

Salute Globale in una prospettiva comparata tra Brasile e Italia

Alcindo Antônio Ferla
Angelo Stefanini
Ardigò Martino
Organizadores

Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

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

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

Ángel Martínez-Hernández - Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani - Universidade de Bolonha, Itália

Ardigò Martino - Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorigo - 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 - Secretária 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 - Ministério da Saúde - Secretária Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, 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 - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Arte gráfica – Capa

O Caminho - Valdir Moreira

Projeto gráfico

Editora Rede UNIDA

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Traduções e revisões do português para o italiano

Francesco Sintoni, Brígida Marta e Ardigò Martino

Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale

A cura di

Alcindo Antônio Ferla

Angelo Stefanini

Ardigò Martino

SALUTE GLOBALE IN UNA PROSPETTIVA COMPARATA TRA BRASILE E ITALIA

Dati internazionali di catalogazione nella pubblicazione-CIP

<p>S181 Salute globale in una prospettiva comparata tra Brasile e Italia / Alcindo Antônio Ferla, Angelo Stefanini, Ardigò Martino, a cura di. – Porto Alegre : Rede Unida ; Bologna : CSI-Unibo, 2016. 188 p. – (Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale ; 3) ISBN 978-85-66659-48-1 DOI 10.18310/9788566659481 1. Cooperazione internazionale – Salute collettiva. 2. Salute pubblica – Brasile. 3. Salute pubblica – Italia. 4. Servizi sanitari. I. Stefanini, Angelo. II. Màrtino, Ardigò. III. Título.</p> <p>CDU: 614 NLW: WA 530</p>	<p>Copyright © 2016 by Alcindo Antônio Ferla, Angelo Stefanini, Ardigò Martino</p>
--	--

1° Edizione

Porto Alegre, Brasile/Bologna, Italia – 2016

Rede UNIDA/CSI-Unibo

Bibliotecaria responsável: Aliriane Ferreira Almeida CRB 10/2369

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS Fone: (51) 3391-1252
www.redeunida.org.br

INDICE

INTRODUZIONE

Ardigò Martino, Cristian Fabiano Guimarães.....7

SALUTE GLOBALE: uno scenario conflittuale

Angelo Stefanini, Chiara Bodini.....13

GLOBALIZZAZIONE ED EFFETTI SULLA SALUTE

Ardigò Martino.....35

LA SALUTE GLOBALE IN ITALIA

Chiara Bodini.....77

LA SALUTE GLOBALE IN BRASILE

Alcindo Antonio Ferla, Cristian Fabiano Guimaraes.....101

ACCADEMIA E ATTIVISMO: per una riflessione più ampia sulla formazione in salute

Angelo Stefanini.....131

NUOVI SGUARDI SULLE TECNOLOGIE IN SALUTE: una necessità contemporanea

*Emerson Elias Merhy, Laura Camargo Macruz
Feuerwerker*.....159

GLI AUTORI.....187

INTRODUZIONE

Nel corso delle ultime decadi l'interesse rispetto al tema della salute globale è progressivamente cresciuto, generando numerosi dibattiti in ambito internazionale. A che cosa si deve tutto questo interesse? Probabilmente, la risposta a questo interrogativo deve essere ricercata nella necessità di costruire un sapere nuovo rispetto alla salute, che si ponga come obiettivo quello di denunciare un circolo vizioso che, d'ora in avanti, non potrà più rimanere localizzato territorialmente. La questione si fa stringente, poi, se consideriamo il livello di salute della popolazione come un *proxi* di sviluppo sociale, capace di informarci sui livelli di equità e giustizia di una società.

Nonostante vi sia una significativa produzione teorica sul tema della salute globale, ancora non si è raggiunto un consenso condiviso su questo campo del sapere. Tutto ciò rende manifeste ancora una volta le dispute attualmente esistenti intorno a concezioni teoriche e declinazioni pratiche distinte. Tuttavia, è possibile affermare, con un certo grado di sicurezza, che l'oggetto di discussione della salute globale si avvicina a quello della salute pubblica, allo scopo di intervenire sull'agenda sanitaria sia a livello locale, sia a livello globale, con l'obiettivo di promuovere il diritto alla salute. Concentrando il proprio sguardo su problemi complessi, che richiedono specifici processi di

analisi, riflessione e capacità di scelta, la salute globale si è focalizzata sulla relazione tra la salute ed i propri determinanti sociali, sul significato di cultura, e sugli effetti prodotti dalle differenti istituzioni sulla vita delle persone.

In un contesto di politiche neo-liberiste, il concetto di diritto alla salute, nonché i sistemi sanitari nazionali, sono stati fortemente colpiti dai cambiamenti economici. Ciò ha determinato importanti ricadute sulle condizioni socio-sanitarie dei differenti paesi.

In generale, possiamo dire che la salute globale si costituisce come un insieme di saperi e pratiche finalizzato alla costruzione di un congiunto di strumenti analitici e strategie di intervento sulla realtà, allo scopo di comprendere maggiormente i processi che interferiscono nelle politiche sanitarie e nei determinanti sociali della salute. Contemporaneamente, si tratta anche di un sapere che discute gli aspetti relativi alla *governance* dell'agenda sanitaria, a partire da una prospettiva globale e di difesa del diritto alla salute.

Questo libro nasce con l'obiettivo di rappresentare uno spazio di dialogo e formazione in salute globale, per incentivare professionisti e studenti a discutere temi trasversali nell'ambito sanitario, oltre che offrire nuovi mezzi di lavoro applicabili nella pratica quotidiana di ogni realtà locale. Impegnati in una prospettiva pedagogica che si preoccupa di stimolare nuovi incontri e nuove esperienze capaci di produrre conoscenze inedite, i testi che compongono questa raccolta problematizzano la meccanica globale che indebolisce le forze di resistenza.

Si costituiscono come risposta effettiva e consistente al pensiero costruito nella modernità e alla sua insistenza sull'individuo e sullo stato-nazione, intese come figure territorializzate e con identità ben definite. È proprio a partire dalla problematizzazione ininterrotta che è possibile

liberare una sorprendente capacità di intervento, in grado di evidenziare le contemporanee tendenze regressive alla chiusura.

Dovendo affrontare nuove sfide, annunciate dalla trasformazione del profilo di morbi-mortalità della popolazione e dalla proliferazione delle disuguaglianze sociali, la prospettiva della salute globale, che emerge chiaramente dai testi di questo volume, enfatizza l'importanza di discutere l'interazione tra salute e fattori socio-economici, nonché i rischi contemporanei per la sostenibilità dei sistemi sanitari di tipo universalistico. Inoltre, viene sottolineata la necessità di ampliare gli spazi di partecipazione della società civile nella costruzione di uno spazio pubblico capace di rafforzare le resistenze.

La salute globale appare come un campo di razionalità aperta, che interagisce con contraddizioni ed incertezze, mettendo in connessione saperi compartimentati e molto spesso distaccati dalla realtà. Ciò rende possibile la produzione di un sapere nuovo, dirompente e decolonizzatore, che forza il dislocamento dei punti di vista. Si tratta di pensare il globale e agire nel locale e, alla stessa maniera, di pensare il locale e agire nel globale. Al contrario di praticare una razionalità lineare, o tecno-burocratica, questo modo di pensare la salute globale agisce producendo corto-circuiti nella logica prevalente in ambito sanitario, ponendo l'attenzione sulle relazioni di interdipendenza esistenti tra i fenomeni e tra i problemi. Sperimentare in questa maniera il quotidiano del lavoro in salute attiva una potenza trasversale: questo campo diventa uno spazio comune, aperto, che fa sì che un divenire-salute-globale si concretizzi, definendo una potenziale sanità comune, dotata di caratteristiche non-poliziesche e non militari, ma rizomatiche¹, processuali e costituenti.

¹ La metafora del rizoma è stata adottata da Gilles Deleuze e Felix Guattari per caratterizzare un tipo di ricerca filosofica che procede per

Infine, pare oggi impossibile pensare alla salute come ad un problema ristretto ad un territorio. Al contrario, la discussione di idee, lo scambio di esperienze tra realtà differenti e la cooperazione si sono costituiti come elementi chiave per indurre *spostamenti* nei modi di osservare e di intendere i problemi attuali dei sistemi sanitari, e gli effetti legati ai processi di globalizzazione. Tali pratiche funzionano da dispositivi catalizzatori di nuove forme di lotta per il diritto alla salute in tutto il mondo. I testi di questo volume indicano questo cammino: come occasione di dialogo tra realtà diverse, al fine di attivare nuovi desideri e resistenze. Si tratta di una scommessa etico-politica, implicata con la prospettiva della molteplicità e della differenza nella produzione del sapere in salute globale.

In questo volume sono riuniti sei testi che trattano il tema della salute globale. Il lettore avrà accesso ad un inquadramento generale del tema, che gli permetterà di comprendere le conflittualità che si pongono in questo scenario, nonché a una riflessione sintetica relativa agli effetti della globalizzazione sulla salute del singolo individuo e della società. Inoltre, verrà presentato il dibattito relativo alla salute globale nel contesto italiano e brasiliano, attirando l'attenzione del lettore sulle principali caratteristiche di questo sapere in ognuno dei due paesi. Infine, il libro fornisce una discussione relativa alle tecnologie in salute, sottolineando la processualità delle tecnologie leggere e il loro potenziale ruolo nella produzione di nuove forme di

multipli, senza punti di entrata o uscita ben definiti e senza gerarchie interne; questa è anche la prospettiva di scrittura e di interpretazione proposta in una delle loro opere principali, *Millepiani*, ovvero la seconda parte dell'*Antiedipo*, dedicato alla ricostruzione dei nessi profondi fra capitalismo e schizofrenia. In questa opera, Deleuze-Guattari contrappongono la concezione rizomatica del pensiero a una concezione arborescente, tipica della filosofia tradizionale, la quale procede gerarchicamente e linearmente, seguendo rigide categorie binarie ovvero dualistiche; il pensiero rizomatico, invece, è in grado di stabilire connessioni produttive in qualsiasi direzione.

relazione, sia nel piano della presa in carico, sia nell'ambito della militanza e dell'attivismo. Pertanto, questo libro è un invito ad analizzare il tema della salute globale, allo scopo di riflettere su uno specifico modo di intendere questo sapere, che valorizza il carattere processuale, creativo e comune del sapere stesso, capace di produrre cambiamenti nella realtà concreta e nel quotidiano dei sistemi sanitari.

Ardigò Martino, Cristian Fabiano Guimarães

SALUTE GLOBALE: uno scenario conflittuale

Angelo Stefanini

Chiara Bodini

Introduzione

Dalla metà degli anni Novanta, il termine 'salute globale' è stato ampiamente utilizzato da attori diversi che operano nel campo della salute, con significati tra loro differenti e talvolta contraddittori, divenendo rapidamente 'di moda' nelle scuole di medicina sparse per il mondo nonché tra i giovani medici in formazione. Nella maggior parte delle accezioni, il paradigma si riferisce all'impatto dei processi di globalizzazione sulla salute e sulle politiche sanitarie, letto alla luce della crescente interdipendenza e integrazione economica, politica e sociale tra capitali, beni, persone, concetti, immagini, idee. Globale si riferisce anche alla natura sovranazionale dei vincoli tra gli attori coinvolti, e dell'uomo con l'ambiente circostante.

In Italia, a partire dal primo decennio degli anni Duemila la salute globale è diventata (anche) la cornice entro la quale sembra riemergere, nella formazione medica così come in ambienti della sanità pubblica, una lettura dei processi di salute e malattia fortemente orientata al sociale

e all'insegna del paradigma della complessità (dunque necessariamente interdisciplinare). Si tratta di movimenti per lo più dal basso, animati da studenti, giovani medici e ricercatori, che hanno portato nel giro di pochi anni alla creazione di entità riconosciute (per esempio la Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale), ma ancor più al fiorire di 'germogli' di cambiamento culturale nel panorama della (formazione in) medicina.

La definizione di salute globale sviluppata in questo contesto dà dunque rilevanza a tappe storiche della salute pubblica come la Conferenza di Alma Ata, al concetto di giustizia sociale, alla responsabilità dei/nei processi di costruzione del sapere e dunque al ruolo sociale e politico delle Università e della produzione accademica. Questo in apparente contrasto con letture che, in sostanziale continuità con ambiti disciplinari di riconosciuta genesi coloniale (medicina tropicale), sono state negli anni più funzionali ad alimentare un florido mercato della formazione post laurea che a promuovere processi di rinnovamento del pensiero e delle pratiche in medicina.

La prima parte del capitolo tratterà una breve analisi delle forze, dei meccanismi e delle tappe storiche più recenti che hanno modellato quel "marchio", apparentemente "politicamente corretto", che è la 'salute globale', e quel complesso panorama di idee, istituzioni e interessi conflittuali che la governano in un ambito non soltanto "sanitario" ma dell'economia politica globale. La seconda parte darà ragione dei movimenti emergenti, descrivendone la genesi (contestualizzata alla luce dei movimenti sociali di fine secolo, nonché della riconosciuta crescente inadeguatezza della formazione medica e del paradigma biomedico che la informa) e analizzandone le pratiche, per aprire una riflessione sulle potenzialità di trasformazione professionale e (dunque) socioculturale.

Una genealogia della Salute Globale?

Come afferma Bodini (2014):

Ricostruire la genealogia dell'ambito 'salute globale' significa ... recuperare, oltre alla possibilità di uno spazio critico-riflessivo, anche retaggi ben più scomodi per ogni pretesa di rinnovamento, che ne segnano di fatto il tradizionalismo e spiegano perché, in molti dei contesti in cui è adottato, l'approccio di salute globale serve più a consolidare gerarchie e legittimare l'esistente che non a contribuire a un cambiamento di sorta. (BODINI, 2014, p.36)

Significa il racconto di una storia, e la definizione di un termine, salute globale, il quale, nonostante la sua non recente origine, soltanto da pochi anni è assunto agli onori di quasi-disciplina che dà il proprio nome a prestigiosi centri universitari e filantropici, periodici scientifici, ed edizioni speciali di consolidate collane editoriali. La sua popolarità potrebbe essere attribuibile alla sua facile applicabilità, per quanto in alcune circostanze sembri piuttosto un 'marchio' che un concetto posizionato; un'espressione di ampia portata e politicamente corretta per indicare qualsiasi programma che si occupi di salute con variabili che si collocano "al di sopra dei confini" degli stati nazione.

D'altra parte, tentare di delimitare entro confini riconoscibili, come fa una definizione, un termine apparentemente così evanescente e privo di contorni definiti è un compito arduo e, probabilmente, nemmeno sostanziale. Altri autori (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015; HUMANOSPHERE, 2014; KOPLAN, 2009; RETE ITALIANA PER L'INSEGNAMENTO DELLA SALUTE GLOBALE – RIISG, 2015)

si sono variamente cimentati nella mappatura delle sue diverse interpretazioni e usi.

L'interpretazione più diffusa identifica comunque la salute globale come un insieme di "problemi di salute" apparentemente nuovi e con caratteristiche legate al moderno processo della globalizzazione. Si discute di che cosa sia la salute globale, che forme assuma e come si modifichi a seguito dei nuovi rischi per la salute creati dalla globalizzazione. Soltanto di recente il dibattito si è allargato anche al CHI e al COME governi questo processo di trasformazione, quella che viene chiamata la *global governance* della salute. Ciò che oggi è importante conoscere, infatti, sono le forze che hanno influenzato e continuano a influenzare la salute e l'assistenza sanitaria: una sorta di storia dell'economia politica della salute globale. (KAY; WILLIAMS, 2009)

Uno dei temi più dibattuti, non soltanto nei suoi aspetti semantici e di riferimenti storici ma soprattutto per gli aspetti sostanziali che presenta, è la distinzione tra Salute Internazionale e Salute Globale. (BROWN; CUETO; FEE; 2006) È con la nozione dell' "aiuto allo sviluppo" nato dopo la II guerra mondiale che si identifica il termine di "Salute Internazionale", ampiamente utilizzato per riferirsi a interventi di organizzazioni sanitarie internazionali come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e degli stessi governi dei paesi più ricchi e industrializzati intesi a produrre miglioramenti di salute nei paesi poveri. I suoi obiettivi principali sono il controllo e la riduzione delle malattie infettive, la salute materna e infantile, e, soltanto di recente e in misura minore, le malattie cronic-degenerative. Si tratta di un approccio occidentalocentrico, con tratti a volte esplicitamente paternalistici e neo-coloniali, prevalentemente basato sul paradigma biomedico che utilizza lo strumento della medicina tropicale come risposta

ai problemi di salute dei paesi poveri. Nonostante tenti di mimetizzarsi dietro a eufemismi come "cooperazione sanitaria internazionale", l'approccio della Salute Internazionale tende tipicamente a denotare un flusso unidirezionale di "buone idee" e "buone intenzioni." (ILLICH; 1968) L'età della "salute internazionale" così connotata coincide anche con la Conferenza di Alma Ata (1978) che esprime la filosofia e la strategia finora più completa e articolata di come sia possibile promuovere il diritto alla salute attraverso un approccio fondato sulla partecipazione della comunità, la collaborazione intersettoriale e un'organizzazione comprensiva di Primary Health Care (PHC). Un Nuovo Ordine Economico Internazionale e la cooperazione internazionale sono punti cardine di questa nuova prospettiva.

La comparsa del termine salute globale nella letteratura scientifica risale agli anni '50. (BROWN; CUETO; FEE, 2006) Non c'è dubbio tuttavia che la sua crescente diffusione sia legata al rapido sviluppo del processo di globalizzazione economico-finanziario. La concomitante nascita di organizzazioni sovra-nazionali come l'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC) nel 1995, le cui connotazioni ideologiche neo-liberiste e di esplicito sostegno al potere delle industrie transnazionali hanno fatto sorgere movimenti popolari di protesta su vari fronti (come l'accesso ai farmaci essenziali, all'acqua e ai beni comuni a rischio di privatizzazione), ha grandemente potenziato il fenomeno. Il momento in cui avviene il "salto di paradigma" da Salute Internazionale a Salute Globale è presumibilmente riconoscibile con un anno ben definibile, il 1980.

Non è difficile identificare l'anno 1980 come il vero spartiacque temporale tra l'era keinesiana e la comparsa prepotente del neo-liberismo rampante. Nel 1979 l'ultra-

conservatrice Margaret Thatcher è eletta Primo Ministro della Gran Bretagna; nel 1980 fa seguito negli Stati Uniti Ronald Reagan. Insieme, questi due controversi personaggi rappresenteranno l'immagine della nuova ideologia e di un nuovo corso storico a cui tuttora, anche grazie alla caduta dell'impero sovietico, non sembra esserci alternativa; nelle parole della stessa Thatcher, "There Is No Alternative – TINA".

Nello stesso anno, con il forte sostegno del "complesso medico-industriale" (RELMAN, 1980) e delle maggiori organizzazioni filantropiche internazionali, esplode la reazione dell'accademia e dell'*establishment* medico all'ideale di una "salute per tutti". In un suo numero del novembre 1979, l'importante rivista *The New England Journal of Medicine* stronca la proposta di una PHC comprensiva che accolga le istanze partecipative e intersettoriali contenute nella Dichiarazione di Alma Ata (ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ - OMS, 2005) sostituendola con l'approccio più elitario della *selective* PHC, meno intrisa di pericolosi messaggi sociali (o "socialisteggianti") e più consona al "sentire" della professione medica più conservatrice. (WALSH; WARREN, 1979)

È sempre nel 1980 che esce in Gran Bretagna il *Black Report* sulle disuguaglianze socio-economiche in salute (TOWNSEND; DAVIDSON, 1982), un documento di una portata scientifica e politica talmente devastante che la stessa amministrazione dell'allora Premier britannico Margaret Thatcher decide sostanzialmente di occultare. Viene, infatti, distribuito soltanto all'interno degli uffici ministeriali e mantenuto in forma di basso profilo, finché la stessa commissione che lo aveva scritto decide di affidarne la pubblicazione a una importante casa editrice. È da questo momento che erompe la ricerca epidemiologica sulla

scottante questione delle disuguaglianze in salute e il tema dell'equità in salute diviene a tutti gli effetti oggetto delle scienze mediche e legittima materia di ricerca scientifica: è il momento dell'epidemiologia sociale.

Infine, ma con ancora troppa sottovalutazione del suo impatto sulla salute, il 1980 vede la Banca Mondiale entrare ufficialmente, anche se in sordina, nel settore sanitario. Per la prima volta, con un breve documento di indirizzo apparentemente innocuo (WORLD BANK, 1980), una "banca", per quanto "mondiale" pur sempre una banca, inizia a proporre la sua diagnosi dello stato di salute e dell'assistenza sanitaria nel mondo, a prescrivere le sue ricette e a diffondere valori e filosofie sul concetto e il significato della salute.

L'influenza "globalizzante" della Banca Mondiale sulla salute del pianeta si fa progressivamente sentire attraverso sia i programmi di aggiustamento strutturale (PAS) degli anni '80/'90 con cui i paesi poveri indebitati sono risucchiati nell'economia capitalistica del Nord, sia le nuove politiche sanitarie neo-liberiste a essi associate, precorritrici di una vera e propria "epidemia di riforme sanitarie." (STAMBOLOVIC, 2003) Questi due dispositivi politico-economici sono intimamente legati tra loro, si potenziano a vicenda e insieme hanno un profondo impatto sulla salute delle popolazioni del Sud del mondo. La Banca Mondiale diviene quindi in quegli anni il principale attore sulla scena della sanità internazionale (BUSE, 1944), scalzando addirittura l'OMS sia per entità del bilancio nel settore che per prestigio tecnico e politico. (EDITORIAL, 1993) Questo cambiamento di leadership nella *governance* della salute mondiale non preoccupa evidentemente i Paesi maggiori azionisti della Banca. Per essi, infatti, è molto più semplice imporre il proprio dominio economico sul Sud del mondo attraverso un'organizzazione di cui hanno il pressoché totale

controllo (come la Banca Mondiale), anziché dover passare sempre attraverso il vaglio delle altre agenzie delle Nazioni Unite (come l'OMS) dove ciascun Paese ha pari diritto di voto a prescindere dalla quota versata.

Globalizzazione economica e delle comunicazioni, caduta del socialismo reale, pensiero unico e fine della storia: dagli anni 90 è una nuova ideologia economica che si fa avanti, promossa a tutti i livelli: politico, economico, accademico, culturale e sociale. Al suo centro sta il processo di mercificazione e liberalizzazione del bene "salute". Alla progressiva perdita di leadership dell'OMS concorre la comparsa di nuovi soggetti e nuove regole che definiscono nuovi scenari di *governance*, come accordi commerciali regionali e globali (NAFTA North America Free Trade Agreement - FTAA - Free Trade Agreement for Americas - Unione Europea G7/G8) e una vera e propria organizzazione con sede a Ginevra, l'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC – WTO). In questo processo di progressiva "globalizzazione" della salute, l'OMC appare ormai come il degno prosecutore dell'opera della Banca Mondiale nell'assorbire i vari stati nazionali nel sistema capitalistico mondiale attraverso la facile esca dei vantaggi offerti dal "libero mercato". Con le prime proteste "globali" contro gli accordi promossi dalla OMC cominciano a emergere più chiaramente i meccanismi perversi con cui la salute viene mercificata e sacrificata a favore del profitto di pochi. Movimenti di massa erano già nati in reazione all'impatto negativo sulla salute delle politiche della Banca Mondiale e FMI come "50 sono abbastanza!" ecc, ma è soltanto con gli eventi di Seattle 1999 o Genova 2001 che, con la nascita dei "no global", la dimensione globale entra nel linguaggio e nell'immaginario dell'opinione pubblica. Il fatto che questa presa di coscienza abbia luogo abbastanza tardivamente rispetto all'inizio di questo processo di globalizzazione della salute e che varie definizioni di salute globale si succedano

senza fare emergere sufficientemente l'intrinseca problematicità del termine, si configura probabilmente come un possibile meccanismo di occultamento del reale processo di mercificazione e liberalizzazione del bene "salute."

