. È Ricercatore all'Università di Bologna dove ha fondato il Centro di Salute Internazionale. E-mail: angelo.stefanini@unibo.it

Ardigò Martino

Medico, specialista in Igiene e Medicina Preventiva. Phd in Cooperazione internazionale e sviluppo sostenibile, è ricercatore a tempo determinato presso il Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche dell'Università di Bologna. E-mail: ardigomartino@unibo.it

Emerson Elias Merhy

Medico di sanità pubblica, Professore Ordinario di Salute Collettiva dell'Università Federale di Rio de Janeiro – UFRJ, Campi di Macaé. E-mail: emerson.merhy@gmail.com

Anna Ciannameo

Dottore di Ricerca (PhD) in “Science, Technology and Humanities” presso l'Università di Bologna (Italia) e in “Antropologia” presso l'Universitat Rovira i Virgili URV di Tarragona (Spagna). Attualmente è titolare di assegno di ricerca (Research assistant) presso il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI) del Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche (DIMEC) Università di Bologna. E-mail: anna.ciannameo2@unibo.it

Chiara Di Girolamo

Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva, collabora con il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale dell'Università di Bologna dove si è occupata di ricerca e didattica sui temi della salute globale, dalle malattie dimenticate alle disuguaglianze in salute e alla migrazione come determinante di salute. Attualmente sta frequentando un Master in Epidemiologia presso la London School of Hygiene and Tropical Medicine.



Serie Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale/ Série Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Saúde Global: Perspectiva comparada Brasil e Itália - Organizadores: Alcindo Antônio Ferla, Angelo Stefanini, Ardigò Martino. (portoghese)

Salute Globale in una prospettiva comparata tra Brasile e Italia – A cura di Alcindo Antônio Ferla, Angelo Stefanini, Ardigò Martino. (italiano)

Problematizando epistemologias na Saúde Coletiva: saberes da cooperação Brasil e Itália - Organizadores: Emerson Merhy, Angelo Stefanini, Ardigò Martino. (portoghese)

Problematizzando epistemologie in Salute Collettiva: saperi dalla cooperazione Brasile e Italia – A cura di Emerson Merhy, Angelo Stefanini, Ardigò Martino. (italiano)

Práticas em saúde global: ações compartilhadas entre Brasil e Italia - Organizadores: Túlio Franco e Ricardo Burg Ceccim. (portoghese)

Pratiche in salute globale: azioni condivise tra Brasile e Italia – A cura di: Túlio Franco e Ricardo Burg Ceccim. (italiano)

Gestão e Políticas de Saúde: América Latina e Europa/ Gestione e Politiche di Salute: America Latina ed Europa - Organizadores: Alcindo Antônio Ferla, Janaina Matheus Collar, Giovanni De Plato e Francesca Senese. (bilingue)

www.redeunida.org.br