La moderna economia-politica della salute ci mostra quindi come, più che di un insieme di malattie o condizioni nuove (o vecchie con nuove caratteristiche), la salute globale sia interpretabile come la cornice entro cui competono diverse concezioni del mondo e della salute che hanno concrete manifestazioni materiali e politiche e che sono sostenute da istituzioni e alleanze diverse: è quella che viene chiamata la *Governance Globale della Salute* (GGS). In questo senso, non è tanto la salute a essere globale (lo è sempre stata), è la sua *governance* che è costantemente guidata e strutturata da processi globali di mercificazione e liberalizzazione della salute. Questi processi sono facilitati dal fatto che la globalizzazione economica comprende concrete espressioni istituzionali e politiche collegate alla salute, segni dell'alleanza ideale tra neoliberismo e il modello biomedico che intensifica la portata e le dimensioni del sistema globale della malattia, limitando allo stesso tempo le capacità degli attori di rispondere efficacemente. È soltanto attraverso la comprensione del ruolo strutturale di questa economia politica globale della salute sempre più orientata al mercato che possiamo spiegare il divario tra i bisogni di salute dell'intero pianeta e la sua attuale *governance* globale.

Prospettive egemoniche nella Salute Globale

Oltre alle diverse interpretazioni e metafore proposte in questi ultimi anni e riassunte da Stuckler e McKee (2008) è utile rifarsi alle due prospettive egemoniche che pervadono il filone *mainstream* della salute globale: il modello biomedico e quello utilitarista. Esse ci forniscono la base teorica e pratica per comprendere come i vari attori si mobilitano e rispondono a particolari problemi di salute. (LEE, 2009)

Il modello biomedico

Il modello biomedico riduce la salute e la malattia al livello individuale, con il corpo inteso come una macchina fatta di parti (geni, organi, ecc) che può essere manipolato o riparato. Un tale approccio è in gran parte curativo, ma include anche un elemento preventivo (quali vaccini, screening e test genetici). Nella promozione della salute esso considera fondamentale il ruolo del comportamento o stile di vita dei singoli individui la cui scelta per la salute si assume essere fundamentalmente libera. L'intervento va quindi mirato principalmente al controllo o alla modifica del comportamento e degli atteggiamenti culturali del singolo individuo attraverso l'educazione, il *counselling* professionale e l'uso di vari incentivi mirati appunto alle singole persone. Gran parte del fascino di questa prospettiva deriva dai drammatici progressi tecnologici ottenuti nel trattamento medico nel corso dell'ultimo secolo, in farmacoterapia, chirurgia e altre aree. (BIRN; BENATAR; BROCK; 2011) Questo modello rappresenta il tipico approccio riduzionista alla salute tuttora prevalente nella formazione dei professionisti della salute. Esso ha indubbiamente portato benefici incalcolabili alla diagnosi e al trattamento delle

malattie, contribuendo alla comprensione fondamentale della biologia del processo patologico e al suo trattamento. Come la scienza ha fatto passi in avanti, così pure hanno fatto le attese di ciò che la cooperazione sanitaria internazionale può e deve raggiungere con i paesi poveri, che si continua a definire PVS con un termine tanto scontato (in un modo o nell'altro siamo tutti "in via di sviluppo") quanto fuorviante: chi e dove sarebbe l'autore e motore di tale sviluppo? L'argomento principale è che, con gli strumenti scientifici giusti, con la tecnologia moderna, gli interventi sanitari porteranno al miglioramento della salute della popolazione. Ciò che sarebbe necessario (e sufficiente?) sono le basi istituzionali e tecnocratiche per realizzare la cooperazione in questi settori a livello internazionale.

Questo è stato l'approccio dell'OMS anni 50-70. Le campagne di massa contro malattie come malaria e vaiolo, attraverso programmi di controllo "verticale", si sono in gran parte basate sulla disponibilità di tecnologie mediche (come insetticidi, vaccini, antibiotici). Tuttavia, grazie alle esperienze internazionali (NEWELL; 1975), che hanno poi portato alla Conferenza di Alma Ata e al movimento *Health for All*, parte della cooperazione sanitaria internazionale ha fatto suo il messaggio sociale e politico, oltre che di strategia di organizzazione dei servizi sanitari, contenuto nella Dichiarazione di Alma Ata. Grazie a ciò molte politiche di intervento hanno adottato approcci rivolti ai determinanti più strutturali della salute contribuendo al progressivo cambiamento del paradigma della salute internazionale. Come accennato sopra, questa rinascita della medicina sociale, tuttavia, si è rivelata di breve durata. Fin dai primi anni 1980, la PHC comprensiva aveva dato luogo a dibattiti sulla sua economicità in particolare nei paesi più poveri portando, all'interno della stessa famiglia della Nazioni Unite, a profonde divisioni nella politica sanitaria internazionale, guidata da rivalità potenti tra l'OMS e

UNICEF. Con l'intensificarsi delle pressioni sulla spesa sanitaria nazionale da parte dei governi - spinti da eventi come la crisi petrolifera e la recessione economica globale in un contesto di rapida ascesa del neoliberismo – ha avuto la meglio il supporto a interventi mirati, prevalentemente medici, la cosiddetta *Selective* PHC.

Dalla metà degli anni 1990, mentre i programmi verticali incentrati sul controllo delle malattie sono rimasti un appuntamento fisso nella cooperazione sanitaria internazionale, l'aumento dei finanziamenti è stato in gran parte rivolto allo sviluppo di soluzioni tecniche. L'ondata di partenariati pubblico-privati a livello mondiale (GPPP), per esempio, comprende un gran numero di accordi che cercano di sviluppare nuovi vaccini e farmaci. Allo stesso modo, iniziative come il Fondo globale per la lotta contro l'HIV / AIDS, la tubercolosi e la malaria, e il Piano di Emergenza del Presidente degli Stati Uniti per l'AIDS Relief (PEPFAR), tutti cercano di aumentare l'offerta tecnologica per il trattamento antiretrovirale nel mondo in via di sviluppo. La Bill and Melinda Gates Foundation, attualmente il più grande finanziatore della ricerca sulla salute globale, rappresenta probabilmente l'incarnazione più importante del modello biomedico in *governance* globale della salute. (BIRN, 2005) Il suo *Global Health Program* si concentra su: (a) l'accesso ai vaccini esistenti, farmaci e altri strumenti per combattere le malattie più comuni nei paesi poveri; e (b) la ricerca per lo sviluppo di soluzioni efficaci, convenienti e pratiche soprattutto per le malattie infettive, in particolare l'HIV / AIDS e la malaria. Queste due priorità riflettono la visione basata su una fede nella scienza biomedica che il maggiore rappresentante del filantropocapitalismo nell'era della globalizzazione ha delle grandi sfide della salute globale.

Nel complesso, la prospettiva biomedica è rimasta preminente nella cooperazione sanitaria internazionale, ed

è ben integrata nelle diverse forme e definizioni di *Global Health*. L'attrattiva singolare che questa prospettiva ha per i finanziatori e i loro elettorati di sviluppare e applicare interventi scientifici e tecnici per affrontare le principali malattie, rende improbabile grandi cambiamenti in questo trend. È innegabile tuttavia che i suoi limiti, in particolare la scarsa importanza data al processo di determinazione sociale della salute e della malattia, hanno probabilmente procurato più danni che i suoi indubbi, ma forse sopravvalutati, successi.

L' approccio utilitarista alla salute

L'economia dell'assistenza sanitaria è divenuta una questione politica fondamentale sia nei paesi industrializzati sia in quelli a scarse risorse. Come visto in precedenza, la contemporanea discesa in campo della Banca Mondiale nella sanità ha introdotto, dapprima nei paesi poveri ma in seguito anche nel mondo occidentale ricco dell'OCSE (SCHIEBER, 1995) un profondo cambiamento nelle politiche di finanziamento e fornitura dei servizi sanitari. *User fees*, esternalizzazioni dei servizi e finanziamenti privati hanno rappresentato le dure *conditionalities* contenute nei programmi di aggiustamento strutturale (SAP). Accanto al modello biomedico, la prospettiva *mainstream* della salute globale è caratterizzata da una forte vena di utilitarismo sotto forma di razionalismo economico nella crescente attenzione politica alle scelte allocative su specifiche questioni collegate alla salute.

L'utilitarismo può essere inteso come una sorta di "filosofia sociale" tesa ad attenuare in qualche modo l'individualismo economico del "tardo capitalismo." (TRECCANI, 1937) Gli utilitaristi ritengono che la giustizia sia non tanto attenersi a certi principi ma piuttosto ottenere

risultati desiderabili e minimizzare quelli indesiderabili, e cioè produrre il massimo bene per il maggior numero di persone (o quella che è chiamata la massima “utilità”). Nel settore sanitario è quindi necessario raggiungere compromessi tra risorse limitate e bisogni illimitati che massimizzino i benefici e minimizzino i costi per il maggior numero di persone (non necessariamente le più bisognose). È quanto si intende con l’espressione ormai di uso comune “ottimizzare le risorse”. Questa posizione è quasi universalmente diffusa oggi tra politici, economisti, e responsabili dei servizi sanitari e come tale, in assenza di un attento approfondimento di presupposti e valori che la sostengono, potrebbe essere accettata come semplice “buon senso” nonostante che “[p]olitiche che producono il massimo beneficio netto per la maggior parte della gente possono comportare costi terribili per le minoranze che vengono così trascurate.” (DRANE, 1990, p.566)

L’approccio utilitarista presenta considerevoli difficoltà di ordine etico soprattutto nella necessità di quantificare benefici e oneri allo scopo di compiere una scelta. Un esempio tipico di questa prospettiva è il *Global Burden of Disease* (GBD), progetto degli accademici della *Harvard University* in collaborazione con la Banca Mondiale e l’OMS. (MURRAY; LOPEZ, 1996) Il concetto di base consiste nel calcolo degli anni di vita guadagnati attraverso determinati interventi aggiustati secondo il grado di disabilità (DALY). (ANAND; HANSON, 1998) Nel calcolo di questa misura, ormai ampiamente utilizzata come strumento per pesare l’importanza relativa delle specifiche condizioni di salute, il valore più alto è dato agli individui, e ai loro anni di vita persi, economicamente più produttivi. Analogamente, ai giovanissimi e ai vecchi sono assegnati valori minori poiché’ considerati economicamente meno produttivi all’interno della società. Questa prospettiva è ovviamente in contrasto con l’approccio dei diritti umani, che assegna un valore

uguale a tutti gli individui, indipendentemente dalla loro utilità economica. L’economicismo introdotto dal GBD non riguarda quindi semplicemente il razionamento delle risorse per la salute, ma rappresenta il più ampio processo mediante il quale la salute è mercificata.

Un altro esempio importante di questa prospettiva è l’istituzione nel 2000 della Commissione OMS su Macroeconomia e Salute, composta da economisti leader a livello mondiale, esperti di salute pubblica, professionisti dello sviluppo e decisori politici sotto la guida del prof. Jeffrey Sachs (2002). Rinomato economista americano e docente alla *Columbia University*, il suo nome è tristemente associato alla cosiddetta “*shock therapy*” (KLEIN, 2008), nella Russia immediatamente seguente alla caduta del regime sovietico. Si tratta di un intervento che consiste nell’improvviso e drammatico cambiamento di politica economica che trasforma in pochi mesi una economia di stato in un libero mercato con totale e rapidissima privatizzazione delle imprese pubbliche (compresi servizi essenziali) e liberalizzazione dei mercati. Il costo per la salute della popolazione russa di un tale shock è stato stimato con cinque anni di speranza di vita persi dal 1991 al 1994 e milioni di morti in eccesso. (STUCKLER; KING; MCKEE, 2009) La lodevole conclusione e raccomandazione della Commissione di incoraggiare l’aumento degli investimenti in interventi sanitari efficaci per affrontare le principali malattie prende come punto di partenza una prospettiva economica utilitaristica esemplificabile nel principio di “Investire in Salute”, o meglio nelle tecnologie mediche che dovrebbero migliorare la salute, o meglio ancora nel *Medical-Industrial Complex*. Le prove portate dalla Commissione hanno avuto l’indubbio effetto di stimolare l’interesse e il sostegno al finanziamento della salute dei G8 concretizzatosi nella costituzione del Fondo Globale per la lotta all’HIV / AIDS, la malaria e la tubercolosi, nonché

l'inclusione degli obiettivi di salute nel Millennio Obiettivi di Sviluppo.

Se da una parte il maggiore impegno ad affrontare il problema della salute nel mondo è stato in gran parte benvenuto, dall'altra le organizzazioni della società civile hanno espresso forti preoccupazioni che l'uso del razionalismo economico finisca per dare priorità a determinati gruppi di popolazione a scapito di altri. Ad esempio, l'abbandono di lunga data delle strategie preventive e del trattamento dell'HIV/AIDS pediatrico è stato attribuito in parte alla preminenza accordata alle popolazioni adulte economicamente più produttive. In modo simile, l'utilitarismo economico ha fatto da base ideologica alla cosiddetta politica della "terza via" in salute globale che cerca di trovare una via di mezzo tra l'ala politica sinistra tradizionale orientata a un forte interventismo statale e quella destra identificabile con il *laissez faire* e il liberalismo di mercato. Nel campo della salute, un approccio del genere, apparentemente ibrido, ha finito per favorire soprattutto lo sviluppo del settore privato, sostenendo la rapida crescita dei partenariati pubblico-privati come risposta ai fallimenti percepiti da parte dello Stato e del mercato. Come dire, con il defunto presidente cinese Deng Xiao Ping nel tentativo di conciliare il socialismo con il capitalismo, 'Non importa di che colore sia il gatto, purché catturi i topi.' (LEE, 2009, p.31) Questo pragmatismo politico ha portato a partenariati pubblico-privati a livello mondiale che, con la motivazione di risolvere le inefficienze nel finanziamento dei sistemi sanitari o nell'accesso a farmaci per le malattie trascurate, hanno messo in crisi l'intero processo democratico di scelte delle priorità rivolto alla più equa distribuzione dei prodotti della ricerca.

È pertanto comprensibile che questioni cruciali circa la responsabilità, la trasparenza e la sostenibilità di

tali dispositivi di *governance* globale della salute possano e debbano essere sollevate. È evidente comunque che, nel complesso, queste spinte verso la liberalizzazione dei mercati nel campo della salute, le politiche a sostegno della collaborazione con l'industria e il settore privato e, non ultima, la vanagloria dei sempre più potenti filantrocapitalisti in salute globale riflettono l'ascesa costante e incrementale del neoliberismo in salute.

Tutto sommato, la prospettiva utilitaristica che è con prepotenza emersa nella salute globale si ritrova più o meno consapevolmente schierata con le priorità sanitarie identificate dai ministeri delle finanze, dalle banche di investimento multilaterali, dai governi donatori e dalle imprese multinazionali. Le implicazioni normative e allocative di questo posizionamento ideologico, che va inevitabilmente a favore di determinati problemi di salute o gruppi di popolazione rispetto ad altri, non possono non essere pienamente dichiarate.

In conclusione, la visione *mainstream* contemporanea della salute globale come sopra descritta è influenzata da prospettive diverse e, a volte, in competizione tra loro. Non è quindi sufficiente definire la salute globale semplicemente, come fanno i "giustificazionisti" come il prodotto delle forze negative, degli effetti collaterali o delle esternalità della globalizzazione. Ne' d'altra parte è sufficiente incriminare i determinanti strutturali della globalizzazione. È importante invece analizzare come le azioni collettive in risposta a queste forze sono influenzate e plasmate dall'interazione delle diverse prospettive sopra tratteggiate finendo per privilegiare determinati interessi, istituzioni e idee, e non altri. Questi problemi sono sintomatici di conflitti più profondi all'interno del processo di *governance* globale della salute tra prospettive concorrenti che, il più delle volte, restano implicite piuttosto che emergere chiaramente allo

scoperto. Abbiamo visto come due di queste prospettive - biomedicina ed economicismo utilitaristico, - dominano il dibattito contemporaneo e come sia necessario elaborarne una nuova. Come la salute globale venga problematizzata, a sua volta, dipende appunto da queste prospettive.

Si tratta di:

un paradigma che, superando il concetto di medicina tropicale prima e di salute internazionale poi, tenta di tenere insieme le componenti socioeconomiche, politiche, demografiche, giuridiche e ambientali della salute e dell'assistenza sanitaria, indagando il rapporto tra globalizzazione e salute in termini di equità, diritti umani, sostenibilità. L'adozione di una visione transnazionale permette di rileggere attraverso la lente della giustizia sociale le disuguaglianze di salute esistenti all'interno dei singoli contesti e tra paesi(...). (CIANNAMEO, 2014, p.114-115)

Questa è la ragione per cui una salute globale così posizionata assume connotazioni di attivismo e quanto si è generato a partire dalla 'salute globale' può essere descritto nei termini di un movimento sociale, recuperando quel significato originario con cui la sanità pubblica era nata e che l'ha condotta fin sulle barricate. (KRIEGER; BIRN, 1998)

Bibliografia

ANAND, S.; HANSON, K. DALYs: efficiency versus equity. **World Development**, v.26, n.2, p.307-310. 1998.

BODINI, C. Il personale (medico) è politico. **Salute globale e processi tras/formativi in Italia**. Tesi di specializzazione in igiene e medicina preventiva. Università di Bologna, 2014.

BROWN, T.M.; CUETO, M.; FEE, E., The World Health Organization and the transition from "international" to "global" public health. **American journal of public health**, v.96, n.1, p.62, 2006

BUSE, K. The World Bank. **Health Policy and Planning**, v.9, n.1, p.95-99, 1994.

BIRN, A.E.; BENATAR, S.; BROCK, G. **Addressing the societal determinants of health: the key global health ethics imperative of our times**. Global health and global health ethics, 2011, p.37-52.

BIRN, A.E. 'Gates's Grandest Challenge: Overcoming Technology as Public Health Ideology', **The Lancet**, n.366, p.514-519, 2005.

CIANNAMEO, A. **La migrazione del Chagas: costruzione biomédica e socio-politica delle malattie tropicali dimenticate**, Tesi di dottorato, Università di Bologna - Università di Tarragona, 2014.

DRANE, J.F. Justice issues in health care delivery. **Bulletin of PAHO**, v.24, n.4, p.566-578, 1990.

EDITORIAL. World Bank's cure for donor fatigue. **The Lancet**, n.342, p.63-64, 1993.

HUMANOSPHERE. 2014. Disponibile all'indirizzo: <<http://www.humanosphere.org/>>. Visitato il: 23 novembre 2015.

ILLICH I. To hell with good intentions. In **An Address to the Conference on InterAmerican Student Projects** (CIASP) in Cuernavaca, Mexico, April, v.20, 1968.

INSTITUTE OF MEDICINE. 2015. Disponibile all'indirizzo: <<http://www.iom.edu/Global/Topics/Global-Health.aspx>>. Visitato il 23 novembre 2015.

KAY, A.; WILLIAMS, O.D. Introduction: The International Political Economy of Global Health Governance, in: KAY, A.; WILLIAMS, O.D. (Eds) **Global Health Governance Crisis, Institutions and Political Economy**, Palgrave Macmillan, Basingstoke, p.1-24, 2009.

KLEIN, N. **The shock doctrine: the rise of disaster capitalism**. Author of no logo, 2008.

KOPLAN, J.P.; BOND, T.C.; MERSON, M.H.; REDDY, K.S.; RODRIGUEZ, M.H.; SEWANKAMBO, N.K.; WASSERHEIT, J.N. **Towards a common definition of global health**. The Lancet, v.373, n.9679, p.1993-1995, 2009.

KRIEGER, N.; BIRN, A.E. A vision of social justice as the foundation of public health: commemorating 150 years of the spirit of 1848. **American Journal of Public Health**, v.88, n.11, p.1603-1606, 1998.

LEE, K. Understandings of Global Health Governance: The Contested Landscape, in KAY, A.; WILLIAMS, O.D. (Eds) **Global Health Governance Crisis, Institutions and Political Economy**, Palgrave Macmillan, Basingstoke 2009, p.27-41.

MURRAY, C.J.; LOPEZ, A.D. **Global burden of disease**. Boston: Harvard University Press. 1996. Vol.1.

NEWELL, K.W. **Health by the people**. WHO, Geneva, Switzerland, 1975.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SALUTE – OMS, 2005, **Declaration of Alma-Ata**, 1978.

RELMAN, A.S. The new medical-industrial complex. **The New England Journal of Medicine**, v.303, n.17, p.963-970, 1980.

RETE ITALIANA per l'insegnamento della salute globale – **RIISG**, 2015. Disponibile all'indirizzo: <<http://www.educationglobalhealth.eu/it/salute-globale/9-global-health/247-riisg-definizione-di-salute-globale>>. Visitato il 23 novembre 2015.

SACHS, J. **Macroeconomics and health**. WHO, Geneva, 2002.

SCHIEBER, G.J. Preconditions for health reform: experiences from the OECD countries. **Health Policy**, v.32, n.1, p.279-293, 1995.

STAMBOLOVIC, V. Epidemic of health care reforms. **The European Journal of Public Health**, v.13, n.1, p.77-79, 2003.

STUCKLER, D.; MCKEE, M. Five metaphors about global-health policy, **The Lancet**, n.372, p.95-97, 2008.

STUCKLER, D.; KING, L.; MCKEE, M. Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis, **Lancet**, n.373, p.399-407, 2009.

TOWNSEND, P.; DAVIDSON, N. **Inequalities in health: The Black report**. Harmondsworth: Penguin Books, 1982.

TRECCANI. **Enciclopedia italiana**, 1937. Disponibile all'indirizzo: <http://www.treccani.it/enciclopedia/utilitarismo_%28Enciclopedia_Italiana%29/>. Visitato il 23 novembre 2015.

WALSH, J.A.; WARREN, K.S. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. **The New England journal of medicine**, v.301, n.18, p.967-974, 1979.

WORLD BANK. **Health sector policy paper**. World Bank, Washington DC, 1980.

GLOBALIZZAZIONE ED EFFETTI SULLA SALUTE

Ardigò Martino

La Salute Globale serve per promuovere la salute della comunità?

Molto frequentemente, discutendo di salute globale, i colleghi che si occupano di diseguaglianze in salute, di determinanti sociali o di salute collettiva, si interrogano sulle reali ripercussioni di questo campo del sapere nella vita della nostra popolazione. In effetti è sottolineato da più parti come il campo della salute globale sia stato interpretato da molte istituzioni universitarie e sanitarie come una ulteriore “moda”, un ottimo tema per solleticare il mercato delle pubblicazioni, o l’ennesimo business nella vendita di titoli universitari. D’altra parte il tema della globalizzazione non é innovativo; la globalizzazione non è un processo esclusivo della nostra contemporaneità. La storia dell’uomo è globalizzata fin da prima dell’apparizione degli ominidi. Nel corso dei millenni l’uomo ha colonizzato l’intero globo tanto che all’epoca delle grandi scoperte geografiche tutti i continenti erano già abitati. (DIAMOND et al., 2005) Bisogna però riconoscere che, benché la

globalizzazione non sia un fenomeno esclusivo dei nostri giorni, ogni fase della globalizzazione è caratterizzata da forze, agenti, attori, strutture e processi specifici rispetto alle fasi precedenti. (HOBBSAWM, 1995) Anche la fase attuale della globalizzazione presenta delle caratteristiche molto specifiche, alcune delle quali interferiscono in maniera inedita sui processi salute malattia attraverso una serie di elementi che non erano presenti nelle fasi precedenti.

La salute globale, quindi, dovrebbe riferirsi agli effetti specifici della globalizzazione contemporanea sulla salute delle comunità e degli individui. Però, dal momento che le fasi della globalizzazione non sono realmente discontinue, l'analisi degli effetti della globalizzazione non può prescindere dallo studio dei processi storici in cui tale processo si iscrive.

La globalizzazione, quale processo umano complesso, investe diversi piani, quali quello materiale, simbolico, politico, sociale ecc.; producendo una serie di effetti molto variegati sulle percezioni, sui sistemi simbolici, sui mondi morali, sui sistemi esplicativi, sulle relazioni e sui campi di forze; riconfigurando lo spazio fisico, politico e sociale così come le relazioni e le gerarchie tra gli stessi. (APPADURAI, 1996; LEE, 2003; HANNERZ, 1992)

Misurare e contrastare gli effetti negativi della globalizzazione sulla salute

L'analisi dei possibili effetti della globalizzazione sulla salute potrebbe portare ad una lista di fattori virtualmente infinita, dal momento che sia la salute, sia la globalizzazione investono aspetti della vita di individui molto diversi tra loro e che conducono le loro esistenze nei contesti più disparati. Chi si occupa di salute globale dunque, deve fare i conti con la complessità generata dalle intricate reti di relazioni che si

sviluppano nello spazio delle esistenze di individui il cui campo di azione coincide virtualmente o realmente con l'intero globo. Ne deriva allora la necessità di un approccio multiplo ed integrato ai processi della globalizzazione e ai loro effetti sulla salute. Per questo motivo, le metodologie di lavoro e di ricerca in salute globale dovrebbero svilupparsi attraverso un approccio trans-disciplinare, multi-metodologico, partecipativo ed auto-riflessivo. Partecipativo all'obiettivo di superare le barriere tra conoscenze accademiche, saperi prodotti nel quotidiano attraverso il lavoro degli operatori e le esperienze dei singoli individui. Ciò faciliterebbe il mutuo trasferimento di competenze e pratiche tra diversi attori sociali. Auto-riflessivo perché attraverso l'incontro è possibile de-naturalizzare il posizionamento etico-morale sia degli individui, sia dei campi disciplinari.

Pertanto, la salute globale non dovrebbe aspirare ad essere un campo teorico a se stante ma, proprio per adattarsi alla complessità dei processi della globalizzazione, deve poter transitare in diversi campi disciplinari, configurandosi come una prospettiva o un set di strumenti da riadattare di volta in volta alla specificità del contesto. In ogni caso un approccio descrittivo alla salute globale non è necessario dal momento che avrebbe uno scarso significato nella pratica di lavoro dei professionisti. I processi della globalizzazione si modificano rapidamente nel tempo e si manifestano diversamente in ciascun contesto geografico e sociale, in funzione delle caratteristiche acquisite localmente dai principali processi in atto a livello globale. Pertanto è più utile concentrarsi sulle peculiarità che questa fase della globalizzazione presenta, cercando di identificare quali sono i fattori principali che possono interferire con la vita delle persone e della comunità in modo che i professionisti possano poi ricercarne gli effetti nei loro contesti di lavoro quotidiano. Un altro aspetto della fase attuale della globalizzazione è che questa modifica una parte dei processi salute malattia

in maniera inapparente, specialmente a chi lavora nei servizi ed è abituato a trattare le fasi finali di tali processi. Chi è abituato a lavorare con la malattia ad esempio, può avere difficoltà nel percepire come le cause ed i fattori di rischio delle malattie stesse siano trasformati nel tempo proprio in funzione degli effetti della globalizzazione. Potremmo dire che i professionisti che lavorano nell'ambito della salute sono più abituati a lavorare con la malattia e le sue cause che con le "cause delle cause", quelli che potremmo definire come fattori strutturali determinanti della salute o della malattia. Al contrario, come vedremo più avanti, i processi che avvengono a livello micro e quelli che avvengono nei piani più macroscopici, non possono essere separati, dal momento che la mancata ricostruzione della rete di eventi che produce la malattia limita l'efficacia degli interventi sanitari, perché non rimuove le cause delle cause della malattia, e non fornisce informazioni sufficienti ai decisori politici, ai gestori e all'opinione pubblica per compiere le scelte informate su come proteggere e promuovere la salute a livello locale, nazionale e internazionale. Per questo motivo cercheremo qui di affrontare queste connessioni e di fornire informazioni sui processi macro che producono effetti a livello locale tenendo a mente che la maggior parte dei temi in analisi è ampiamente dibattuto in letteratura. Pertanto cercheremo qui di connettere i contributi provenienti da differenti discipline organizzandoli in modo da facilitare eventuali approfondimenti.

Globalizzazione ed interazioni micro-macro

Per quale motivo i professionisti che lavorano principalmente nella dimensione micro, in prima linea nell'erogazione dei servizi alla persona, dovrebbero occuparsi dei processi macro, internazionali e globali? Per rispondere a questa domanda possiamo partire proprio dal livello micro, dalle dimensioni della Salute e del Benessere con cui i professionisti sono chiamati a confrontarsi. Come ampiamente riportato nel secondo volume di questa collana, Salute e Benessere dipendono dalle percezioni, dai valori e dalle aspirazioni individuali e pertanto, come saggiamente ricordato dalla Carta di Ottawa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1987), non possono essere promosse senza aumentare il controllo che i soggetti hanno sulle loro vite.

Ma quanto delle percezioni individuali sono dovute alla singolarità degli individui, o quanto invece sono un prodotto della relazione degli individui con l'ambiente materiale, culturale e sociale in cui gli stessi sono cresciuti? E quanto del controllo che i soggetti hanno sulle loro vite dipende dalle loro volontà e capacità, o quanto da fattori esterni?

Se ci rivolgiamo alle teorie evolucionistiche, antropologiche, sociologiche e persino immunologiche possiamo rispondere che anche gli esseri umani come specie sono frutto di un lungo processo di interazione con l'ambiente e con altre specie. Questo processo è definito dall'antropologia fisica come "omizzazione", e nel corso dei millenni ha portato all'"uomo" attuale attraverso modificazioni morfologiche e fisiologiche. D'altro canto gli uomini hanno via via modificato l'ambiente proprio grazie alle nuove abilità acquisite nel processo evolutivo. Gli antropologi culturali e sociali, seguendo all'incirca le stesse

riflessioni, hanno utilizzato il termine “antro-poiesi” per indicare il processo di maturazione dell’individuo sociale e la sua capacità di interagire con competenza con altri individui, certamente non definita dal solo patrimonio genetico. Per questo motivo anche se il genotipo di un individuo è stabilito alla nascita, il suo fenotipo (ovvero l’insieme delle caratteristiche sia morfologiche sia funzionali) è costruito attraverso l’interazione tra individuo e spazio ecologico, sociale, culturale, politico in cui è immerso. Gli individui relazionandosi con altri individui nella comunità sono allo stesso tempo prodotti e produttori di azioni, idee, valori, simboli che concorrono a definire le scelte individuali e collettive, e con esse a determinarne le esistenze. In un contesto in cui i simboli, le informazioni e gli artefatti viaggiano liberamente e rapidamente da un luogo all’altro del globo, o non appartengono più ad un luogo specifico, è difficile definire quanto dei processi che strutturano gli individui siano un prodotto del livello micro e quanto del livello macro. Potremmo addirittura affermare che diventa sempre più remota la possibilità di definire una linea di demarcazione netta tra ciò che appartiene al livello micro e ciò che appartiene invece al livello macro.

L’analisi degli effetti della globalizzazione sulla salute pertanto non può procedere senza includere i soggetti, o separando i soggetti dall’ambiente in cui questi vivono, nonché separando i processi più prossimi agli individui da quelli più strutturali dei piani macro. Per esempio è facile intuire come lo stile di vita di una persona in condizioni di ristrettezze economiche dipenda dalla sua capacità soggettiva di produrre reddito attraverso il lavoro, ma dipenda anche dal mercato del lavoro in se. Allo stesso tempo la capacità di innovare e inventare degli individui fa sì che anche in un periodo di crisi una comunità riesca a produrre soluzioni inedite ai problemi emergenti. Tali soluzioni, se funzionali, possono avere ripercussioni anche

su grande scala. Pertanto, la separazione analitica dei piani micro, meso e macro, non è solo artificiale, ma nel campo della salute rappresenta un ostacolo alla comprensione dei fattori che influenzano la malattia, soprattutto delle “cause delle cause” nel contesto della globalizzazione.

D’altra parte la mutua interrelazione tra processi locali e globali e tra soggetto e collettivo è un patrimonio già acquisito in vari campi disciplinari. A partire dagli anni ‘60, per esempio, si comincia a comprendere quale sia la magnitudine dei processi di globalizzazione dello scenario internazionale. Con i progressi scientifici e tecnologici soprattutto nel campo delle comunicazioni e nei trasposti, si affaccia l’idea del “villaggio globale” introdotta da McLuhan (2011) nei primi anni sessanta. Già 30 anni più tardi, all’inizio degli anni ‘90, il villaggio globale di McLuhan è definito dall’antropologo svedese Ulf Hannerz come “*ecumene globale*.” (HANNERZ, 1992) Hannerz, così come altri autori, fa riferimento alla progressiva ibridizzazione delle relazioni tra comunità e geografie, in un contesto in cui i modelli esplicativi e i set di valori dei singoli individui diventano sempre più dipendenti dal luogo da loro occupato all’interno delle strutture sociali, e sempre meno da quello definito dalla geografia fisica. In questa serie di interazioni i sistemi simbolici di riferimento degli individui, e le pratiche che questi orientano, influenzano le inter-relazioni tra soggetti e tra gruppi sociali, producendo interferenze con i processi e le strutture sociali dei livelli meso e macro. Benché queste interazioni non siano deterministe, ne tanto meno obbediscano a leggi che le rendano prevedibili, vari autori rilevano l’esistenza di *pattern* di relazioni di forze che si ripresentano senza soluzione di continuità tra i livelli micro, meso e macro stessi.

Tra questi autori Harrè, all’inizio degli anni ‘80, produceva una interessante riflessione sui comportamenti individuali e su come questi, informati da valori comuni,

possano produrre comportamenti coordinati di gruppi di persone, con la conseguente produzione di differenti forme di collettività. Harrè definisce un primo tipo di aggregazione come “collettività tassonomiche.” (HARRÉ, 1981) In questi gruppi i comportamenti collettivi sono originati da insiemi di persone che possiedono sistemi di credenze, disposizioni e aspirazioni similari gli uni con gli altri, anche non esistendo necessariamente relazioni reali tra i membri stessi di un “collettivo tassonomico”. Le comunità tassonomiche sono pertanto definite più da chi le osserva che da chi le costituisce, in quanto sono grossomodo prive di struttura, nonché sottese quasi esclusivamente da processi sociali. Queste collettività suscitano un interesse di tipo analitico: sociologico, antropologico, storico, epidemiologico ecc. in quanto sono effetto di determinati processi sociali in atto in determinati contesti o epoche. La loro analisi, dunque, ci aiuta a svelare, decrittare e comprendere i processi stessi. Dall'altro lato, continua Harrè, esistono gruppi nei quali la collettività viene creata attraverso relazioni materiali tra i membri del gruppo stesso, come nel caso della famiglia, di una associazione, di un gruppo religioso ecc. Una collettività di questo tipo possiede una struttura, e normalmente si basa sull'individuazione di ruoli e di cariche specifiche che possono prevedere sistemi di delega e di rappresentanza. Alcune collettività strutturate sono così fortemente organizzate che possono addirittura configurarsi come “supra-individui.” (HARRÉ, 1981)

Senza voler entrare qui nel dibattito tra esistenzialismo, strutturalismo e post-strutturalismo, va comunque sottolineato che la nozione di struttura non deve essere confusa con le strutture di tipo fisico con cui i sanitari sono soliti relazionarsi. Per intendere meglio il significato del termine potremmo dire che mentre è possibile studiare un essere umano separandone l'anatomia dalla fisiologia, ovvero se è ancora possibile osservare organi ed apparati

anche quando questi hanno perso la loro funzione, questo non è possibile con il corpo sociale, dal momento che una società che abbia smesso di funzionare (in definitiva di riprodurre se stessa nel tempo) cessa in sostanza di essere. Venendo a mancare la distinzione tra struttura, processi e sistemi, non sorprenda che i termini possano essere utilizzati più o meno come sinonimi.

In certe condizioni, quindi, le collettività acquisiscono proprietà emergenti o specifiche configurazioni di forze che sono insite nell'organizzazione strutturale, e pertanto dipendono dalla miriade di relazioni tra gli individui che compongono la struttura stessa. Secondo Harrè, dunque, si manifestano due caratteristiche cruciali del collettivo: la questione della coerenza spazio-temporale, che definisce la necessità di un legame spaziale o temporale tra gli individui per poter generare una struttura collettiva (quantunque questa sia organizzata in forma di rete diffusa o di gerarchia, dal momento che le relazioni dentro al collettivo possono realizzarsi in forma asimmetrica o simmetrica); e la generazione di quello che Harrè definisce “supra-individuo”, con la conseguente produzione di una efficacia e di un potere causale.

Benché la definizione di “supra-individuo” si presti a considerazioni anche contraddittorie, l'interessante nella posizione di Harrè risiede nell'emersione di una efficacia causale e di un conseguente potere causale, che sono diversi dalla semplice somma dei singoli livelli di efficacia e dei poteri causali dei singoli individui. Il potere causale configura la manifestazione di nuove e specifiche forze che agiscono in un determinato campo sociale. Pertanto, le traiettorie di vita degli individui implicati nel campo stesso, così come le traiettorie della società come un tutto, dovranno essere valutate alla luce non solo delle interazioni tra individui, ma anche dalle interazioni tra individui e “supra-individui”

e dei “supra-individui” fra loro. Queste relazioni, ripetiamo non sono deterministiche ne tanto meno meccanicistiche, e le forze coinvolte nel processo sono dinamiche e mutevoli, ma i loro effetti sono rilevanti sia se consideriamo i livelli micro (le relazioni dentro una famiglia, o tra famiglie per esempio), sia se analizziamo le relazioni a livello meso (mercato del lavoro e concorrenza tra aziende, relazioni tra gruppi religiosi o partiti politici), sia se consideriamo i livelli macro (relazioni tra nazioni, gruppi multinazionali, mercato finanziario globale ecc). La distinzione tra “collettività tassonomiche” e “supra-individui” apre la strada all’analisi empirica delle interazioni micro-macro dal momento che l’interesse relativo alle interferenze tra i diversi piani risiede nell’effettiva presenza di forze che agiscono il campo sociale e non alla discussione teorica sull’esistenza stessa delle interazioni.

Quello che ci interessa in pratica non è discutere delle possibili influenze del macro nel micro o del micro nel macro, ma analizzare pragmaticamente quanto ed in che modo le traiettorie soggettive sono influenzate dai campi di forze locali e sovra locali e quanto ed in che modo le interazioni tra soggetti influenzano i campi stessi.

Bordieu attraverso le nozioni di *habitus* e di *campo* affronta direttamente questo tema, sottolineando l’importanza di approcciare soggetto e società come manifestazioni diverse di processi tanto intrecciati da non potere essere distinti. (BORDIEU, 1990) Per Bordieu il soggetto ed il campo sociale in cui questi vive si plasmano e strutturano a vicenda, e sono causa ed effetto l’uno dell’altro, escludendo la possibilità di una identità umana (e di un corpo) che sia assolutamente indipendente dalla rete di relazioni in cui è inserita e di un luogo, o campo, che sia indipendente dai soggetti che lo abitano. Inoltre sempre Bourdieu mette in risalto i legami tra le traiettorie

di individui e collettività con i processi storici, anche in questo caso in una duplice relazione di prodotti e produttori di paradigmi storici. Questo fa sì che le esperienze passate rappresentino una presenza attiva depositata in ogni organismo umano, sotto forma di biologia, di schemi, di percezioni, di pensiero e di azioni che, “tendono a garantire la *correttezza* delle pratiche e la loro costanza nel tempo, in maniera più affidabile rispetto a regole formali e norme esplicite.” (BOURDIEU, 1990, p.55)

La questione della riproduzione dei processi e delle pratiche attraverso *pattern* di relazione tra individui e collettivi è ripresa da Nancy Krieger attraverso la metafora dei frattali. (KRIEGER, 1994) I frattali sono figure geometriche la cui forma si ripete costantemente su scale diverse, ingrandendo o rimpicciolendo una sua qualunque parte si ottiene sempre una figura uguale all’originale.

Krieger utilizza questa metafora a rispetto delle mutue interrelazioni tra processi micro e processi macro, sottolineando, in continuità con Bourdieu, l’esistenza di *pattern* di relazioni di forza che tendono a riprodursi con costanza a tutti i livelli, manifestandosi semmai con modalità differenti in contesti differenti, ma riproducendo le stesse relazioni di subalternità. Per quanto detto, per esempio, quando una persona nel suo spazio quotidiano è oggetto di razzismo ad opera di altri individui è difficile separare nettamente le responsabilità degli individui dalle responsabilità dello spazio sociale in cui il razzista si è formato. Allo stesso modo è difficile separare gli effetti individuali dell’atto di razzismo da quelli sociali. In altre parole, gli atti compiuti a livello inter-personale hanno bisogno di un retroterra sociale per potersi realizzare, ed hanno effetti sul campo sociale in cui sono realizzati. Un atto di razzismo individuale, dunque, può difficilmente essere considerato un gesto isolato, e per questo ci aiuta

a studiare e comprendere modelli esplicativi socialmente legittimati. Le forze del campo sociale pertanto producono effetti trasversali tra i piani, influenzando le relazioni interpersonali nel micro, tra gruppi ed istituzioni locali nel meso, e tra istituzioni nazionali e internazionali nel macro. Il come ed il perché tali forze, e i modelli esplicativi che li legittimano, si siano installati nello spazio sociale dipende dalla storia di quello spazio, dagli eventi che hanno preceduto gli individui e dalle modalità con cui si sono incorporati negli individui stessi, ma anche dalle azioni che gli individui hanno arbitrariamente compiuto a partire dalle forze sociali. Pertanto la storia degli individui diventa parte della Storia dei popoli e la storia dei popoli dipende dagli atti compiuti dagli individui in un processo non determinista che può essere accuratamente percorso a ritroso, ma non oggettivato in prospettiva futura.

Autori come Legge (LEGGE, 2007) o Farmer (2006) costruiscono esplicitamente la relazione tra processi storici, politici e sociali, piani micro, meso, macro e Determinanti Sociali, prossimali e strutturali di salute. Usando come caso la malnutrizione, sottolinea Legge, oltre alla necessità di identificare le cause immediate della malattia (basso introito calorico o da comorbidità quali la malaria o la diarrea), bisognerà individuare i fattori che determinano queste condizioni (mancanza di sicurezza alimentare, o di interventi di bonifica ambientale), così come riconoscere le cause profonde della malattia (per esempio i fattori legati all'organizzazione politica ed economica). Un approccio settoriale, invece, oltre a rendere difficile la rimozione della cause profonde della malattia, perpetua la separazione tra medicina clinica e salute pubblica, con l'effetto negativo di promuovere una maggiore frammentarietà degli interventi.

Per i professionisti sanitari focalizzati sulla malattia, e sui suoi determinanti più prossimi, non sempre è facile cogliere quanto del carico di malattia che grava sui loro

pazienti sia correlato a processi sovra-locali. Come riportato da Legge, la separazione tra medicina clinica e *public health* produce professionisti abituati a focalizzarsi sui corpi malati, attraverso l'utilizzo di tecnologie che indagano i corpi nella loro biologia e fisiologia. La *public health* dal canto suo, indaga i processi e i contesti sociali, ma non aiuta a comprendere come la biologia stessa degli individui, sia influenzata dai processi sociali e vice-versa. I processi salute-malattia individuali e collettivi andrebbero invece descritti assieme ai *pattern* dei processi salute-malattia congiungendo così i livelli micro, meso e macro di breve e di lungo periodo, attraverso le biografie degli individui, dei gruppi familiari e della comunità e della storia della società. Per Farmer questi stessi processi si configurano come determinanti strutturali di salute, ed agiscono come attori strutturali della produzione diseguale di malattia, attraverso processi violenti di deprivazione di risorse simboliche, politiche, sociali, culturali e materiali. In questo senso il sistema sanitario, perpetuando, facilitando o al contrario contrastando specifiche forme di relazione sociale può essere valutato sia nella sua potenziale produzione di salute sia nella sua potenziale produzione di malattia.

La globalizzazione: ontologie, epistemologie e ruolo della medicina

La globalizzazione contemporanea è caratterizzata dal completamento o dalla fase finale di alcuni processi di lungo periodo, cominciati in epoche precedenti, anche molto distanti dal contesto attuale. Tali processi sono informati da valori fortemente sedimentati dentro ai contesti sociali e non sempre percepiti in maniera chiara ed esplicita all'interno dei gruppi in cui agiscono. Tra gli altri, un processo piuttosto rilevante è quello di "modernizzazione". La "modernizzazione", rappresenta un complesso intrico di

relazioni tra piani simbolici, riassetamenti delle relazioni tra classi sociali ed effetti materiali, ed è produttrice e prodotto di grandi forze sociali, economiche, politiche e militari in cui è possibile rintracciare le origini della globalizzazione contemporanea.

Per comprendere alcuni aspetti della fase attuale della globalizzazione dobbiamo pertanto compiere un lungo balzo nel passato e tornare nello scenario dell'Europa rinascimentale. In quel contesto, le prime scoperte scientifiche misero in discussione le teorie religiose sulla natura dell'uomo, del mondo e dell'universo, dando il via ad una serie di processi che trasformarono radicalmente gli assetti sociali a livello globale. In primo luogo, le rivoluzioni copernicana e cartesiana resero possibile l'epoca delle grandi esplorazioni geografiche, nonché assestarono un colpo durissimo ai processi di produzione della conoscenza basati sullo studio dei testi sacri. La scoperta delle "americane" non dimostrò soltanto che la terra non era piatta, ma anche che un intero sistema di relazioni sociali non era affatto dato, ne quantomeno immutabile. Questi processi portarono ad un radicale cambiamento degli assetti politici nello scenario europeo già nel 1700, in modo particolare con la Guerra di Indipendenza Americana e con la Rivoluzione Francese. Come giustamente riportato da Hobsbawm (1995), uno dei tratti distintivi di questi processi politici è rappresentato dalla saldatura tra idee di progresso sociale e progresso scientifico che costituirono la base per la nascita dello stato nazionale moderno. L'emersione del pensiero scientifico, dunque, rese possibile il cambiamento degli assetti sociali attraverso un portato simbolico estremamente radicale, l'idea che il metodo scientifico potesse illuminare il cammino dell'umanità verso un futuro migliore, favorendo l'emersione di conoscenze oggettive che avrebbero potuto guidare la ricostruzione di una nuova società, liberata da conoscenze false ed ingannevoli, causa di sofferenza degli

uomini e delle comunità. In questo contesto, dunque, si fece largo l'idea positivista di modernizzazione, legata al progresso, *in primis* scientifico e di conseguenza, culturale e sociale. L'emersione del pensiero positivista si è però accompagnata a processi di espansione coloniale, alla successiva rivoluzione industriale e all'ascesa di una nuova classe sociale, la borghesia. Il portato simbolico dell'idea di progresso è quindi fortemente ancorato ai processi coloniali, e ne è una delle caratteristiche portanti. La scoperta delle Americhe inaugurò un'epoca di avvincenti esplorazioni del globo terrestre, finanziate dai regni europei con l'obiettivo di espandere economicamente (e quindi anche militarmente) il potere dei loro governanti. La scoperta di nuove terre servì quindi ad espandere le rotte commerciali anche attraverso la conquista militare di nuovi territori. Il costo dell'esplorazione fu dunque giustificato dalle prospettive politiche ed economiche. Nel processo di espansione le nazioni coloniali incontrarono popoli considerati non altrettanto "progrediti" e non civilizzati. Thomas Babington Macaulay, a proposito della colonizzazione inglese dell'India, sosteneva per esempio:

non ho mai trovato tra di loro (i sostenitori delle tradizioni indiane) chi possa negare che un singolo scaffale di una buona libreria europea valga l'intera letteratura nativa indiana e araba. (MACAULAY, 2002, p.5)

La borghesia ed i regnanti necessitavano in egual misura delle nuove forme di produzione della conoscenza attraverso la scienza. La prima perché necessitava del progresso scientifico per sostenere l'espansione del commercio, la meccanizzazione della produzione, e con essa il consolidamento del processo di industrializzazione; i secondi perché necessitavano di scienza e tecnologie per

l'esplorazione di nuovi territori, per la loro conquista, il loro controllo ed il loro sfruttamento.

Gli immensi utili provenienti dalla colonizzazione stimolarono la rivoluzione industriale che a loro volta produssero investimenti in ricerca scientifica e tecnologica. Questi facilitarono la produzione di macchine atte a sostituire la forza lavoro umana e animale nella produzione industriale, influenzando così la disponibilità ed il costo di manufatti.

Lo sviluppo di tecnologie militari, terrestri e marittime consentì inoltre un vantaggio decisivo nella conquista e nella difesa dei nuovi territori.

La saldatura tra progresso, modernizzazione, industrializzazione e colonialismo mediate dalla scienza, fu dunque una delle caratteristiche principali della fase precedente a questa globalizzazione e fu responsabile per le grandi trasformazioni sociali interne ai paesi coloniali e delle relazioni tra stati e aree geografiche.

Industrializzazione e colonialismo presentarono alla scienza un altro problema, mantenere in buona salute i lavoratori delle fabbriche falcidiati dalle scarse condizioni igieniche e dalle precarie condizioni di vita nelle città in rapida urbanizzazione (ROSEN, 2015), nonché i coloni afflitti dalle malattie tropicali o dalle patologie correlate alle dure condizioni di vita nelle colonie. (LIVINGSTONE, 1999) Venne così richiesto alla nascente medicina di supportare il processo di modernizzazione, attraverso conoscenze certe, efficaci e ripetibili. Alla fine dell'800 la colonizzazione stimolò la ricerca di una standardizzazione delle cure mediche e della formazione dei professionisti. Negli USA per esempio la Carnegie Foundation, commissiona ad Abraham Flexner uno studio sull'educazione medica negli Stati Uniti ed in Canada poi pubblicato nel 1910. (COOKE, 2006) Sulla base delle scoperte della scienza medica del

tempo, Flexner adottò il nascente modello biomedico come base per la formazione dei professionisti sanitari. Il *Flexner Report* riassume il crescente rilievo del modello biomedico nel contesto dei paesi coloniali tanto che questo divenne rapidamente la base epistemologica dei nascenti ministeri della salute in un contesto storico in cui i compiti dello stato riguardavano più la protezione del collettivo attraverso la restrizione delle libertà individuali che il contrario. I primi abbozzi di sistemi sanitari, infatti, furono rappresentati da organi di vigilanza che si occupavano di monitoraggio epidemiologico, interventi di sanificazione ambientale, e controllo delle epidemie e delle malattie infettive. Queste funzioni furono avocate soprattutto ai ministeri dell'interno, ed eseguite attraverso organi giudiziari e di polizia.

L'approccio normativo della scienza medica ha avuto senza dubbio una grande efficacia in un contesto in cui le principali cause di morte erano infettive o dovute a fattori esterni agli individui. Le prospettive moderniste perdurano oltre il termine del periodo coloniale stesso e culminarono nelle aspettative di "sviluppo" della seconda metà del 900. Nello scenario degli assetti politico-economici emersi dalla seconda guerra mondiale, la modernizzazione si connotò ancora come il maggior progetto di sviluppo culturale e sociale, questa volta agganciato al concetto di crescita e sviluppo economico del nascente stato nazionale di stampo novecentesco. (MARTINELLI, 2005) L'affermazione dei diritti, a partire dagli abbozzi di diritti portati alla ribalta della scena politica e sociale dalla rivoluzione americana e dalla rivoluzione francese, si affermarono sul piano internazionale, prima attraverso la società delle nazioni e, subito dopo la seconda guerra mondiale, attraverso le Nazioni Unite e le rispettive agenzie. Gli effetti della modernizzazione quindi si manifestarono su più piani, da quello materiale a quello giuridico-politico, a quello economico e sociale e culturale.

Sul piano materiale, l'industrializzazione e la meccanizzazione hanno aumentato la disponibilità di alimenti, beni e manufatti, abbassandone il costo e facilitando l'accesso ad un numero crescente di persone. Allo stesso tempo grandi masse di popolazione si sono progressivamente affrancate dalle economie agricole di sussistenza entrando nel mercato economico sia come produttori, sia come consumatori. Dove questi processi si sono istallati con maggiore forza gli indicatori demografici hanno cominciato a trasformarsi molto rapidamente, con un aumento dell'aspettativa di vita e la diminuzione della mortalità infantile. Queste trasformazioni nella demografia e nel ruolo dei soggetti contemporaneamente presenti nello spazio sociale come cittadini titolari di diritti, produttori e consumatori, ha definitivamente modificato le relazioni tra classi sociali, favorendo l'affermazione del modello di stato moderno.

Anche di fronte a questi risultati manifesti, sul piano culturale però la modernizzazione non può essere svincolata dal colonialismo e dal processo di occidentalizzazione forzata frutto di campagne militari. La modernizzazione di fatto rimanda, nel bene e nel male, alla retorica dello sviluppo dei paesi colonizzati che ha accompagnato i processi coloniali. Pertanto il progresso così definito è l'affermazione di una specifica visione del mondo, coerente con la storia e i processi sociali locali appartenenti ad un area globalmente non rappresentativa, ma universalizzata attraverso le relazioni di potere. (FANON, 1967)

L'associazione modernizzazione e "occidentalizzante" diventa un punto di riflessione cruciale nella fase attuale della globalizzazione, in cui la riduzione del peso politico economico sociale e culturale dell'occidente lo costringe, suo malgrado, a riflettere sulla centralità e sull'universalità dei suoi valori, compresi i Diritti Umani Fondamentali. (SEN, 2002)

A questo proposito, il mondo sanitario si scopre in una posizione molto delicata. Infatti, la misura della salute è una delle strategie cardine per la valutazione dello sviluppo umano, dal momento che le misure rispetto all'aspettativa di vita, alla mortalità infantile ecc. sono costantemente usate come indicatori oggettivanti del progresso sociale, economico, politico e culturale di una nazione. Questi indicatori dunque, non sono affatto oggettivi, ma carichi di simboli, significati e valori non necessariamente condivisi dalle popolazioni che dovrebbero rappresentare. La salute, inoltre, rappresenta uno dei Diritti Umani Fondamentali da affermare universalmente, quindi diventa particolarmente importante analizzare le tensioni prodotte nell'incontro tra i sistemi esplicativi locali ed i sistemi simbolici trasportati attraverso i diritti.

L'affermazione dei diritti, delle libertà e dell'emancipazione dell'umanità dunque non può avvenire semplicemente per via giuridica, dal momento che deve ancora chiudere i conti con il processo di espansione egemonica delle società "occidentali". Se la modernizzazione industriale è intrisa di dispositivi sociali che accompagnano la razionalizzazione della produzione (positivismo, secolarizzazione, burocratizzazione, produttività, individualismo, auto-affermazione e libera scelta), allora la scienza (e con essa la medicina), quale prodotto specifico di una cultura e di un contesto sociale e politico, deve riflettere sulla sua capacità di dare risposte universali in uno scenario che progressivamente diventa sempre meno occidentalocentrico.

In fine, lo sguardo scientifico sul mondo, scoprendosi tutt'altro che neutrale, ma legato a doppio filo al capo di tensioni sociali in cui è inserito, deve apprendere a riflettere su quali siano le conseguenze sociali e politiche di determinate forme di lettura della realtà.

Per quanto detto fin ora, infatti, la scienza medica non può essere sicura a priori di non essere catturata dalle forze del campo sociale in cui è inserita per essere usata come uno strumento per la negazione dei diritti. La stessa pretesa di oggettività, in un contesto critico di dispute sociali, diventa uno strumento per la repressione delle soggettività e delle diversità, proprio nel momento in cui la perdita di centralità dell'occidente produce una riemersione di istanze universaliste che passano per la riaffermazione delle differenze e dell'equità nel riconoscimento della diversità.

La globalizzazione: determinanti e determinazioni di salute

Dopo quanto trattato nei paragrafi precedenti è finalmente possibile comprendere l'ampiezza e la diversità degli effetti della globalizzazione sulla salute. Come riportato nell'illustrazione 1 i determinanti, o determinazioni, di salute legati alla globalizzazione possono essere riassunti in alcuni macro gruppi: le trasformazioni e riconfigurazione dello spazio (geografico, sociale, politico ed economico); le trasformazioni degli universi simbolici e dei mondi morali che influenzano la relazione tra individui; il mercato globalizzato di merci, servizi, artefatti; l'aumentata mobilità di lavoratori, turisti, migranti; le nuove modalità di produzione e diffusione delle informazioni; le nuove forme di *governance* installate nei territori fisici e sociali. Questo tipo di rappresentazione è utile a fini didattici e ci consente di costruire una griglia concettuale per riflettere sui fattori che possono influenzare i processi salute malattia sui nostri territori. Come tutte le semplificazioni, però, questo tipo di rappresentazione tende a produrre una descrizione frammentata di processi che, invece, nella realtà sono tanto interdipendenti da non poter essere separati. Per

questo motivo è molto più utile focalizzarsi sui processi, verificando come la globalizzazione modifichi le relazioni tra individui, tra individui e comunità, tra individui e luoghi fisici e sociali. E' in queste interazioni che si producono le interferenze con i processi salute malattia. Gli elementi che principalmente producono trasformazioni delle relazioni possono essere raggruppati in quattro assi principali: le innovazioni scientifiche e tecnologiche nel campo dei trasporti (JANELLE; BEUTHE, 1997) e delle telecomunicazioni (CASTELLS; UNITED NATIONS RESEARCH INSTITUTE FOR SOCIAL DEVELOPMENT., 1999) (hanno effetti sia sui flussi di informazioni, merci, beni, servizi e artefatti, sia sui flussi di persone); l'aumento delle disuguaglianze tra gli stati e dentro agli stati (influenzano direttamente la salute degli individui, le forze che influenzano la riorganizzazione dei territori fisici e sociali, nonché i flussi di persone) (BLACK; NATALI; SKINNER, 2005; BATISTA, 2013); il cambiamento del ruolo dello stato nazionale nel contesto globalizzato e l'emersione di una serie di attori trans-nazionali pubblici o privati capaci di interferire con le politiche nazionali che modifica la *governance* sui territori (TSOUKIS; GEORGE; AGIOMIRGIANAKIS, 2004; KAWACHI; WAMALA, 2007); l'accesso al mercato del lavoro e la relazione tra lavoro e mercato. Come detto, gli effetti di queste trasformazioni sulla salute non possono essere racchiusi in un elenco, dal momento che sono tanto ampi e variegati quanto le condizioni tipiche che è possibile riscontrare nell'incontro tra processi della globalizzazione e processi del territorio.



Flussi e integrazione, come precedentemente esposto, sono strettamente correlati al processo di modernizzazione, sostenuti dalla rivoluzione delle comunicazioni (e quindi dell'informazione), dei trasporti di cose e persone, mediati da forze globali e insite in processi economici e politici globalizzati realizzati attraverso agenti, istituzioni e idee anch'essi globalizzati. Le rivoluzioni scientifiche e tecnologiche hanno radicalmente modificato l'idea e l'esperienza di tempo, distanza, spazio e comunità producendo nuove forme di socialità e di immaginario sociale, facilitando l'adozione di nuovi valori e ideali globalizzati. Questi concetti hanno acquistato significati profondamente differenti per grandi masse di popolazione, modificando le interazioni tra individui, gruppi e ambiente. L'integrazione ha reso disponibili su larga scala merci, servizi, lavoratori, che si sono accompagnati a desideri, abitudini di consumo, sistemi simbolici ed esplicativi. In questo modo per la prima volta nella storia dell'umanità il "villaggio globale" di Mc Luhan è diventato esperienza del quotidiano di miliardi di persone, attraverso un mercato economico-

finanziario globale, sostenuto da una società di produttori e consumatori quasi del tutto unificata che stimola ulteriore integrazione attraverso la riorganizzazione della produzione, della distribuzione, del consumo e dell'accesso al consumo di beni, servizi e informazioni. Effetto pratico dell'integrazione è la trasformazione delle reti di interazioni, che sono diventate sempre più complesse, indipendenti e de-territorializzate. Le interazioni riguardano ogni aspetto della vita, e investono individui, gruppi, simboli, oggetti, istituzioni e dispositivi sociali.

Tutto, nello spazio globalizzato, interagisce e si riconfigura. Le possibili riconfigurazioni globali e locali dei simboli producono assetti inediti, imprevedibili e non sempre evidenziabili senza una analisi specifica.

Le interazioni e l'integrazione modificano profondamente le caratteristiche dello spazio e del territorio. Il locale, come anticipato nel paragrafo precedente, non è più un luogo omogeneo, identificabile con i suoi confini geografici. I territori vengono piuttosto definiti dai flussi che li attraversano e dalle modalità degli incontri che in essi si realizzano. Il geografo Milton Santos suggeriva al riguardo l'adozione di un concetto di locale come di "territorio delle esistenze." (SANTOS, 2006) Tale concetto può essere meglio compreso attraverso lo studio delle continue interazioni e incontri tra geografia fisica e geografia sociale che definiscono i valori, le funzioni e l'utilizzo del territorio stesso. In una contemporaneità caratterizzata dalla fluidità, dalla interdipendenza e dalle integrazioni, i territori sono anch'essi fluidi, interdipendenti ed interagenti. Gli incontri e le riconfigurazioni prodotte dai processi di globalizzazione generano campi di forze simbolici e materiali che prescindono dalla geografia fisica e possono generare stratificazioni di territori esistenziali nel medesimo spazio geografico. In altre parole se il territorio è il luogo generato

da persone che si incontrano, interagiscono, amano e producono vita, allora, come nel caso delle comunità virtuali negli spazi dei *social network*, gli effetti materiali sulle vite delle persone sono indipendenti dalla materialità e dalla geografia del territorio. Allo stesso modo un spazio geografico sarà abitato, usato ed attraversato in forma differente da differenti gruppi di persone, e per questo acquisirà un significato, un valore emotivo e una funzione differente per ogni gruppo e tipologia di uso. Pertanto, nello spazio *locale* emergono diversi luoghi culturali e sociali che dipenderanno dai flussi informativi e di persone che in esso si configurano. Lo stesso quartiere, lo stesso condominio, lo stesso appartamento, abitati ed attraversati da oggetti esposti a flussi informativi differenti, che configurano le loro relazioni in forme altrettanto differenti, producono una moltitudine di luoghi nello stesso luogo; e lo stesso luogo in luoghi differenti. La costruzione del luogo come *locus* di interazione tra soggetti facilita anche l'analisi del luogo per eccellenza della globalizzazione, lo spazio sovra-nazionale. Lo spazio sovra-nazionale popolato dalle compagnie multi-nazionali, dalle istituzioni trans-nazionali e dai processi globali, non possiede un territorio geografico proprio, rappresenta un luogo virtuale, fuori dalla portata degli individui, ma che esercita effetti materiali negli spazi geografici, ecologici, culturali e sociali intra-nazionali.

La mobilità di cose e persone non può essere separata dai flussi di simboli e sistemi esplicativi agganciati ad essi. A livello locale gli effetti materiali, culturali e sociali dei flussi di cose e persone dovrebbero sempre essere valutati congiuntamente. Come ricordato nel paragrafo precedente, sono questi fattori e questi processi che, interagendo localmente, definiscono le caratteristiche delle riconfigurazioni specifiche di ogni territorio. Mode, stili di vita, conflitti culturali e sociali, trasformazioni delle mutue rappresentazioni, modificazione dei territori sociali e dei

flussi di cose e persone dovrebbero essere sempre analizzati congiuntamente ai profili epidemiologici della comunità.

Le tecnologie, insieme alla liberalizzazione dei mercati, definiscono un altro fattore specifico di questa globalizzazione, la crescita del commercio dei servizi. Il commercio dei servizi, per loro natura scarsamente dipendenti dal luogo di produzione, associato alle tecnologie informatiche e alla diffusione di internet, ha prodotto una serie di riconfigurazioni specifiche in vari campi. La crescita progressiva del commercio dei servizi rispetto alla produzione industriale manifatturiera, rappresenta, in primo luogo, una profonda trasformazione del campo di forze economiche, che modifica la distribuzione di rendita e con essa la distribuzione delle forze del campo economico (vedasi l'ascesa di Microsoft, Google, Facebook, Twitter, Amazon, Ebay e Alibaba).

Tra i servizi vanno annoverati anche quelli finanziari che hanno costituito un mercato in costante ascesa, tanto che il volume di risorse impegnato in questo settore ha addirittura superato la produzione economica reale, contribuendo al trasferimento di parte consistente del PIL mondiale dal piano materiale, ancorato allo stato nazionale, a quello virtuale dello spazio sovra-nazionale. Il fatto che la produzione di reddito sia oggi giorno indipendente da un territorio e dalla sua specifica economia incide fortemente anche sugli equilibri di forze tra gli attori economici, soprattutto nella relazione tra lavoro e capitale e tra produzione e consumo. A livello macro, come detto, il mondo globalizzato diventa progressivamente meno occidentalocentrico con una progressiva periferizzazione dell'Europa, legata anche ad una diminuzione relativa della centralità della sua popolazione sia in termini di consumo, sia di produzione, verso l'Asia ed in particolar modo la Cina. Lo spostamento del campo di forze ha ricadute politiche, militari, economiche, sociali, e culturali.

Dall'età degli imperi (HOBBSAWM, 1995) così come definita da Hobsbawm, l'Europa ha costruito il benessere dei suoi cittadini, e quindi la sua stabilità politica, attraverso lo sfruttamento delle risorse dei continenti colonizzati. La riduzione di questa centralità, pertanto, si configura come un cambiamento strutturale delle condizioni economiche di questo blocco di paesi.

Il cambiamento dei centri di forza rappresenta un cambiamento nei centri di produzione culturale e sociale, che contribuisce in maniera sostanziale alla ridefinizione dei progetti di "universalizzazione", fino ad ora frutto di processi coloniali e dell'eredità di due guerre mondiali. E' dato sempre meno per scontato che i diritti e la democrazia europea siano il frutto di un processo positivo di produzione oggettiva di diritti da universalizzare, soprattutto in un contesto in cui lo stato nazionale mostra tutta la sua fragilità ed i suoi limiti rispetto alla capacità di affermare e difendere questi stessi diritti. Ne consegue una trasformazione sostanziale delle percezioni locali relative ai valori sottesi dal diritto alla salute e dai diritti sociali così come si configuravano nello stato novecentesco; rispetto a quali devono essere i ruoli e i compiti dello stato nell'affermazione di quest'ultimi, compreso il diritto alla salute, e le possibilità materiali che i sistemi di protezione dei diritti hanno per garantire i diritti stessi.

A livello micro, invece, la trasformazione della produzione e del consumo ha modificato le relazioni centro periferia, sempre meno configurati come rapporti geografici, e sempre più definite dall'accesso al consumo attraverso il lavoro salariato, e quindi alla produzione. Questo elemento contribuisce ad una ulteriore ridefinizione dei territori. Attraverso le variazioni delle mappe dell'economia e della finanza, infatti, si trasformano anche le mappe della ricchezza e della povertà, che perdono progressivamente

i loro connotati coloniali del secoli XIX e XX, legati alle diseguaglianze tra nazioni, ed acquistano la connotazione contemporanea di diseguaglianze interne alle nazioni, e agli spazi urbani.

Restando a livello micro, le tecnologie dei servizi hanno avuto come ulteriore effetto quello di modificare le relazioni tra impresa, lavoratore e consumatore (siti per acquisto di beni e servizi *on line*, distributori automatici ecc), trasferendo parte dei costi di produzione direttamente sul lavoro gratuito del consumatore, modificando quindi la relazione di dipendenza tra lavoratore e impresario. Gli effetti di questo processo sulla salute sono di 2 tipi: da un lato, la sottrazione della centralità del lavoratore nella produzione, con tutti gli effetti sui determinanti di salute relativi al lavoro, al reddito e alla stabilità dell'impiego che ne derivano; dall'altro la trasformazione delle modalità di accesso alle prestazioni sanitarie, dal momento che produttori di beni e servizi e consumatori possono incontrarsi senza la necessità di mediatori (nello specifico i sanitari, ed i sistemi di regolazione statali). A causa di questi processi i servizi sanitari sono diventati accessibili direttamente *on-line*, sia che si tratti di servizi veri e propri, sia che si tratti di contenuti pubblicitari. Chi possiede un accesso al web può facilmente accedere a contenuti sanitari su siti specializzati curati dalla comunità scientifica, a siti che forniscono contenuti sanitari a scopo commerciale (a pagamento o attraverso la pubblicità), ma possono anche ricevere informazioni ed acquistare presidi sanitari (farmaci, apparecchiature, tecnologie) che riceveranno poi attraverso i servizi postali. Oppure possono anche acquistare direttamente prestazioni sanitarie che saranno erogate in paesi dove le regolamentazioni sono più permissive, o i costi sono più accessibili (casi esemplari sono la chirurgia estetica e le cure odontoiatriche). Come riportato precedentemente, prodotti, artefatti e servizi,

seguendo i flussi di informazione, viaggiano attraverso le frontiere, così come le persone.

Le influenze sui sistemi simbolici e valoriali operate dai flussi di informazione globale interferiscono con i desideri e le identità a livello locale. Pensando ai servizi e ai presidi sanitari quindi, possiamo facilmente comprendere come la domanda di servizi, tecnologie e prodotti sanitari noi sia definita solo dalla scienza medica, ma dalle infinite ricombinazioni di informazioni, significati e simboli che i soggetti ricevono e producono nel corso della loro vita. Così, la malattia, nonché la domanda e l'offerta che gravitano intorno al tema della salute si de-territorializzano, per via dell'aumentata circolazione dei fattori di rischio, della progressiva dissolvenza delle identità locali, dell'emersione di territori esistenziali sempre meno sovrapponibili con quelli geografici e dell'accessibilità di sistemi e strategie di cura. Questi elementi ci aiutano a comprendere come e perché l'attuale fase della globalizzazione modifichi profondamente l'epidemiologia delle malattie e la promozione della salute. Alla luce di ciò pare evidente l'urgenza di incorporare, sia nella ricerca, sia nella pratica professionale, metodologie e strumenti di lavoro che ci aiutino a comprendere come le varie composizioni di fattori globali e locali concorrano alla produzione dei nuovi scenari epidemiologici. Esempio classico di tale fenomeno sono le profonde trasformazioni che l'epidemiologia delle malattie infettive ha sofferto nel corso del tempo. Le epidemie di influenza degli ultimi anni, le aviarie, la SARS, o l'allarme per l'epidemia di Ebola, ci mostrano come l'aumento dei flussi di persone e prodotti a livello nazionale e internazionale abbia modificato in poche decine di anni la rapidità e la portata della diffusione dei patogeni. (FIDLER, 2003)

Questo nuovo scenario da un lato ha modificato le strategie e le modalità di prevenzione adottate da diversi

sistemi sanitari, e dall'altro ha segnalato la necessità di individuare un attore globale capace di monitorare l'epidemiologia delle malattie a livello globale, coordinare gli interventi dei singoli stati nazionali, nonché intervenire attivamente quando questi non possiedono le competenze o le risorse per produrre interventi appropriati. Anche la comparsa di focolai epidemici di Febbre del Nilo e di Chikungunya in Italia segnalano l'impatto epidemiologico delle trasformazioni dall'ambiente fisico e sociale prodotte dai processi di globalizzazione. Gli effetti del riscaldamento globale, per esempio, hanno reso possibile la diffusione di vettori e patogeni dalle zone tropicali a quelle temperate. La rapida mobilità di grandi masse di persone per migrazione, turismo, commercio o per problemi ambientali o politici, facilita anche il trasporto di patogeni, vettori e permette la formazione di serbatoi di malattie infettive in territori in cui queste erano sconosciute. Inoltre, anche per quel che concerne gli aspetti legati al riscaldamento globale, processi sociali legati alle disuguaglianze risultano essere coinvolti nella diffusione delle malattie infettive. Per esempio, recentemente si sono verificate profonde trasformazioni nelle precipitazioni atmosferiche associate a tutte le conseguenze che questo comporta in termini di siccità o di inondazioni.

L'aumentata frequenza di eventi climatici estremi interferisce con i processi salute-malattia sia agendo sull'epidemiologia locale delle malattie infettive, sia modificando il contesto socio-ecologico in cui le persone vivono. Conseguenza di eventi climatici estremi possono essere l'instaurarsi di condizioni disastrose che provocano il collasso del sistema fognario, della raccolta dei rifiuti, della distribuzione di acqua potabile, e dell'assistenza socio-sanitaria. Allo stesso tempo si producono trasformazioni sostanziali dell'ecosistema, con la presenza di condizioni ambientali favorevoli alla proliferazione di patogeni; alterato

l'equilibrio tra specie, in particolare tra prede e predatori, tutte condizioni che facilitano la rapida espansione di specie veicolo, vettore o serbatoio di malattie. L'ambiente fisico e sociale viene modificato anche nel caso in cui una quantità consistente della popolazione debba dover essere evacuata in campi profughi. In questi casi possono verificarsi condizioni di sovraffollamento e l'emersione di focolai epidemici di malattie a trasmissione oro-fecale, respiratorie o più in generale a trasmissione inter-umana.

I cambiamenti climatici dunque agiscono sulle malattie infettive attraverso una vasta gamma di azioni che modificano l'ambiente sia in termini fisico geografici, sia in termini di organizzazione sociale e dei servizi. La difficoltà nel separare l'ambiente fisico da quello sociale è ulteriormente sottolineata dall'analisi degli eventi disastrosi. Eventi naturali particolarmente avversi, possono produrre effetti diversi in relazione al contesto sociale in cui si verificano. Ne sono un esempio lo tsunami del 2004 e l'uragano Katrina del 2005, che hanno prodotto effetti catastrofici in alcuni luoghi e molto meno in altri, per via della differente organizzazione culturale, sociale, economica e politica che caratterizzava i luoghi stessi. (SQUIRES; CHESTER, 2013; OLIVER-SMITH; HOFFMAN, 1999) Gli effetti delle catastrofi infatti, sono più severi nei paesi con minori risorse, e colpiscono più duramente le popolazioni che si trovano in condizioni di svantaggio. Sono, inoltre, fortemente correlati alle disuguaglianze, sia perché determinano effetti peggiori per chi si trova in una condizione di svantaggio, sia perché sono essi stessi una possibile causa dell'aumento delle disuguaglianze.

La trasformazione dell'ecologia sociale, inoltre è la causa della riemersione o recrudescenza di patologie che si ritenevano sotto controllo. Possiamo usare come esempio l'andamento della tubercolosi in Europa, fortemente

correlata ai cambiamenti demografici nel continente, ma legata in maniera consistente alla riemersione di sacche di povertà, e alla distribuzione ineguale della ricchezza all'interno dei paesi. (PLOUBIDIS et al. 2012) Oppure la riemersione di patologie prevenibili con i vaccini dovute alla caduta dei tassi vaccinali correlata al crescente timore della popolazione rispetto alla sicurezza dei vaccini stessi. (DUBÉ; VIVION; MacDONALD, 2014)

I cambiamenti dell'ambiente sociale si configurano così come determinanti sociali di salute, poiché agiscono modificando le condizioni materiali di vita delle persone, oltre che i loro sistemi di valori ed i loro universi simbolici. Questi processi influenzano le libertà, e quindi le scelte, degli individui o delle comunità agendo sulle condizioni materiali di vita, interferendo nelle possibilità di scelta, ma anche nei desideri, nelle abitudini, nei consumi e negli stili di vita.

Per questo motivo i processi di globalizzazione non agiscono come determinanti di malattia solo in relazione alle malattie infettive, ma correlandosi a condizioni di vita che diventano progressivamente sempre più ubiquitarie a livello mondiale, "trasmesse" dai flussi di informazioni e merci. Un esempio in questo senso può essere considerato il consumo di tabacco, di alcol o di cibi ultra processati, la cui diffusione è sostenuta dai flussi di informazione generati dal marketing globale, veicolati dai media tradizionali o dai nuovi media legati ad internet. Come precedentemente sottolineato, questi beni sono disponibili su larga scala perché prodotti da *corporations* multinazionali presenti in quasi tutti i mercati nazionali, sono distribuiti attraverso catene capillari e venduti a costi contenuti, raggiungendo quasi ogni luogo del globo. Riprendendo il tema della circolazione di prodotti, simboli e desideri dunque, la presenza contemporanea dell'induzione al consumo

attraverso il marketing e l'effettiva presenza del prodotto sul territorio è un potente mezzo di "trasmissione" di abitudini voluttuarie insalubri e di conseguenza delle patologie ad esse correlate.

L'epidemia di queste nuove forme di denutrizione, pertanto, è "trasmessa" da determinanti ben definibili: la produzione di beni su scala industriale utilizzando materie di bassa qualità a scopo di lucro; l'induzione al consumo; normative inadeguate o nessuna normativa; la disponibilità sul mercato di alimenti industrializzati ad un prezzo inferiore rispetto a quelli con caratteristiche nutrizionali adeguate.

In queste interazioni gli effetti della globalizzazione sono molto specifici, non solo in relazione all'informazione e ai trasporti, ma soprattutto rispetto alla *governance*. Emerge con grande chiarezza come la globalizzazione contemporanea sia in grado di interferire con il governo dei processi a livello locale. Con l'emersione del mercato globale, infatti, le logiche economiche si sono via via sostituite a quelle dei diritti e, nella misura in cui il peso dello stato nazionale si è ridotto, si sono contemporaneamente ridotti anche i margini di esigibilità dei diritti stessi. (WACQUANT, 2006) Con l'indebolimento dello stato nazionale, e l'aumento dell'influenza del mercato globalizzato nelle scelte locali, sono state di fatto ridotte le possibilità di esercitare un controllo efficace su tali processi. Allo stesso tempo è stato progressivamente eroso il controllo democratico sui beni pubblici e collettivi, nonché la partecipazione dei cittadini al governo democratico dei loro territori. Il caso della crisi economica greca e del referendum sull'austerità ne è un esempio recente. Un processo tipico di questa globalizzazione è dunque la perdita della capacità delle comunità locali di influire sullo spazio del loro quotidiano di vita e lavoro. Questo ha effetti radicali anche sulla gestione dei servizi e degli interventi sanitari. Da un lato

la progressiva riduzione del *welfare state* e la retrazione dello stato da settori chiave per la garanzia dei diritti umani fondamentali rende sempre più complessi gli interventi sulla popolazione fragile e vulnerabile (con consistenti effetti sulle disuguaglianze in salute), dall'altro in presenza di uno stato nazionale debole e in assenza di un soggetto transnazionale democratico manca di fatto un *locus* materiale e giuridico che si faccia carico di garantire ed implementare i diritti umani fondamentali.

Una conseguenza della mancanza di *governance* sul territorio è la focalizzazione delle attività sanitarie sui determinanti prossimali e sulle abitudini e stili di vita dei pazienti, dal momento che azioni sui determinanti più distali sono resi impossibili dalla mancanza di soggetti a cui rivolgere le proprie azioni.

In buona sostanza i professionisti sanitari comprendono che la portata delle loro azioni è insufficiente a colmare gli effetti che i determinanti di salute producono sui loro pazienti, ma non possono accedere a risorse, istituzioni e dispositivi sociali che abbiano forza sufficiente per produrre effetti tangibili su di essi.

La relazione tra stato, diritti, democrazia e mercato globale diventa dunque centrale per comprendere non solo i fattori che interferiscono sui processi salute/malattia nel contesto globalizzato, ma rappresentano uno stimolo profondo per ripensare la pratica sanitaria e le azioni che i professionisti sono tenuti a compiere per promuovere la salute nei loro territori.

Globalizzazione, Etica e Salute Globale

Nel tentativo di completare la discussione sugli effetti della globalizzazione sulla salute è necessaria un'ultima considerazione relativa ai quadri teorici, alle metodologie e all'etica in salute globale, riflettendo sull'appropriatezza degli strumenti di ricerca e analisi rispetto al contesto e rispetto alle ripercussioni che le stesse ricerche hanno nella società.

Per comprendere meglio il senso di queste riflessioni un parallelismo utile può venire dalla ricerca sulle disuguaglianze in salute. Per molti anni infatti gli effetti delle disuguaglianze sociali in salute sono stati sottovalutati, misconosciuti, quando non addirittura negati, utilizzando come motivazione la mancanza di dati consistenti a rispetto delle stesse. In linea generale, le metodologie di raccolta dei dati epidemiologici non erano pensate per misurare le disuguaglianze all'interno delle comunità, e lavorando prevalentemente con valori medi tendevano sistematicamente a nascondere le disuguaglianze all'interno degli andamenti generali degli indicatori di salute. (STEFANINI; ALBONICO; MACIOCCO, 2006) A partire dalla fine degli anni '90, dopo il successo in termini di *advocacy* di alcuni *report* specifici sulle disuguaglianze come il rapporto Acheson (1998) in UK e nella decade successiva del report della commissione sui determinanti sociali di salute della WHO (2008), il tema è finalmente arrivato sulla ribalta della comunità sanitaria (e politica) internazionale. Da quel momento è stata prodotta una grande quantità di lavori scientifici sulle disuguaglianze in salute, ma i risultati in termini della loro riduzione sono ancora abbastanza scarsi. Nel 2008 dalle pagine della prestigiosa rivista medica *British Medical Journal* la collega Iona Heath, si interrogava polemicamente, sullo scopo di tutte quelle ricerche:

migliorare la salute della comunità o favorire le carriere dei ricercatori? (HEATH, 2010) L'esempio della disuguaglianza in salute, dunque, sembra anticipare e ricalcare la storia della ricerca sugli effetti della globalizzazione sulla salute: una scarsa attenzione ai fattori strutturali e sociali che producono malattia nei territorio locali e una ancora più scarsa attenzione al trasferimento delle conoscenze nelle pratiche al fine di contrastare gli effetti negativi della globalizzazione sulla salute.

La mancanza di responsabilità della ricerca solleva una riflessione etica rispetto alla legittimità dei "ricercatori" nel descrivere la realtà, dal momento che per mezzo dell'utilizzo di uno sguardo e di una metodologia specifica più che descrivere la realtà stessa contribuiscono alla sua costruzione. La ricerca scientifica infatti opera il suo ruolo sociale attraverso un processo di legittimazione e, quindi, la rappresentazione specifica di una realtà può contribuire a de-costruire o delegittimare rappresentazioni alternative, con conseguenze sociali che dovrebbero essere attentamente valutate. Per esempio, come accennato precedentemente, l'approccio bioriduzionista è molto pratico, individua e misura gli effetti dei processi ed è molto efficiente nel riconoscere le relazioni causa effetto prossime e mono-causali. Per contro un tale approccio è meno efficace nell'individuare cause multiple, specie se correlate in maniera debole e non lineare, o quando mascherate da fattori intermedi come nel caso degli effetti della globalizzazione sulla salute, o quando si analizzano le causa più strutturali le cui interazioni sono definite da processi storici, economici, sociali e politici, geograficamente ampi e storicamente profondi. Il problema etico è rappresentato quindi dal "controllo" sulle conseguenze sociali della produzione "riduzionista" dei discorsi su globalizzazione e salute.

Tornando all'esempio delle diseguaglianze possiamo sollevare ulteriori elementi utili alla riflessione. Dopo una prima fase in cui gli strumenti per la costruzione della realtà scientifico-sanitaria si sono dimostrati non sufficientemente sensibili per cogliere l'esistenza e l'ampiezza delle diseguaglianze in salute, alcuni studi non *mainstream* hanno cominciato ad ampliare il dibattito scientifico e sociale sul tema. Questi studi però, non configurandosi ancora come vere e proprie "evidenze scientifiche", non sono riusciti a modificare le "politiche". In una fase successiva invece sono apparsi in letteratura scientifica una quantità sovrabbondante di studi sulle diseguaglianze, ma ancora una volta, pur in presenza di evidenze, non si sono avute ricadute concrete sulla vita delle persone. Come suggerisce la Heath, non ha tanta importanza se le cause della inefficacia sociale della produzione scientifica risiedano nell'inappropriata teorico-metodologica delle ricerche o nel conflitto di interessi dei ricercatori, al netto delle varie possibilità, ciò che conta è che la ricerca in ambito sanitario non è un osservatrice esterna e neutrale della realtà, ma per paradossale che possa sembrare, uno degli attori sociali coinvolti nella produzione di realtà. Infatti, la differente efficacia sociale della ricerca scientifica rispetto a temi differenti può non essere affatto casuale ma piuttosto richiamare la stretta correlazione tra processi sociali e produzione della conoscenza, come nel caso della modernizzazione di cui si è discusso nei paragrafi precedenti. La costruzione dei discorsi sulla realtà operata dalla ricerca sanitaria è vincolata ad una serie di processi e strutture sociali (linee di finanziamento della ricerca scientifica, scelta degli strumenti di valutazione dei servizi sanitari, selezione e valutazione dei ricercatori ecc.) che sono gli stessi che operano nel resto della società. Autori come Giorgio Agamben (2007) ci aiutano a riflettere sul rischio che la medicina corre affidandosi a prospettive unicamente bioriduzioniste, dal momento che la sua

presunta oggettività e neutralità può paradossalmente essere facilmente utilizzata per trasporre su un piano di natura ciò che invece è prodotto da processi sociali. In questo modo il tentativo di oggettivare la realtà, semplificandola, trasponendola su un piano di natura, riducendo la malattia alle sue mere implicazioni materiali, corre il rischio di operare come strumento politico per l'occultamento delle cause sociali della malattia e la riproduzione dei processi sociali che producono la malattia stessa. Il mondo sanitario e della ricerca scientifica sono dunque attori importanti all'interno del campo delle relazioni sociali, e possono configurarsi sia come fattore positivo che negativo per la salute della comunità. Pertanto su questo terreno devono essere attentamente e specificatamente valutati. Se si condivide l'idea che una descrizione neutrale della realtà non sia possibile e che la realtà stessa sia influenzata dal come questa viene descritta, allora quando la ricerca si avvicina a processi complessi come quelli relativi agli effetti della globalizzazione sulla salute è indispensabile adottare prospettive di ricerca adeguate come per esempio quelle della ricerca-azione o della ricerca intervento, in cui la riflessione rispetto al posizionamento "etico-politico" di chi descrive, dell'uso dell'autorità nella costruzione dei discorsi sulla realtà, e dei risultati sociali prodotti dai suddetti discorsi è una componente fondamentale delle fasi della ricerca.

Allo stesso modo comprendere quali siano le relazioni tra globalizzazione, scienza e potere dovrebbe essere una delle preoccupazioni principali della ricerca in salute globale.

In ultimo, per le ragioni fin qui riportate, la ricerca in salute globale, non può essere realizzata in nome della comunità, ma con e dentro la comunità. Una ricerca che escludesse i protagonisti stessi della sofferenza, gli individui,

le loro esperienze di malattia e i loro orizzonti di senso, produrrebbe ancora una volta saperi normativi e prescrittivi, a causa del distanziamento e della gerarchizzazione delle conoscenze prodotte dal contesto accademico rispetto a quello sociale.

Gli effetti negativi dei processi sociali non si manifestano in soggetti passivi, che accettano staticamente le loro condizioni, ma al contrario su soggetti attivi, capaci di sviluppare strategie di resilienza a partire dalle risorse a disposizione. Più queste risorse sono scarse, più i soggetti deprivati della loro agentività soffrono effetti severi in termini di malessere e malattia. La salute e l'equità però, specie nel contesto della globalizzazione, non possono essere promosse senza i soggetti, senza dare protagonismo alle infinite forme della soggettività che si producono nei vorticosi processi della globalizzazione. Pertanto, così come inteso dagli autori di questo libro, l'analisi degli effetti della globalizzazione sulla salute, richiede non solo uno sforzo auto-riflessivo strutturato rispetto alla necessità di pensare la ricerca come parte di un intervento co-costruito nella comunità, ma anche un posizionamento "Politico" dei ricercatori all'interno del campo di forze in cui agiscono.

Bibliografia

ACHESON. **Independent inquiry into inequalities in health: report.** Stationery Office, 1998.

APPADURAI, A., **Modernity at Large: Cultural Dimensions of Globalization.** Minneapolis: Univ. Minn. Press, 1996.

AGAMBEN, G. **Homo sacer: pt. 1. Stato di eccezione, pt. 2. Il regno e la gloria: per una genealogia teologica dell'economia e del governo.** G. Einaudi, 2007. Vol. 2.

BASTIA, T. **Migration and inequality.** Routledge, 2013. Vol. 100.

BLACK, R.; NATALI, C.; SKINNER, J. **Migration and Inequality.** World Bank, 2005. Disponibile all'indirizzo: <<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/9172>>. License: CC BY 3.0 Unported.

BOURDIEU, P. **The logic of practice.** Stanford University Press, 1990, p.52-65.

CASTELLS, M.; UNITED NATIONS RESEARCH INSTITUTE FOR SOCIAL DEVELOPMENT. **Information technology, globalization and social development.** Geneva: United Nations Research Institute for Social Development, 1999.

COOKE, M. et al. American medical education 100 years after the Flexner report. **New England journal of medicine**, v.355, n.13, p.1339-1344, 2006.

DIAMOND, J.M. et al. **Armi, Acciaio e Malattie.** Einaudi, 2005.

DUBÉ, E; VIVION, M; MacDONALD, N.E. Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. **Expert review of vaccines**, v.14, n.1, p.99-117, 2014.

FANON, F. **A dying colonialism.** Grove Press, 1967.

FARMER, P.E. et al. Structural violence and clinical medicine. **PLoS Medicine**, v.3, n.10, p.449, 2006.

FIDLER, D.P. SARS: Political Pathology of the First Post-Westphalian Pathogen. **Journal of Law, Medicine & Ethics**, v.31, n.4, p.485-505, 2003.

HANNERZ, U. The global ecumene as a network of networks. Conceptualizing society. In: KUPER, A. (ed.) **Conceptualizing Societies, London and New York: Routledge**, 1992, p.34-56.

_____. **Cultural complexity**: Studies in the social organization of meaning. Columbia University Press, 1992.

HARRÉ, R. Philosophical Aspects of the Micro-Macro Problem, in KNORR-CETINA, K.; CICOUREL, A. (eds) **Advances in Social Theory and Methodology**: Towards an Integration of Micro and Macro Theories. London: Routledge & Kegan Paul, 1981, p.139-161.

HEATH, I. Crocodile tears for health inequality. **British Medical Journal**, v.340, 2010.

HOBBSAWM, E.J. **Il secolo breve**. 1914-1991: l'era dei grandi cataclismi. Milano, Rizzoli, 1995.

JANELLE, D.G.; BEUTHE, M. Globalization and research issues in transportation. **Journal of Transport Geography**, v.5, n.3, p.199-206, 1997.

KAWACHI, I.; WAMALA, S. Poverty and Inequality in a Globalizing World. In: KAWACHI, I.; WAMALA, S. (Ed.) **Globalisation and Health**. Oxford: Oxford University Press, p.122-137, 2007.

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

LEGGE, D.G. et al. Micro macro integration: Reframing primary healthcare practice and community development in health. **Critical Public Health**, v.17, n.2, p.171-182, 2007.

LEE, K. **Globalization and Health**: An Introduction. New York: Palgrave Macmillan, 2003.

LIVINGSTONE, D.N. Tropical climate and moral hygiene: the anatomy of a Victorian debate. **The British Journal for the History of Science**, v.32, n.01, p.93-110, 1999.

MACAULAY, T.B. cit. In: SEN, A. How to judge globalism. **The American Prospect**, v.13, n.1, p.1-14, 2002.

MARTINELLI, A. **Global modernization**: rethinking the project of modernity. Sage, v.54, p.5-27, 2005.

MCLUHAN, M. et al. **The Gutenberg galaxy**: The making of typographic man. University of Toronto Press, 2011.

OLIVER-SMITH, A.; HOFFMAN, S.M. **The angry earth**: disaster in anthropological perspective. Psychology Press, 1999.

PLOUBIDIS, G.B. *et al.* Social determinants of tuberculosis in Europe: a prospective ecological study. **European Respiratory Journal**, v.40, n.4, p.925-930, 2012.

ROSEN, G. **A history of public health**. JHU Press, 2015, p.106-169.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço Técnica e Tempo**. Razão e Emoção. USP, São Paulo, 2006. 4ed. 2reimpr.

SQUIRES, G.; CHESTER, H. (Eds). **There Is No Such Thing as a Natural Disaster: Race, Class, and Hurricane Katrina**. Routledge, 2013.

STEFANINI, A.; ALBONICO, M.; MACIOCCO, G. Le diseguaglianze nella salute: definizioni, principi e concetti, in AA.VV. **A caro prezzo Le diseguaglianze nella salute 2° Rapporto dell - Osservatorio Italiano sulla Salute Globale**, Pisa: Edizioni ETS, 2006, p.36-50.

TSOUKIS, C.; GEORGE, M.; AGIOMIRGIANAKIS, B. **Aspects of globalisation**: macroeconomic and capital market linkages in the integrated world economy. Springer Science & Business Media, 2004.

WACQUANT, L. **Punire i poveri**: il nuovo governo dell'insicurezza sociale. DeriveApprodi, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. Ottawa charter for health promotion. **Bulletin of the Pan American Health Organization (PAHO)**, v.21, n.2, p.200-204, 1987.

_____, Commission on Social Determinants of Health. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health**: final report of the commission on social determinants of health, 2008. Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/>. Visitato il 25 Novembre 2015.

LA SALUTE GLOBALE IN ITALIA

Chiara Bodini

Il contesto

Quali le declinazioni, gli interpreti, i contenuti e le pratiche della salute globale in Italia? Quando e come questo “nuovo” sguardo/paradigma appare nel contesto nazionale e sotto quali forme? In questa luce, è interessante soprattutto soffermarsi sull'inedita, o peculiare, coincidenza tra il diffondersi della salute globale e l'emersione di istanze di rinnovamento culturale all'interno del mondo medico, principalmente in formazione (studenti, giovani medici e ricercatori).

Gli anni 1990-2000, durante i quali il termine si affaccia nel dibattito pubblico (a partire dall'ambito della salute internazionale), sono segnati dalla crescente rilevanza – oggettiva e percepita – dei processi di globalizzazione e del loro impatto sulle condizioni di vita e salute, soprattutto nel sud del mondo, nonché sulle crescenti disuguaglianze esistenti tra nord e sud. Sono anche gli anni in cui alcune Organizzazioni Non Governative (ONG), impegnate in progetti di cooperazione, fanno un salto di scala divenendo

protagoniste della scena mediatica (e politica). Dal mondo della cooperazione (sanitaria e non solo) si levano voci critiche nei confronti della riduzione progressiva e drastica dell’Aiuto Pubblico allo Sviluppo (dopo la relativa ‘abbondanza’ degli anni Ottanta), così come verso scelte politiche che prediligono (o assecondano) la strategia militare per la risoluzione dei conflitti (si pensi alla nascita di Emergency nel 1994, e al suo rapido successo legato alle campagne contro l’intervento italiano in Afghanistan e poi in Iraq), o che antepongono l’interesse economico al benessere delle popolazioni (per esempio le campagne di Medici Senza Frontiere per l’accesso ai farmaci antiretrovirali). Anche per far fronte al deficit di finanziamento pubblico, inoltre, molte ONG adottano vere e proprie strategie di marketing sociale, che le rendono sempre più visibili nella crescente competizione per risorse private. (CARBONI, 2011; MARCON, 2002; CARRINO, 2005; DELLA RATTA, FAZZI, ZAMARI, 2012; MUSARO’, 2006)

L’attenzione nuova nei confronti di problematiche macroeconomiche su scala globale emerge ancora di più all’interno e grazie ai movimenti variamente definiti “altermondialisti” o “per la giustizia globale”, che animano le proteste ai vertici G8 di Seattle e Genova nonché i forum sociali mondiali a Porto Alegre e in numerosi altri luoghi del pianeta. (RUCHT, 2005) L’emersione di un “movimento dei movimenti” su scala internazionale si accompagna infatti alla messa in discussione dell’ordine mondiale e dell’ideologia economica di stampo neoliberista a esso sottesa. (DELLA PORTA; DIANI, 2006) L’elaborazione critica, costruita in reti di attivisti ed esperti e sostanziata da numerose e autorevoli figure pubbliche internazionali (tra cui la scrittrice indiana Arundhati Roy, il sociologo filippino Walden Bello, il giornalista australiano John Pilger, l’economista e premio Nobel Josef Stiglitz, la giornalista canadese Naomi Klein), rende disponibili fonti, idee e materiali inediti, alla cui luce

poter interpretare ciò che sta accadendo: dalle regole, scritte e non scritte, alla base dei meccanismi decisionali nelle istituzioni multilaterali (Banca Mondiale, Fondo Monetario Internazionale, Organizzazione Mondiale del Commercio), al ruolo storico di tali istituzioni nell’imporre politiche di liberalizzazione sotto la leva del debito (esposto in tutta la sua luce di strumento di neocolonialismo), all’inefficacia della cooperazione “tradizionale” nell’invertire i trasferimenti netti di risorse dal sud al nord del mondo. Oltre alla portata transnazionale, l’impatto simbolico del movimento dei movimenti è legato all’inclusione di molte figure provenienti da quel “sud” fino ad allora visto come povero, vuoto, da aiutare, e ora emergente nella sua dignità e alterità. Il portato contenutistico del movimento è rilevante in quanto fornisce spunti di comprensione, se non spiegazioni esaustive, sull’esistenza di crescenti disuguaglianze socioeconomiche su scala globale, e sul perché la medicina occidentale non rappresenti uno strumento di contrasto ma spesso si allinei alle direttrici di forza e potere che riproducono gli esistenti squilibri. È il caso, per esempio, dei grandi programmi umanitari, come di molti degli interventi verticali e di cooperazione in generale. (OSSERVATORIO ITALIANO SULLA SALUTE GLOBALE, 2013)

Oltre alla critica, nella rete del movimento si incontrano pratiche alternative, ispirate all’uguaglianza nelle relazioni, alla partecipazione diretta, alla solidarietà. Ne sono un esempio le forme politiche originate a Porto Alegre, dalla democrazia partecipativa ai forum sociali mondiali. Questi ultimi offrono uno spazio aggregativo del tutto inedito, dove la pluralità di un mondo (r)esistente emerge nelle istanze di libertà, autodeterminazione, riconoscimento e rispetto dell’alterità provenienti dai popoli e dai soggetti oppressi (dalla Palestina alle popolazioni indigene dell’Amazzonia, dalle donne ai gruppi LGBT). Un mondo che difficilmente può essere ricomposto nei semplicistici dualismi nord-

sud, sviluppato-non sviluppato, ricco-povero, acculturato-ignorante/ingenuo. A patto naturalmente di non ridurre tutto al quantificabile, acriticamente assunto come “oggettivo” benché informato da profondi valori, e dunque necessariamente a patto di relativizzare i propri punti di vista esponendone la genesi storico-sociale.

Gli interpreti della Salute Globale

Nella primavera del 2001 diversi operatori della sanità – medici, ricercatori, docenti universitari e rappresentanti del volontariato – si riuniscono a Erice per affermare, tra l’altro: la necessità di diffondere consapevolezza delle disuguaglianze esistenti e delle cause che le hanno prodotte, dei meccanismi che le alimentano e le aggravano; il diritto-dovere di pretendere la massima partecipazione della cittadinanza alle scelte inerenti la salute di tutti; il dovere della comunità scientifica di affrontare in modo diffuso e sistematico i temi dell’equità, dello sviluppo sostenibile, della difesa della dignità e della vita degli uomini; la necessità di studi approfonditi, di valutazioni indipendenti, di una trasmissione estesa delle informazioni e delle conoscenze. Da tali considerazioni nasce l’Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OISG), *think tank* dedicato alla riflessione, alla divulgazione e alla consulenza in merito alle problematiche globali relative al diritto alla salute. Nel luglio dello stesso anno, diversi esponenti dell’OISG partecipano alle conferenze preparatorie delle manifestazioni in occasione del vertice G8 a Genova, e poco dopo sempre l’OISG pubblica il suo primo rapporto, interamente dedicato a una lettura critica dell’impatto dei processi di globalizzazione sulla salute, seguito da un secondo con focus sulle disuguaglianze in salute. (OSSERVATORIO ITALIANO SULLA SALUTE GLOBALE, 2004; 2006)

Negli anni immediatamente successivi, soprattutto all’interno del mondo medico in formazione, la percezione di ingiustizia correlata ai processi descritti fa emergere, per contrasto, i valori intrinseci a scelte che paiono andare in altra direzione. Se infatti la motivazione ideale è già presente in molti tra coloro che accedono alla facoltà di medicina, la figura del medico-cooperante si iscrive a rafforzare ancor più l’immaginario di un possibile futuro professionale colmo di senso, personale e sociale. (BERTOLINI; MASSA, 1997; HORTON, 2009; VALERIO; CIANNELLA; BOLZAN, 1999) Analizzando le motivazioni che portano gli studenti a scegliere medicina in quegli anni si riscontrano di frequente risposte di carattere umanitario, legate anche un futuro professionale in Paesi lontani, al servizio degli umili/ultimi della Terra. (McMANUS; LIVINGSTON; KATONA, 2006; MILIAN, 2005; MacFARLANE; JACOBS; KAAYA, 2008)

Il Segretariato Italiano Studenti di Medicina (SISM), associazione no-profit creata da e per gli studenti di medicina e presente in 37 sedi universitarie sul territorio nazionale, non è alieno a queste pulsioni. Avendo tra gli obiettivi quello di permettere allo studente di completare la propria formazione umana e professionale attraverso la partecipazione a diverse attività e progetti, sviluppa in questi anni un’esposizione crescente al mondo della cooperazione internazionale. Proprio tale esposizione è alla radice dei dubbi etici che innescano in seno al SISM processi autoriflessivi destinati a lasciare il segno. Come ricorda Alessandro Rinaldi in un recente articolo apparso online:

A partire dal 2007 ci siamo iniziati a interrogare criticamente su alcuni progetti di cooperazione sanitaria internazionale a cui l’associazione partecipava. Ci chiedevamo quanto fosse legittima la nostra presenza come medici ‘occidentali’ in contesti

a noi sconosciuti [...] e siamo arrivati alla conclusione che, per quanto in buona fede, i nostri tentativi di aiuto rischiavano di alimentare e legittimare la subalternità culturale e politica del sud del mondo nei confronti di quello occidentale. (RINALDI, 2014, internet)

Si ritrovano, in questi commenti, note critiche per nulla nuove in certi ambienti disciplinari (penso per esempio al vasto ambito degli studi postcoloniali), ma del tutto inedite o minoritarie nel campo medico soprattutto accademico, in genere alieno se non a questo tipo di impegno (comunque confinato a sporadiche iniziative di stampo caritatevole), certamente a riflessioni sulla possibile e scomoda implicazione con istanze neocoloniali. (HORTON, 2013) Gli studenti condividono questo rimosso (a sua volta riflesso di un più ampio rimosso italiano rispetto alla storia coloniale del Paese), e il loro approccio non è informato da analisi bensì emerge dalla sensazione di non saperne abbastanza e di non trovare nell'università né risposte, né tanto meno (persone che si pongano) domande. Non è un caso quindi se la fonte a cui in prima istanza si rivolgono è extra universitaria, ed è rappresentata dal già citato OISG.

All'interno del SISM nasce così, dal basso, la necessità di "avere una forma-azione maggiormente rispondente ai bisogni reali della società." (SISM, 2010) Necessità a cui gli stessi studenti daranno risposta creando il Laboratorio di Mondialità (LabMond), workshop formativo residenziale "degli studenti per gli studenti" che, dal 2007 ad oggi, ha consentito la disseminazione ampia a l'approfondimento di numerose tematiche e approcci di salute globale (tra cui determinanti e disuguaglianze in salute, globalizzazione e *governance* globale della salute, salute e migrazione, ecc.). Inoltre, nel 2009 il Congresso Nazionale del SISM approva una mozione con la quale l'associazione si impegna a

promuovere l'insegnamento accademico di tali tematiche, pertinenti a un ambito che:

1. ha come obiettivo principale lo stato di salute di tutta la popolazione mondiale e i suoi determinanti socio-economici, culturali, ambientali, demografici, giuridici;
2. mette in relazione suddetto stato di salute con i fenomeni della globalizzazione in un contesto di equità e sostenibilità e rispetto dei Diritti Umani;
3. si rifà ai concetti di salute espressi dalla Conferenza di Alma Ata del 1978, al concetto di medicina come scienza sociale, alla diretta promozione della salute mediante l'insegnamento delle sue tematiche a studenti di medicina e non solo.

Con la mozione, il SISM si impegna a collaborare in modo attivo e partecipativo al dibattito in atto in Italia, a realizzare azioni formative dirette "a partire dalle proprie attività, già da tempo implementate, come il Laboratorio di Mondialità ed eventi locali affini", e a "formare, tra i soci dell'Associazione, figure capaci di essere parte attiva nell'insegnamento locale della Global Health, avvalendosi, oltre che delle proprie risorse umane e tecniche, anche dei supporti pedagogici e delle risorse umane appartenenti ad altre realtà".

Un altro attore emergente in quegli anni, implicato tramite alcuni dei suoi membri tanto nella nascita dell'OISG quanto nella costruzione del LabMond, è il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI) dell'Università di Bologna. Il CSI nasce con decreto rettorale nel 2006 su iniziativa del Dott. Angelo Stefanini, ricercatore presso l'Università di Bologna (Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica). Tra le ragioni, la volontà di dare spazio e legittimazione istituzionale a un gruppo di studenti e neolaureati in medicina, incontrati in occasione

dei corsi universitari o della tesi di laurea, che da qualche tempo si ritrovava per approfondire tematiche di salute internazionale quali cooperazione sanitaria, diritto alla salute, disuguaglianze in salute. Di fatto, il gruppo presto identifica il proprio interesse e le proprie attività con l'area di studio, riflessione e azione della salute globale (intesa come spazio di ricerca, formazione e pratica sulla salute e sui suoi determinanti all'intersezione tra processi di globalizzazione e realtà locali), a cui contribuirà a dare forma anche a livello nazionale.

Informato da una visione dell'università come spazio di elaborazione e trasformazione sociale, il CSI si propone come luogo aperto alla collaborazione di docenti, professionisti e studenti di diverse discipline, nonché di persone, gruppi e organizzazioni della società civile. L'approccio è transdisciplinare e multimetodologico, con un rapporto privilegiato con l'antropologia medica,

disciplina in grado di restituire alla lettura dei processi di salute e malattia spazi negletti nell'approccio bioriduzionista, quali la centralità del soggetto e dei suoi vissuti, la costruzione socio-culturale del sapere che impone una consapevolezza autoriflessiva, la dimensione politica di patologie incorporate in ragione di sofferenze di natura sociale (violenza strutturale). (BODINI; SPADA; DI GIROLAMO, 2011, p.51)

Dai primi interessi rivolti alla salute internazionale, "intesa principalmente come cooperazione internazionale allo sviluppo (seppure interpretata in modo 'critico')", il CSI si riorienta nel tempo verso lo spazio della formazione, per un rinnovamento del sapere medico e del posizionamento del personale sanitario nei confronti delle altre discipline e della società (come importanti determinanti di salute).

La conseguenza è quella di un impegno innanzitutto nel contesto locale, per tornare poi a confrontarsi anche a livello internazionale:

in un'ottica di orizzontalità e reale cooperazione, alternativa all'esportazione di modelli pre-costituiti – o, peggio, di 'standard globali' – che sempre più segna il passo dei grandi programmi di 'sviluppo' (a crescente tasso di medicalizzazione). (BODINI; SPADA; DI GIROLAMO, 2011, p.53)

È infine da menzionare la Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG), che annovera tra i suoi membri docenti universitari e relative istituzioni di appartenenza, associazioni di studenti (SISM) e specializzandi (Consulta Nazionale degli Specializzandi in Igiene e Medicina Preventiva), centri di ricerca e formazione (CSI, Area Salute Globale e Sviluppo CERGAS Bocconi, Centro di Salute Globale Regione Toscana), associazioni e società scientifiche (OISG, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Società Italiana Medici Manager), ONG (Medici con l'Africa CUAMM), singoli individui impegnati a vario titolo nella formazione in salute globale. (MARCECA et al., 2012) Le attività della RIISG prendono avvio dal marzo 2010, con un workshop di formatori destinato alla finalizzazione di tre documenti di lavoro dedicati rispettivamente ai contenuti, alle metodologie e ai processi di valutazione dei corsi in Salute Globale. (CIVITELLI et al., 2010) Un impulso importante è stato dato dal finanziamento del progetto "Equal opportunities for health" (2011-14), che ha consentito alle attività di progredire notevolmente in particolare nel biennio 2011-12. Oltre alla realizzazione di materiali di supporto alla formazione (presentazioni 'standard' su determinanti e disuguaglianze in salute, obiettivi formativi, schede di valutazione, ecc.), sono

state realizzate pubblicazioni scientifiche e divulgative, presentazioni in diversi convegni (per esempio: Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Società Italiana di Igiene, Società Italiana di Pedagogia Medica), corsi ed eventi formativi. (DI GIROLAMO et al., 2010; CIVITELLI; TARSITANI; MARCECA, 2010) Inoltre, dalla metà del 2012 è disponibile un sito internet che raccoglie tutti i materiali prodotti nonché aggiornamenti su pubblicazioni, corsi e conferenze.

Negli anni, la RIISG ha registrato un aumento costante della richiesta e della realizzazione di corsi o altre iniziative formative che, all'interno della cornice della salute globale, hanno affrontato soprattutto tematiche relative ai determinanti sociali di salute e alle disuguaglianze in salute, a livello sia globale che locale. Questo è avvenuto sia nel contesto di corsi di formazione promossi dalla Rete o da alcuni suoi membri, sia attraverso corsi integrativi opzionali organizzati nelle singole Università, sia mediante laboratori auto-organizzati dagli studenti, fino a giungere a riconoscimenti formali quali l'introduzione di crediti formativi dedicati ai contenuti di salute globale in alcune Università italiane (Roma, Genova). (BODINI et al., 2014) È inoltre proseguita l'attività di mappatura dei corsi universitari di salute globale svolti, come didattica formale o opzionale, nelle Scuole di Medicina italiane. (BRUNO et al., 2011 a; b) L'ultima, riferita all'anno accademico 2012-13, ha documentato l'esistenza di 40 corsi di salute globale nelle 36 Università sedi di Corsi di Laurea in Medicina; di questi, 11 sono stati attivati dopo la costituzione della RIISG. Si tratta nella maggior parte dei casi di corsi opzionali rivolti a studenti di medicina, della durata pari o inferiore a 20 ore. Il numero dei partecipanti è variabile ma in generale compreso tra le 60 e le 100 persone. In 9 corsi su 40 è prevista un'attività di tirocinio, per il resto lo svolgimento è del tipo tradizionale e prevede principalmente lezioni frontali. Gli argomenti più trattati riguardano i determinanti sociali e le disuguaglianze in salute.

Salute Globale: tra teoria e pratica

Le realtà descritte (OISG, SISM/LabMond, CSI, RIISG), per quanto sostanzialmente coeve, non sono omogenee relativamente ai percorsi che hanno portato le persone a prendervi parte. Tuttavia, guardando soprattutto al panorama della formazione, è possibile rintracciare linee comuni riguardo alle motivazioni di ingresso (di coinvolgimento, di innesco), articolate intorno a tre grandi temi.

Il primo riguarda il più ampio contesto sociale di quegli anni, segnato dall'emergere di un panorama globale che si connota da un lato come possibile/legittimo/strategico spazio di azione (cooperazione internazionale, movimenti sociali); dall'altro, come "amplificatore di coscienza" rispetto a processi dai quali è difficile chiamarsi fuori, con relativo senso di responsabilità (disuguaglianze); dall'altro ancora, come presa d'atto dell'esistenza di realtà e modalità "altre" (critica al sistema/pensiero occidentale; contenuti e pratiche alternative). È bene ricordare che il contesto macrosociale non agisce solo su chi direttamente si attiva, ma in via indiretta influenza gli immaginari e "lascia traccia" anche in chi attraversa quegli anni osservando dalla distanza, o in chi per ragioni anagrafiche li vive come evento del passato, per quanto recente.

Che ci si arrivi per la via "umanitaria", ovvero per quella "critica", la spinta verso il sud del mondo come luogo dell'ingiustizia agita dal nord è una spinta carica di ideali, come del resto lo è – per molti – la scelta di iscriversi a medicina, a prescindere dalle possibili connotazioni "terzo" o "altermondiste." Ed è proprio la facoltà di medicina a rappresentare il terreno comune in cui diverse istanze si incontrano, alimentandosi a vicenda. Il secondo tema di ingresso è dunque relativo alla formazione medica, al disagio

anche profondo che essa ingenera soprattutto in persone che vi si avvicinano con una spinta ideale, volta al mondo globale di cui sopra o anche solo alla cura della sofferenza e del malato, a una professione intesa come servizio/ruolo sociale. Alla carica ideale che porta (molti tra) gli studenti a intraprendere gli studi di medicina si contrappone infatti un percorso formativo percepito come fortemente incompleto, sterile, tecnico, che disattende bruscamente le aspettative di senso incubate – anche inconsapevolmente – al momento dell’iscrizione. (BERTOLINI; MASSA, 1997; ABBRACCIAMENTO et al., 2013) L’insoddisfazione non è propria solo degli studenti, ma di chi a vario titolo abita lo spazio universitario con una tensione etica e sociale. Oltre a rappresentare per molti una disillusione rispetto alle aspettative con cui è stata intrapresa la carriera di medicina, la formazione non risponde ai bisogni di senso/significato/ruolo che gli studenti avvertono. È l’organizzazione stessa del corso di studi che mette in crisi di senso oltre che strutturale, gli studenti, particolarmente nel periodo della “nuova” Tabella XVIII che, nella prima versione, comporta un numero esorbitante e altrettanto irrazionale di esami. Un corso di studi totalizzante e difficile da mettere in discussione, per quanto ci si senta portatori di motivazioni legittime, giuste o comunque condivisibili, e che può essere talmente insostenibile da portare alla fuga. Anche se emerge a consapevolezza solo a posteriori, il disagio è declinato sugli assi sia contenutistici (approccio tecnicistico, assenza di contestualizzazione sociale e relazionale) sia delle pratiche (formazione teorica/astratta, passivizzante/individualizzante, senza opportunità di messa in gioco). Alla luce di tutto ciò, si soffre l’assenza di problematizzazione: la propria, quella dei colleghi e quella dell’istituzione e del sapere medico, che si alimentano a vicenda. La formazione non funziona ed è spesso percepita come una minaccia rispetto alla propria umanità, come una forza che spegne il

desiderio. D’altra parte, la facoltà è parte di un più ampio e complesso sistema sociale, di cui riflette tendenze e valori. Per questo, la sensazione di alienazione e disagio non è appannaggio esclusivo degli studenti di medicina ma si ritrova anche in altri che, da percorsi diversi, finiscono a intrecciarsi nella medesima ricerca.

Il terzo tema di ingresso riguarda l’ambito delle relazioni (conoscenze e amicizie dirette, o in senso più generale appartenenza/familiarità con reti e associazioni), ed esprime una via forse meno consapevole ma altrettanto rappresentata di avvicinamento a un mondo/movimento diverso.

Le tre modalità citate non sono alternative, al contrario spesso compresenti nelle stesse persone, sia contemporaneamente che in fasi diverse del percorso. Si può dunque generalizzare asserendo che, in Italia, il movimento generatosi intorno alla salute globale origina da un disagio rispetto al contesto sociale o formativo, e/o da una ricerca di qualcosa d’altro a cui spesso viene dato l’attributo di “senso”. Si cerca uno spazio che aiuti a riflettere, a capire i mutamenti sociali in atto e le ripercussioni sui ruoli professionali (e civici); o, se lo si incontra “casualmente”, si resta per la sensazione di conforto che genera la presenza di altri portatori di analoghe domande, o perché il proprio disagio viene a essere organizzato in una cornice di senso. Si cerca un modo per dare significato alla propria pertinenza in un certo ambito (è il caso soprattutto dei medici), ovvero si cerca un ambito in cui trovare un significato (come succede a chi ha studiato antropologia), perché si è preoccupati, scontenti o arrabbiati per come va il mondo, delusi, frustrati o insoddisfatti dai propri studi che sembrano aver relegato la propria persona, l’insieme inscindibile di pensieri, emozioni e relazioni, nella marginalità perché delegittimata rispetto al sapere tecnico.

L'emergenza della salute globale come campo disciplinare si situa qui, è il "nuovo" in ambito medico ma anche mediatico che segna lo "spirito del tempo". Viene da fuori, dall'estero, dal mondo anglosassone che rappresenta – nuovamente a livello medi(ati)co-sociale – il luogo a cui si guarda e si tende. Una caratteristica preziosa per i movimenti locali, che ne sfruttano l'appeal per una legittimità anche accademica (sotto l'egida dell'internazionalizzazione). La salute globale non è un campo emergente come tanti, ma ha le caratteristiche (il richiamo ad Alma Ata e alle disuguaglianze, per esempio) che ne consentono l'apertura ad altro. In particolare a quel rimosso dalla medicina che, da Alma Ata appunto (e, per l'Italia, dalla medicina critica di Maccacaro), era scomparso anche dalla sanità pubblica: una lettura della salute come processo sociale. Curioso notare come, più che la memoria storica, è l'apertura disciplinare che riporta dentro la medicina questi discorsi, con un ruolo centrale dell'antropologia medica, per lo meno nel nostro contesto (ma precedenti illustri si trovano in Farmer e Fassin).

La ricerca di risorse a sostegno del proprio agire non guarda solo all'estero, ma anche al contesto locale e in particolar modo ad alcuni ambiti istituzionali. In primo luogo, naturalmente, l'università. Lo spazio, meglio il "marchio" accademico è in grado di fare la differenza tra la delegittimazione, da un lato, e la possibilità di essere ascoltati e anche "fare scuola" dall'altro (è questo, per esempio, il caso del CSI). L'appartenenza istituzionale offre risorse di tipo materiale (spazi, servizi, persone), immateriale (tempo, conoscenze) e simbolico (valore sociale), estremamente preziose se ci si muove dal basso e dunque si ha tutto da costruire. Se poi si gioca nella rete, nel rimando di rinforzi reciproci, la resa è amplificata. Così l'affiliazione universitaria del CSI è strumentale ad affrancare la salute globale in ambito accademico, per lo meno a livello di corsi opzionali,

ma d'altra parte consente anche l'avvicinamento ad attori più istituzionali (docenti ordinari di Sanità Pubblica) per un inserimento ancora maggiore nel contesto ufficiale (vedi creazione RIISG).

In assenza di appoggi e potere, nell'istituzione ci si muove necessariamente dal basso, nell'interstizio, spesso in ambiti marginali che "sfuggono al controllo" perché non al centro della competizione accademica per posizioni e/o fondi (vedi sanità pubblica). La salute pubblica, che certamente emerge anche per affinità con le tematiche di salute globale e per la possibilità – se non altro storica – che offre di interpretare la (promozione della) salute come atto sociale e politico e non meramente tecnico, è strategica anche come spazio "negletto" della (facoltà di) medicina. Al pari della medicina generale, e per quanto la tendenza sia in entrambi i casi in lenta inversione (processo del quale il movimento intorno alla salute globale è al tempo stesso riflesso e motore), la sanità pubblica è una carriera delegittimata nell'immaginario degli studenti. In un contesto che valuta gli specialismi e i tecnicismi, sono altre le professioni ambite e remunerate, tanto socialmente quanto economicamente. A questo si aggiunge il fatto che un medico "senza fonendoscopio", cioè che non fa attività clinica, non è un "vero" medico. D'altra parte, anche un medico fuori dall'ospedale rinuncia a una parte di potere istituzionale e si relega in un ruolo percepito come "di serie B". Il disinvestimento materiale e sociale nella promozione della salute così come nella medicina preventiva e del territorio è un riflesso "macro", così come una ragione, di questi fenomeni. Dunque, proprio la salute pubblica e la medicina generale sono scelte più rappresentate tra le persone esposte alla salute globale, particolarmente tra quelle direttamente coinvolte nella sua promozione. Specularmente, il terreno disciplinare della sanità pubblica (nel mondo accademico, il settore scientifico-disciplinare

Igiene e Medicina Preventiva, cui corrispondono cattedre così come una scuola di specializzazione) diviene quello elettivo di crescita (il CSI) e azione (la RIISG).

Una caratteristica che torna costantemente nel movimento nato intorno alla salute globale è quella di collegare o tenere insieme ambiti che – altrimenti, altrove – sarebbero o sono separati. È nuovamente qualcosa di non intenzionale/informato da teoria ma che, a posteriori, emerge come un portato innegabile, al tempo stesso prezioso e rischioso perché totalizzante. Da interessi (corsi di Salute Globale) si passa a scelte professionali (la medicina generale anziché una specialità, la sanità pubblica anziché un ambito clinico) e da qui a scelte di vita, in un continuum in cui le tradizionali separazioni tra vita e studio/lavoro, passione e professione, emozioni/affetti e carriera si sfumano fino a non essere più rintracciabili, quasi con sorpresa.

Un primo collegamento è tra teoria e pratica, riflessione e azione: momenti che nel mondo “normale” paiono essere insanabilmente disgiunti. La formazione è teorica e astratta, sia nei corsi di laurea (teoricamente) professionalizzanti, come quello di medicina, sia in quelli che dichiaratamente lo sono meno, come antropologia. La possibilità di passare dalla teoria alla pratica (formativa, in primis) è il “tenere insieme” che supera questa tensione contraddittoria. D’altro canto al termine degli studi, e in alcuni casi anche prima, alla riflessione si sostituisce l’azione, in una successione di momenti che si privano l’uno dell’altro. La pratica non si dà il tempo e il modo di riflettere su se stessa per trasformarsi ed appare come spazio arido, tecnicizzato e automatizzato. La sintesi è difficile ma percepita come necessaria.

Sempre sul filone del passaggio dallo studio alla “vita reale”, un secondo “tenere insieme” riguarda la possibilità di continuare a “essere insieme”, laddove la maturità

– personale e professionale – è spesso identificata con un’emancipazione individuale, un andare avanti del singolo che si fa carriera nello spazio pubblico e famiglia in quello privato.

Un terzo collegamento è quello tra istituzione e attivismo, tecnica e politica: la possibilità di abitare pienamente uno spazio istituzionale, di studio e/o di lavoro, esplicitando i propri posizionamenti e agendolo/li in coerenza con i propri principi.

Che sia la “liquidità” di questi tempi (crollo delle strutture e dei confini tradizionali, flessibilità/precarizzazione/mobilità in aumento costante), la necessità di far fronte insieme a un contesto percepito come ostile per modificare il quale servono tutte le risorse disponibili, la trasformazione anche materiale dei mezzi per esempio comunicativi (lavoro a distanza, raggiungibilità digitale che rende difficile porre confini)(...). Al di là delle contestualizzazioni, la sintesi tra ambiti prima separati emerge sia come tratto identitario, sia come elemento di forza.

Per quanto si nutrano di conoscenze e di teoria, i processi descritti non avvengono a livello teorico ma sono agiti su un piano di pratiche che ruotano intorno all’asse dell’autoformazione, segnando una discontinuità rispetto ai contesti socio-formativi tradizionali. Questi, e la facoltà di medicina ne è caso emblematico, sono più o meno esplicitamente informati da un’idea di sapere come qualcosa che risiede nel pensiero e che viene trasmesso da persone che lo hanno a persone che non lo hanno. Queste ultime, nel tempo, potranno progredire nella riproduzione delle conoscenze fino a sostituire, eventualmente, i “maestri”. Due puntualizzazioni sono qui pertinenti. La prima riguarda il binomio sapere-potere che, per lo meno nell’ambito medico-accademico, si adatta perfettamente

a esemplificare la posizione subordinata in cui gli studenti sono collocati e che ne dispone l'assoggettamento, culturale e materiale. La seconda, riferita al periodo storico, sottolinea come l'eventuale/ipotetico avvicendamento generazionale sia in quest'epoca slittato in un "dopo" permanente, di pari passo con le trasformazioni sociali, l'allungamento della vita (lavorativa), il prolungamento del tempo di studio, lo slittamento di tappe come l'uscita dalla famiglia, la crisi stessa del modello tradizionale di famiglia, e non ultima la congiuntura socio-economica che precarizza da un lato e blocca il ricambio dall'altro.

La strada delle pratiche è in qualche modo guidata dai richiami alla giustizia sociale e alla partecipazione comunitaria intrinseci all'ambito della salute globale. Prendendo come esempio il CSI, tratto caratteristico del suo operato è l'attenzione agli aspetti etici che la produzione e la trasmissione di sapere comportano, in una visione della scienza come portato sociale e in tal senso aliena alla neutralità che le viene attribuita. Una dichiarata coerenza tra assunti, enunciati e pratiche emerge come filo conduttore, articolata in alcune parole chiave: partecipazione e orizzontalità, interdisciplinarietà, ricerca e tras-form-azione, posizionamento etico. La prima sottolinea le modalità di lavoro interne al gruppo, che discendono dalla sua genesi ovvero dal desiderio degli studenti di fare ed essere parte di un cambiamento del contesto universitario. A ciò si ispira la volontà di costruire uno spazio collaborativo non gerarchico "che veda l'attiva partecipazione nei processi decisionali di tutti i collaboratori", in cui le decisioni sono prese per consenso e non per votazione in una sperimentazione "tesa a promuovere apertura, condivisione del sapere ed equità." La riflessione sull'interdisciplinarietà nasce dal riconoscimento della salute come oggetto-processo complesso, e dal desiderio di forzare i riduzionismi e i dualismi propri dell'approccio biomedico. Inoltre la partecipazione di

saperi, disciplinari e laici, provenienti da vari ambiti e livelli professionali è considerata "una preziosa – e forse unica – occasione di scambio e arricchimento reciproco". La ricerca è intesa in forma di ricerca-azione partecipata, che riconosce la soggettività e il diritto di autodeterminazione delle persone coinvolte. In questa stessa visione si iscrive l'attività didattica, volta a "formare professionisti con un 'potenziale trasformante' nei confronti di una società iniqua", dotati di capacità tecniche (sapere), consapevolezza critica del proprio ruolo (saper essere) e capacità di generare processi trasformativi (saper fare). Complessivamente, un processo di empowerment denominato 'tras-form-azione'. Infine, il richiamo all'etica indica la posizione non neutrale assunta dal gruppo, che in un contesto sociale riconosciuto come iniquo sceglie di agire consapevolmente in senso contrario ai processi di generazione delle disuguaglianze e orientato alla promozione della giustizia sociale e dell'equità. Ciò anche a partire dalle pratiche quotidiane, "cercando di agire sempre in coerenza con i propri valori fondanti, valutando con criticità gli ambiti di intervento, le fonti di finanziamento e le collaborazioni." (BODINI; SPADA; DI GIROLAMO, 2011, p.52)

Queste dunque le pratiche che consentono al processo di materializzarsi, alle esperienze di compiersi e maturare nella consapevolezza (perché, come già sottolineato, non è la consapevolezza a guidarle ma piuttosto questa emerge a posteriori, risignifica, dà valore, consente di (ri)orientarsi). Ricollegandosi anche alla descrizione del contesto dei paragrafi precedenti, è ragionevole ritenere che esse emergano da un lato per contaminazione (spillover) da altri movimenti (MEYER; WHITTIER, 1994), dall'altro che si strutturino in funzione della ricerca identitaria che, per conflitto/contrasto, si viene a definire rispetto agli ambienti (formativi) tradizionali.

Sia sul fronte della formazione che professionale, l'emersione della salute globale in Italia attinge molto da contesti altri, che influenzano direttamente o indirettamente scelte, immaginari, forme: il globale come internazionale, come spazio di ricerca/recepimento di stimoli, idee, conoscenze e pratiche, diventa l'ambito in cui muoversi per trovare quello che "a casa" manca, o è delegittimato. Analogamente, anche all'interno del processo esistono dinamiche di contaminazione reciproca e scambio di esperienze. All'eteronormatività, al sapere imposto, si contrappone l'autodeterminazione del significato, alla riproduzione il desiderio, all'alienazione la partecipazione, in una crescente emersione di soggettività personale e collettiva. Inoltre, prima ancora di 'globale' c'è 'salute': un campo che – liberato dal riduzionismo – si apre a sguardo di lettura di processi più ampi, interessando e coinvolgendo non soltanto (futuri) medici ma chiunque abbia del sociale una visione problematizzante e critica.

Bibliografia

ABBRACCIAMENTO, G. et al. **Medici senza camice, pazienti senza pigiama**. Socioanalisi narrativa dell'istituzione medica, Sensibili alle foglie, 2013.

BERTOLINI, G.; MASSA, R. (a cura), **Clinica della formazione medica**, FrancoAngeli, Milano, 1997.

BODINI, C.; SPADA, M.V.; DI GIROLAMO, C. Il Centro di Salute Internazionale dell'Università di Bologna: un luogo di tras/form-azione. **Giornale Italiano di Farmacia Clinica**, v.25, n.1, p. 50-56, 2011.

BODINI, C.; CIVITELLI, G.; FABBRI, A.; LORUSSO, A.; MARANINI, N.; RINALDI, A. Ripensare la formazione dei professionisti sanitari: stimoli, contributi, esperienze. **Saluteinternazionale.info**, 19 febbraio 2014.

BODINI, C. **Il personale (medico) è politico. Salute globale e processi tras/formativi in Italia**, Tesi di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, A.A. 2012-13, Università di Bologna.

BRUNO, S. et al. L'insegnamento della Salute Globale nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia in Italia: l'offerta formativa nel triennio 2007-2010. **Annali di Igiene Medicina Preventiva e di Comunità**, v.23, n.5, p.357-365, 2011.

_____. Global Health in Medical Education in Italy: the results of a national survey of current opportunities in the period 2007-2010 in the perspective of Global Health as "essential" issue of medical learning, Abstract Book 4th European Public Health Conference (Copenhagen, 9-12 November 2011), **Eur J Pub Health**, v.21, n.1, p.58, 2011.

CARBONI, M. **La cooperazione italiana: cronaca di una morte annunciata?**, Equilibri, 2011.

CARRINO, L. **Perle e pirati**. Critica della cooperazione allo sviluppo e nuovo multilateralismo, Centro Studi Erickson, Trento, 2005.

CIVITELLI, G. et al. La rete italiana per l'insegnamento della Salute Globale: attualità e prospettive. **Medici Manager**, n.2, p.14-19, 2010.

CIVITELLI, G.; MARCECA, M.; TARSITANI, G. (e la RIISG). **La valutazione dei corsi in Salute Globale: una riflessione metodologica**, Atti del 44° Congresso Nazionale S.It.I., Venezia, ottobre 2010.

DELLA RATTA, F.; FAZZI, G.; ZAMARO, N. **Le rappresentazioni del mondo del non-profit. Un'analisi lessicografica sulla stampa italiana nel 2010**, Atti JADT, 2012, p.375-388.

DELLA PORTA, D.; DIANI, M. **Social movements: An introduction.**, Blackwell publishing, 2006. 2ed.

DI GIROLAMO, C. et al. **I nuovi obiettivi formativi per l'insegnamento della Salute Globale nelle professioni sanitarie**, Atti del 44° Congresso Nazionale S.It.I., Venezia, ottobre 2010.

HORTON, R. Global science and social movements. Towards a rational politics of global health, **International Health**, n.1, 2009, p.26-30.

_____. Offline: Is global health neocolonialist? **Lancet**, n.382, p.1690, 2013.

MACFARLANE, S.B.; JACOBS, M.; KAAYA, E.E. In the name of global health: trends in academic institutions, **Journal of Public Health Policy**, v.29, 2008, p.83-401.

MARCECA, M. et al. Fare rete per la formazione. La collaborazione della Simm all'interno della Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG), In: ERACI, S.; RUSSO, M.L.; AFFRONTI, M. (a cura). **Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni**, Bologna, Pendragon, 2012.

MARCON, G. **Le ambiguità degli aiuti umanitari. Indagine critica sul terzo settore**, Feltrinelli, Milano, 2002.

MC MANUS, I.C.; LIVINGSTON, G.; KATONA, C. The attractions of medicine: the generic motivations of medical school applicants in relation to demography, personality and achievement. **BMC Medical Education**, v.6, n.11, 2006.

MEYER, D.; WHITTIER N. Social movement spillover. **Social problems**, n.41, p.277-298, 1994.

MILLAN, L.R. et al. What is behind a student's choice for becoming a doctor? **Clinics**, v.60, n.2, 2005, p.143-150.

MUSARÒ, P. L'industria delle catastrofi. Beneficienza mediatica e immaginario etico, **Salute e società**, v.3, 2006, p.177-187.

OSSERVATORIO ITALIANO SULLA SALUTE GLOBALE. Rapporto 2004. **Salute e globalizzazione**. Milano: Feltrinelli, 2004.

_____. **A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute**. 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. Pisa: ETS, 2006.

_____. **Salute Globale e aiuti allo sviluppo**. Diritti, ideologie, inganni. Pisa: ETS, 2008.

RINALDI, A. **Formarsi e formare in Salute Globale**: Saluteinternazionale.info. 5 marzo 2014. Disponibile all'indirizzo: <<http://www.saluteinternazionale.info/2014/03/formarsi-e-formare-in-salute-globale/>>.

RUCHT, D. Un movimento di movimenti? Unità e diversità fra le organizzazioni per una giustizia globale. **Rassegna italiana di sociologia**, n.2, 2005, p.275-306.

SEGRETARIATO ITALIANO STUDENTI IN MEDICINA (SISM), **Il Laboratorio di Mondialità: il nostro approccio per la formazione in Salute Globale**, Saluteinternazionale.info, 6 ottobre 2010. Disponibile all'indirizzo: <<http://www.saluteinternazionale.info/2010/10/il-laboratorio-di-mondialita-il-nostro-approccio-per-la-formazione-in-salute-globale/>>.

VALERIO, P.; CIANNELLA, C.; BOLZAN, M. **La laurea in medicina**. Lungo i percorsi di una difficile scelta. Milano: FrancoAngeli, 1999.

LA SALUTE GLOBALE IN BRASILE

*Alcindo Antonio Ferla
Cristian Fabiano Guimaraes*

Il dibattito internazionale sulla salute globale si associa, generalmente, ai discorsi relativi alla fase attuale dei processi di globalizzazione. Kawachi & Wamala (2007) definiscono la globalizzazione come “the closer integration of economies and societies.” (KAWACHI; WAMALA, 2007, p.5) Per questi autori:

Globalization is a term that is used in many ways, but the principal underlying idea is the progressive integration of economies and societies. It is driven by new technologies, new economic relationships, and the national and international policies of a wide range of actors, including governments, international organizations, business, labor and civil society. (KAWACHI; WAMALA, 2007, p.5)

Tuttavia, circoscrivere l'emersione di un sapere in salute globale al discorso sulla fase attuale dei processi di globalizzazione così come è stato costruito a livello internazionale negli anni novanta e duemila, significherebbe

ridurre il potenziale di questo campo del sapere. Questo testo si propone, pertanto, di problematizzare il concetto di salute globale nello scenario brasiliano, cercando di evidenziare come si relaziona con i saperi e le esperienze che sono state sviluppate in Brasile nel campo della salute collettiva. A questo scopo, analizzeremo alcune esperienze che discutono gli effetti della globalizzazione sui sistemi locali di salute in differenti paesi. Queste considerazioni ci aiuteranno a comprendere come la salute globale contribuisca ad ampliare la visione del campo micro-politico, o processuale, che rinforza la dimensione dei determinanti sociali della salute. Infine, presenteremo alcuni elementi che definiamo “*intervenenti*” nella produzione del sapere in salute globale, allo scopo di costruire “resistenze” che ci permettano di affrontare i problemi principali dei sistemi sanitari contemporanei.

L’ambito della salute globale, tradizionalmente, è stato poco discusso nel campo della salute collettiva brasiliana. Con tutta probabilità questo è dovuto al fatto che, ancora, ci sono numerose urgenze da affrontare nel contesto delle politiche pubbliche sanitarie. Garantire l’accesso al sistema sanitario, per esempio, rappresenta ancora oggi un grosso problema, nonostante i numerosi sforzi effettuati dal governo nel tentativo di rafforzare il sistema di assistenza primaria, considerato una buona risposta alle disuguaglianze esistenti.

Ciò che si è sempre discusso in termini di salute globale sono esperienze di ricercatori brasiliani realizzate in altri paesi, sia nel contesto di progetti scientifici, sia in quello di progetti di cooperazione allo sviluppo, come per esempio nel caso di Haiti, in cui la prospettiva è quella di trasferire saperi e pratiche in salute. Tuttavia, non possiamo confondere la salute globale con tali esperienze di cooperazione spesso transitorie o caratterizzate da un approccio missionario.

Ora, il nostro nuovo punto di partenza per discutere e pensare le questioni relative alla salute globale è la constatazione del fatto che le urgenze da affrontare nel campo delle politiche pubbliche sanitarie hanno sì radici locali, ma sono anche co-prodotte in uno scenario globalizzato, generando effetti globali. Pertanto il sapere in salute globale si configura come un elemento strategico per la comprensione dinamica dei problemi contemporanei e per la composizione di nuove possibili soluzioni. E’ da questo punto di vista che discuteremo la questione della salute globale nel contesto brasiliano, cercando di fare emergere quegli elementi fondamentali alla discussione, quando ci proponiamo di avere un impatto nella riduzione delle disuguaglianze sociali e di contribuire al miglioramento della salute delle nostre comunità.

Comprendere la relazione globale-locale a partire dal settore sanitario

Foucault (2011a) ci aiuta a pensare alla relazione locale-globale nel contesto sanitario. Nel testo intitolato *La nascita della medicina sociale* l’autore esplora la nozione di medicina sociale enfatizzando le differenze di significato che si presentano in tre distinti contesti locali: in Germania, in Francia e nel Regno Unito. Con questo, ci mostra come in funzione della realtà sociale e delle questioni principali poste in analisi in ognuno dei differenti contesti, si verifichi una differenziazione sostanziale del concetto di medicina sociale, senza, tuttavia, che con ciò si perda un effetto *globale* di questo sapere, manifestato come tecnica di disciplina dei corpi. Esistono, quindi, differenti tipi di medicina sociale posti in contesti locali con caratteristiche geopolitiche differenti, ma nello stesso momento tali pratiche si articolano in una prospettiva più ampia di tecnologia del corpo sociale, che si associa ad un effetto globale.

Proseguendo nella lettura dell'opera di Foucault vediamo che negli ultimi corsi che ha tenuto, le nozioni di "governamentalità" e "biopolitica" hanno assunto una rilevanza preminente, principalmente in riferimento ai discorsi relativi al governo della vita e della presa in carico del sé. L'autore (2011a; 2011b; 2011c; 2011d; 2008; 2005a; 2005b), utilizzando il metodo genealogico, analizza esperienze locali allo scopo di comprenderne gli effetti globali sulle singole soggettività. La "governamentalità" acquista significato a partire dallo sviluppo della ragion di stato, agendo come strumento di normalizzazione delle soggettività. Il concetto di "biopolitica", invece, identifica un certo modo di organizzare la vita, prodotto derivato dal gioco di relazioni esistenti in una determinata epoca: si tratta di una politica della vita. Il pensiero sviluppato dal filosofo ci suggerisce, quindi, che le pratiche locali compongono un insieme di relazioni che determinano movimenti più ampi, e allo stesso tempo, che i movimenti più ampi producono determinate relazioni che condizionano le pratiche locali, in un *continuum* di relazioni concatenate in cui la vita viene prodotta.

La medicina sociale latinoamericana, per esempio, specialmente nella seconda metà degli anni cinquanta, si è organizzata a partire dalla critica al sapere originato dalla sociologia americana, di carattere funzionalista, e ha contribuito a introdurre in America Latina la prospettiva del materialismo storico. Vari paesi dell'America del Sud hanno cominciato in quel periodo a sperimentare esperienze locali aventi come filo conduttore una prospettiva più ampia, di lotta contro le dittature e di difesa dei diritti umani, in particolar modo del diritto alla salute. Movimenti/agitazioni occorse a livello globale hanno influenzato numerose esperienze locali, ma allo stesso tempo varie esperienze locali hanno apportato un significativo contributo alla

composizione di una nuova geopolitica della salute a livello mondiale.

Guimarães (2015) ha evidenziato l'esistenza di una continuità storica tra gli scenari delle riforme sanitarie italiane e brasiliane, rintracciabile, negli anni settanta, nella costruzione di un pensiero in salute collettiva brasiliano in sintonia con le agitazioni prodotte dal movimento operaio italiano. L'autore evidenzia come esperienze locali, prodotte in Italia, si sono de-territorializzate nel contesto brasiliano e hanno contribuito alla costituzione del pensiero riformista e all'invenzione del concetto di Salute Collettiva. Un processo di democratizzazione si è verificato in molti stati nazione, quasi come se fosse stato un movimento globale, nonostante ciascuna realtà locale si sia appropriata di questo processo in maniera o in periodi differenti.

Nella discussione del binomio locale-globale è possibile caratterizzare tre importanti meccanismi che utilizzeremo per pensare alle questioni di salute globale in Brasile: 1) la necessità di far circolare il sapere, producendo "*incontri significativi*" tra differenti persone in differenti contesti. 2) Liberare il movimento dell'immaginazione, non per produrre nuovi segni o valori sulla realtà, ma piuttosto per far sì che, a partire dalla mescolanza di differenti culture, persone ed esperienze, sia possibile produrre un nuovo spazio nelle identità individuali, uno spostamento. Ovvero, a partire dagli incontri significativi, liberare una potenza che si costituisca come dispositivo di produzione di singolarità, di modificazione della concatenazione esistente. 3) Formare nozioni comuni, promuovere la comprensione delle relazioni che formano gli oggetti, e di ciò che concorre alla loro normalizzazione, costituendosi come un potente elemento di formazione di soggettività "governamentalizzate", in cui la "biopolitica" funziona come politica di controllo, o disciplina, della vita. Questi

elementi acquireranno significato soltanto se verranno provocati alcuni avvicinamenti atti a problematizzare la realtà e a far sì che il pensiero si sposti da un certo standard di razionalità che tende alla chiusura o alla riproduzione di modelli ideali sulla vita, essa stessa oggettivata e destituita di ogni potenza.

Questioni di Salute Globale: tre casi per l'analisi

Abbiamo scelto tre esempi che ci possono aiutare a comprendere la questione della salute globale, e che ci permettono di enfatizzare la tensione che esiste tra il locale e il globale dal punto di vista della micro-politica delle relazioni: l'introduzione della medicina scientifica in Tibet, il problema dei conflitti etnici in Sri Lanka e il dibattito relativo all'AIDS nel contesto africano. Tali esperienze contribuiscono a sviluppare un pensiero relativo allo scenario brasiliano, determinando spostamenti dei punti di vista che permettono la creazione di nuove prospettive di analisi.

Adams (2002) discute il processo di trasformazione del modello sanitario tibetano, transitato verso un modello più o meno ibrido, che coniuga elementi tradizionali ad aspetti medici ispirati al paradigma biomedico. Nonostante in quel contesto il significato del concetto di scienza venga piuttosto problematizzato, alcuni praticanti della medicina tibetana hanno cominciato a rivendicare il carattere scientifico della loro disciplina, allo scopo di comprovarne l'efficacia. Tali rivendicazioni, però, erano cariche anche di significati politici ed economici di stampo neo-liberista, indirizzati allo Stato e agli attori internazionali. Attraverso la marginalizzazione della cultura tradizionale religiosa e l'azione di dissidenti politici, in ambito sanitario, i medici hanno favorito processi di giustapposizione dell'approccio

scientifico moderno a quello tradizionale, incorporando al sapere medico elementi mistici e rituali caratteristici della cultura locale. Questo movimento di incorporazione, secondo Adam (2002), rappresenta il processo attraverso cui si è concorso alla conversione della medicina tibetana in un bene commerciabile nel mercato internazionale. Tali ricadute sono tipiche della fase attuale della globalizzazione: in Tibet la medicina aveva l'interesse di diventare scientifica non soltanto in funzione (o come risultato) di politiche interne, ma soprattutto a causa delle dilaganti politiche di liberalizzazione economica. Anche in questo contesto, infatti, si è assistito ad un crescente consumo di farmaci allopatrici e procedimenti biomedici, in parte grazie allo sfruttamento simbolico di alcuni elementi della medicina tradizionale.

Incorporare al sapere scientifico nuovi elementi funzionali al mercato biomedico ha prodotto un consumo crescente di tecnologie. In Brasile questa dinamica è lampante nel contesto del Sistema Unico di Salute – SUS, principalmente per quel che concerne la prescrizione di farmaci. La pressione che l'industria farmaceutica esercita su medici e sistema sanitario ha contribuito ad aumentare la "giudizializzazione" della sanità, processo attraverso cui, mediante un'azione di tipo giuridico, si forza lo stato a comprare farmaci non inclusi nella lista del SUS o perché di efficacia non comprovata, o perché sono presenti sul mercato sostanze con un rapporto costo/beneficio più favorevole. È proprio la sovrapposizione tra scienza medica e interesse del mercato farmaceutico che favorisce l'espansione della medicalizzazione della salute.

Trawick (2002), invece, ha evidenziato come le istituzioni possano concorrere al mantenimento di conflitti etnici che agendo a livello culturale determinano ricadute importanti nelle dimensioni relative alla salute

(colonizzazione dell'immaginario). Riferendosi alla realtà dello Sri Lanka, per esempio, l'autore rivela da un lato che molto spesso i miti etnici locali si caratterizzano per una forte legittimazione della violenza, ma dall'altro, che la responsabilità di quest'ultima è in gran parte rintracciabile nell'operato delle istituzioni che frequentemente lucrano con il conflitto e stimolano la riproduzione di tali miti. L'autore mostra come le istituzioni siano state responsabili dello scoppio e del mantenimento di una guerra etnica, in cui sentimenti di violenza sono stati perpetuati a partire dalla conservazione di un clima di terrore, confacente alla radicalizzazione dell'identità etnica. Con ciò si vuole affermare che senza problematizzare la dinamica di produzione della soggettività in Sri Lanka e il contributo offerto dalle istituzioni e dallo stato, si rischia di sostenere una visione naturalizzata della violenza e dei conflitti etnico-razziali, negando le relazioni micro-politiche che concorrono al loro rafforzamento. Queste questioni ci offrono delle piste interpretative per pensare alle relazioni che si stabiliscono in Brasile, in cui la maggioranza delle persone uccise con atti violenti (omicidi per esempio), sono adolescenti o adulti afro-discendenti. Ciò mette in luce un silenzioso conflitto razziale che alimenta il circuito della violenza. In Brasile, inoltre, vi sono relazioni molto tese tra il sistema sanitario pubblico e quello privato, poiché entrambi coesistono costantemente in disputa. Comunemente l'offerta del sistema pubblico viene percepita come incipiente, e questa prospettiva è, tra l'altro, fortemente sostenuta dai media *mainstream*. Ciò contribuisce ad aumentare le difficoltà che lo stato ha nel garantire l'accesso al sistema, nonostante i numerosi sforzi del governo. E' ancora pressante l'idea che il sistema sanitario pubblico sia soltanto per i poveri. Questa situazione concorre al mantenimento del sub-finanziamento cronico delle politiche sanitarie, che si accompagna alla deregolamentazione del mercato privato che avanza in

tutto il paese, avvalendosi anche dell'entrata di capitale straniero. Di conseguenza si assiste ad una precarizzazione dei servizi pubblici e ad un aumento del lucro dell'iniziativa privata sul fallimento del modello universale. Anche in questo caso, siamo di fronte ad una dinamica che produce violenza, rafforzando il desiderio per il privato e il default del pubblico come modello ideale.

Bibeau & Pedersen (2002), dal canto loro, hanno messo in luce come l'idea di vulnerabilità della popolazione africana all'AIDS derivi da un processo culturale che evidenzia il modo in cui la civiltà occidentale ha compreso e giudicato la cultura nera, a partire dal XVIII secolo. Questa idea è stata costruita in associazione a un processo storico di moralizzazione della "sessualità africana", in cui tali popolazioni venivano accusate di non essere in grado geneticamente di limitarsi/controllarsi sessualmente, e a causa della loro poligamia – tratto storico della cultura di quei luoghi – divenivano maggiormente "predisposte" a tale malattia. La questione dell'AIDS in Africa acquista significato per gli europei soltanto se interpretata alla luce di questa "predisposizione genetica" sostenuta da un approccio moralista/religioso relativo al comportamento sessuale di quelle popolazioni. Ciò ha contribuito al rafforzamento di certi stereotipi razziali sviluppatasi precedentemente, in contemporanea alla razionalità europea e allo sfruttamento della cultura nera. Per molti intellettuali dell'ambito medico, è come se esistesse un'ontologia della suddetta epidemia, correlata alla matrice africana. Questo posizionamento ha concorso allo sviluppo di numerosi pregiudizi che hanno contribuito al fallimento dei tentativi di controllo di tale epidemia in Africa. Bibeau & Pedersen (2002) definiscono questo fenomeno di "razzismo scientifico", caratterizzato da un discorso che parte dal presupposto che esista una causa naturale per l'AIDS associata al contesto evolutivo e alle caratteristiche individuali della società africana relative alla

questione della sessualità. Affermando credenze e pregiudizi, questi discorsi rafforzano, secondo l'autore, l'adesione della civiltà europea al modello familista e monogamico come comportamento sessuale ideale. Inoltre, evidenzerebbero anche come le pratiche locali vengano distorte da letture della realtà finalizzate a produrre un effetto globale, sia nel contesto africano, sia in quello europeo. Anche nel contesto brasiliano, caratterizzato da forti divisioni sociali, il "razzismo scientifico" appare come un importante elemento da analizzare. Questa questione è fondamentale, poiché la razionalità predominante in ambito sanitario ha privilegiato il modello bianco-borghese-europeo, rendendo più difficile la comprensione di numerose variabili inerenti al complesso scenario culturale in cui si producono.

Per comprendere la questione della micro-politica delle relazioni nelle tensioni che si producono tra il globale e il locale, è necessario identificare i meccanismi che, agendo in maniera concatenata, producono differenti "affetti"¹ e modi di interpretare la realtà. Inoltre è anche necessario comprendere come queste interpretazioni si territorializzino negli scenari concreti. Si tratta di fare emergere le dinamiche che sostengono tali relazioni e produrre un cambio di prospettiva. Ciò significa che prestare attenzione alle questioni sollevate dagli studi in salute globale, ci permette di costruire una mappa di relazioni, tensioni e conflitti che esercitano pressioni o corroborano i processi di presa di decisione rispetto alle politiche e ai sistemi sanitari nazionali, influenzando anche le scelte relative alle azioni e alle modalità concrete di intervento e costruzione dei processi assistenziali. Tali questioni paiono

¹ Nella rilettura di Spinoza da parte di Gilles Deleuze, per *affezione* si intende "lo stato di un corpo in quanto subisce l'azione di un altro corpo"; si intende dunque una 'influenza'; l'effetto di un corpo su un altro corpo. Gli "affetti" in questo senso devono essere intesi come 'influenze'. Si veda Gilles Deleuze (2007), "Cosa può un corpo. Lezioni su Spinoza", Ombre Corte, Verona. (DELEUZE, 2007)

oggi fondamentali per i *policy makers*, per esempio, dal momento che questi rappresentano sia gli ideatori che i decisori sulle politiche pubbliche.

Nello scenario brasiliano, in cui la discussione sulla micro-politica della salute ha guadagnato rilevanza nelle ultime decadi, la prospettiva della salute globale si è arricchita di nuove prospettive. Da una parte abbiamo la dimensione macro-politica dei determinanti sociali della salute e dall'altra la necessità di comprendere come tali determinanti producono (e contemporaneamente vengono rinforzati da) i processi micro-politici che si generano nella tensione esistente tra globale e locale (e relative concatenazioni). Prendendo come focus di analisi la dimensione processuale e micro-politica, abbiamo iniziato a studiare la salute globale dalla prospettiva della "governamentalità" e della produzione del "biopotere", allo scopo di evidenziare i meccanismi locali che contribuiscono alla produzione di una salute globale fortemente identificata con il rafforzamento del modello biomedico e con l'espansione del mercato della malattia, producendo una de-politicizzazione della sanità.

Salute Globale e "governamentalità": che cosa suggeriscono gli studi di Salute Globale?

Attualmente c'è una tensione tra i valori che definiscono l'identità di una nazione e quelli originati dalla modernizzazione e dalla globalizzazione. Piagg (2002) ha indagato l'intersezione tra le priorità internazionali in sanità pubblica e la loro relazione con le realtà locali, allo scopo di comprendere le "risposte" prodotte in termini di valori sociali. Nei suoi studi ha rilevato che l'agenda internazionale o transnazionale tende a creare nuovi spazi nei quali l'identità nazionale viene re-interpretata, in ambito

sanitario e di sviluppo economico, secondo la filosofia predicata dagli organismi internazionali. In tal senso, l'autore sottolinea l'importanza di esaminare criticamente l'agenda della sanità pubblica globale, e come la medicina scientifica e le aspettative di sviluppo economico influenzino le politiche sanitarie nazionali in nome di riforme dei sistemi assistenziali e della razionalizzazione della pratica medica. Efficacia e efficienza rappresentano il filo conduttore che sostiene la rapida globalizzazione provocata dalla crescente pluralizzazione e ibridazione della pratica medica, sotto l'egida del modello biomedico.

Il sapere medico è dinamico e il suo cambiamento è il risultato di fattori politici e sociali (gli stessi che concorrono alla produzione della conoscenza), nonché delle innovazioni tecnologiche ad esso correlate. (LOCK & NICHTER, 2002) Col passare del tempo, diventa sempre più evidente la pressione che le grandi industrie farmaceutiche e il settore dell'assistenza medica *for profit* esercitano sulle politiche di sanità pubblica, trasformando questo territorio in un'arena di dispute di interessi economici. Tra i molti effetti prodotti da questo processo, il cambiamento culturale avvenuto nell'ambito medico ha raggiunto ciò che Leslie (1980) chiama di "medicina occidentale", definita come modello dominante e in sintonia con il paradigma biomedico.

Questo modello opera nel tentativo di adattare i "modi" alternativi di fare medicina, che esistono in differenti culture e società, al modello dominante. Ciò concorre alla creazione di un processo di omogenizzazione delle esperienze di salute/malattia, al fine di costruire stili di vita coerenti con l'espansione capitalista. Discutendo la tradizione medica asiatica, Leslie (1980) sottolinea all'inizio degli anni ottanta che tale sistema apparteneva già a un mondo globalizzato, suggerendo l'esistenza di un movimento verso la costruzione di sistemi di salute globali.

Nella concezione dell'autore, tale movimento si produce in sintonia con la modernizzazione della medicina scientifica, che fa sì che tutte le altre forme di medicina vengano marginalizzate, a favore della creazione di un sistema medico standardizzato (biomedico).

La creazione di un tale sistema, generalmente, non permette che le caratteristiche locali vengano considerate nello sviluppo delle strategie di assistenza alla salute. In questo contesto, non dobbiamo meravigliarci del fatto che la logica della "neutralità" sia un aspetto determinante dei saperi e delle pratiche mediche, poiché è così che si fa la medicina in qualsiasi posto del mondo, basta che vi sia la disponibilità di risorse materiali e tecniche, di macchinari per realizzare esami, farmaci di ultima generazione, grandi ospedali, sale chirurgiche ben equipaggiate, ecc...ecc... Di fronte ad una medicina occidentale che si comprende come modello ideale, pochi aspetti delle pratiche mediche locali potranno essere incorporati. Entreranno a far parte di tale modello soltanto quelle pratiche che attraverso test e validazioni guadagneranno il titolo di nuovi prodotti scambiabili e offribili sul mercato globale dell'intervento sulla malattia. Questo fenomeno altro non è che un tentativo del modello "ideale" di mantenere un certo grado di pluralismo e di complementarità con le culture locali, anche allo scopo di diffondersi maggiormente ed espandere i propri mercati. Pertanto, nel mondo globalizzato, il pluralismo e la complementarità vengono interpretati come norme, nella costruzione dei sistemi assistenziali, per il raggiungimento del modello biomedico.

Secondo Ferzacca (2002) il pluralismo medico può essere analizzato a partire dal concetto di "governamentalità" di Foucault: l'autore prende come esempio la costruzione della nozione di medicina in Indonesia, affermando che forme di medicina basate sui concetti di sviluppo erano

permesse, mentre forme ibride di medicina non lo erano perché interferivano con la costruzione dell'identità nazionale. Per questo l'autore suggerisce che la biomedicina, la salute pubblica e i sistemi sanitari sono strumenti di "governamentalità", in quanto produttori di una norma e di una ragione che producono ricadute importanti nel sostentamento delle forme di governo. Lo sguardo della salute globale, pertanto, si configura come un'efficace strumento che aiuta a comprendere come viene costruita la "governamentalità" nello scenario contemporaneo.

Una delle principali tecniche suggerite da Foucault (2009) che contribuiscono alla composizione del governo del se e degli altri, è il discorso sul rischio. Per Hacking (1986) il concetto di rischio, elemento cruciale per il lavoro degli epidemiologi e dei professionisti di sanità pubblica, trasforma le persone in "categorie di rischio". E' senza dubbio una delle principali espressioni del "biopotere" in tutto il mondo. Ossia:

It is one thing to know that you are poor, hungry, and often sick. It is another thing altogether to think of oneself as undeveloped or a member of a risk group. One comes to understand how to be a "development category." (PIGG, 2002, p.267)

La nozione di rischio trasforma le singolarità in un insieme seriale e omogeneo, in cui il soggetto viene inteso come inserito in una categoria, la cui traiettoria di vita è calcolata, attesa o prevedibile. La costruzione delle politiche sanitarie, siccome considera la nozione di rischio come elemento fondamentale di organizzazione dei sistemi, si costituisce come una forma di neocolonialismo contemporaneo, attraverso l'appropriazione della soggettività. Il calcolo del rischio, per esempio, è centrale

per la costruzione delle strategie di prevenzione, nelle quali osserviamo la produzione e la proliferazione di politiche o di modelli ideali di responsabilità individuali che facilmente si trasformano in obblighi sociali. A partire dal discorso del rischio, le persone dovrebbero diventare "naturalmente" predisposte a traiettorie di vita definite dall'anticipazione del rischio, poiché questa rappresenta una potente strategia di anticipazione del futuro nel presente, che impedisce l'alterità.

Lo scenario globale pare caratterizzato da forme di prevenzione basate sullo *screening* e sul controllo del rischio. E' come se la prevenzione potesse essere realizzata soltanto attraverso l'utilizzo degli strumenti dell'industria degli esami e dei farmaci. Se analizziamo, per esempio, le pratiche di prevenzione sviluppate nello scenario italiano, e più specificatamente nella Regione Emilia-Romagna, ci rendiamo conto di quanto siano state disegnate secondo una logica di attenzione ai gruppi di rischio, come per esempio la popolazione migrante, allo scopo di rintracciare la malattia nella popolazione, definire o adattare stili di vita, e provvedere al trattamento del comportamento deviante. Non a caso, sia nel contesto della prima riforma sanitaria italiana, sia in quella brasiliana, durante gli anni settanta, la questione della prevenzione è stata ampiamente discussa, sia da Macaccaro (1976a; 1976b; 1973; 1972; 1970) in Italia, sia da Arouca (2003) in Brasile.

Foucault (2008) stesso ha identificato nella prevenzione un importante meccanismo di "governamentalità". In questo senso, appare di cruciale importanza comprendere il ruolo del rischio come determinante sociale di un "modo" di fare sanità che identifica nella medicina scientifica ad alta tecnologia il proprio modello ideale. Nel campo della medicina del lavoro, per esempio, la nozione di rischio rappresenta la base della disciplina stessa, e la prevenzione

emerge come la strategia fondamentale. Hogstedt, Wegman & Kjellstrom (2007) sostengono che le condizioni di sicurezza nell'ambiente di lavoro e la salute del lavoratore vengono rese vulnerabili in un sistema economico basato sul libero mercato. Denunciano anche l'esistenza di una tendenza mondiale al controllo dei salari, della protezione sindacale e dei diritti dei lavoratori in generale. Per sostenere queste argomentazioni, gli autori hanno esaminato i principali gruppi di popolazioni a rischio, con maggiori possibilità di ammalarsi e di morire in funzione del lavoro svolto. Hanno mostrato che queste popolazioni sono esposte a lunghe giornate di lavoro, in situazioni di scarsa protezione individuale e con un sistema di supporto deficitario. Donne, bambini e persone che vivono in condizione di lavoro forzato sono i principali gruppi di rischio. Hanno concluso che la globalizzazione del sistema economico basata sul libero mercato, caratterizzata da lavoro flessibile e poca regolamentazione, ha mostrato in maniera chiara i rischi correlati ad un modello che non prevede un sistema preventivo che sostenga in maniera consistente la salute dei lavoratori. Il sistema di prevenzione dovrebbe essere potenziato attraverso la partecipazione della società civile, poiché quest'ultima è fondamentale per il dibattito sulla salute e la sicurezza sul lavoro, ma anche per rafforzare il "modello di governance": *"The dialog between different stakeholders clarity to the issues in a non confrontational atmosphere."* (op. cit. p. 152)

Hogstedt, Wegman & Kjellstrom (2007) chiariscono anche la loro posizione rispetto ai sistemi sanitari pubblici, specialmente in contesti di transizione del *welfare* in senso neo-liberista. Per gli autori, la globalizzazione esercita un effetto straordinario sul settore pubblico, come evidenziato dal fatto che la ristrutturazione dei servizi pubblici è stata giustificata come un'azione di "risanamento" necessaria ad affrontare la crisi e allo scopo di mantenere la stabilità

economica. *"(...) the neoliberal form of globalization incorporates a general notion that public services are always inefficient (...)"* (op. cit. p.150) Concludono, infine, che di fronte al fallimento delle pratiche di ristrutturazione del settore pubblico, l'unica soluzione plausibile alla realizzazione di tali servizi sarebbe quella offerta dall'iniziativa privata, dotata di migliori condizioni per rispondere alle necessità di tale settore.

Concretamente, osservano che ciò che spinge le apicalità dirigenziali a preoccuparsi delle questioni relative alla salute dei dipendenti è la presenza di un elevato carico di malattie professionali con conseguenti numerose giornate di lavoro perse e pregiudizio economico derivante dalla ridotta produttività. Le azioni intraprese vertono al controllo dei rischi e alla valutazione dell'impatto provocato dalla riduzione del lavoro, in termini di costi e di deficit economico. Viene riconosciuto, di fatto, che la salute dei lavoratori si correla a costi diretti e indiretti per il lavoro, poiché la malattia, producendo perdite non trascurabili, si riflette anche sul prezzo finale dei beni o servizi prodotti, nonché sul lucro dell'impresa. Secondo gli autori, pertanto, appare chiaro come non venga nemmeno messo in discussione un cambiamento nel modo in cui vengono prodotte le relazioni di lavoro, o la necessità di stimolare lo sviluppo del lavoratore come soggetto politico; piuttosto ci si concentra appena al controllo dell'ambiente e delle vulnerabilità, mediante pratiche di anticipazione del rischio. Tale prospettiva economicista e neo-liberista diventa ancora più evidente quando osserviamo che il settore sanitario è stato interessato dai programmi di aggiustamento strutturale proposti dal Fondo Monetario Internazionale - FMI.

Nel 1999 la Banca Mondiale e il FMI hanno identificato nelle politiche di promozione dell'equità, di partecipazione

sociale e di riduzione della povertà, il focus principale dei loro programmi di aggiustamento economico e sociale. Tali politiche sono volte a stimolare la partecipazione della società civile nella costruzione attiva di azioni di contrasto alla povertà. La partecipazione della società civile e del settore privato nella costruzione delle suddette azioni diventava così la strategia adottata dalla Banca Mondiale e dal FMI per fare avanzare le politiche di aggiustamento economico nelle differenti realtà locali. Comprendere e riconoscere la natura dinamica e multidimensionale della povertà è importante tanto quanto implementare strategie di gestione che beneficino chi si trova in tale condizione. Ora, tale strategia si trovava in stretta relazione con la necessità di aprire nuovi mercati di consumatori, e, allo stesso tempo, di sviluppare nuove pratiche di “governamentalità”. Di fatto, un recente *report* dell’Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS (DODD & HINSHELWOOD, 2002) ha evidenziato come pochi paesi abbiano utilizzato il *Poverty Reduction Strategy Papers* - PRSP come opportunità di analisi dei propri sistemi sanitari nazionali a partire dalla prospettiva della povertà o per presentare strategie focalizzate sulla sua riduzione. Berman & Shelton (2007) affermano che, nonostante il PRSP sia stato un buon punto di partenza per investire nel miglioramento della salute dei poveri, le evidenze di un suo impatto sul settore sanitario sono molto limitate, specialmente perché: “(...) *at present the World Bank is mainly criticized for rejecting health as a human need and a social right and for promoting private provision of health care.*” (BERMAN; SHELTON, 2007. p.221)

Bujra (2000) mette in luce un’altra dimensione trasversale che si produce nella tensione tra il globale e il locale: l’utilizzo delle emozioni, da parte dell’industria farmaceutica, come meccanismo di induzione. Nelle sue parole:

The pharmaceutical industry is heavily invested in playing off the anxieties of population by providing a wide array of ready-made harm reduction and health promotion resources. (BURJA, 2000. p.13)

L’industria farmaceutica sta investendo fortemente sull’ansia della popolazione, attraverso un’ampia gamma di prodotti, proposte di riduzione del danno “*ready-made*” e risorse della promozione della salute. (BURJA, 2000) La produzione di ansia e paranoia, elementi che muovono il consumo e promuovono la paura, ha mobilitato “affetti” che hanno concorso a stimolare l’individualismo contemporaneo, e reso più complicata la produzione di pratiche collettive, che vedano la partecipazione della comunità nella proposizione di politiche sociali. La paura della malattia organizza uno spazio in cui le relazioni di conflitto sono equiparate e tradotte in patologia. In questo scenario, il discorso della prevenzione è una strategia per far sì che il soggetto assuma il ruolo di malato, consumando farmaci e procedimenti diagnostici. Da questo punto di vista, pertanto, tali test non rappresentano soltanto uno strumento di vigilanza, ma bensì corroborano la costituzione di uno spazio in cui le relazioni sociali vengono articolate a partire dal territorio della gestione terapeutica. In altri termini, fungono da meccanismo di “biopotere”: la relazione e l’azione terapeutica sono articolate in modo auto-cosciente, attraverso la partecipazione dell’utente, e ciò contribuisce all’auto-organizzazione della vita delle persone sulla base del discorso scientifico medico-egemonico.

Rispetto a tutte queste questioni, ciò che le pratiche locali in salute hanno dimostrato, specialmente quelle sviluppate in Brasile nell’ambito della Primary Health Care, denominate come *Azioni di Assistenza Basica in Salute*, è che

molte pratiche raccomandate dagli organismi internazionali sono irrealizzabili per molti settori della popolazione, considerando le risorse disponibili, i loro stili di vita e le relazioni di genere e di potere esistenti.

Sfide della Salute Globale nel Contesto brasiliano

Gli studi di salute globale prodotti in Brasile hanno evidenziato come la produzione di analisi critiche dei processi sociali, politici ed economici associati alla globalizzazione siano scarsi (BIEHL; PETRYNA, 2014) Ci sono ancora pochi studi che discutono il concetto e i principi della salute globale (FORTES; RIBEIRO, 2014), così come la prospettiva epistemologica che sorregge questo sapere. (MATTA; MORENO, 2014) Ciò nonostante, tale ambito ha risvegliato l'interesse di diversi autori.

A partire da queste premesse, discuteremo alcune sfide della salute globale in Brasile, allo scopo di contribuire a questo crescente dibattito.

Una delle sfide attuali più importanti è la necessità di comporre una matrice globale-locale che funzioni come dispositivo di produzione di resistenze, intese come pratiche capaci di inventare nuove forme di governo dotate della "potenza" necessaria a mettere in crisi il modo in cui la "governamentalità" produce soggetti civilizzati modellati dai flussi neo-liberisti.

Tali resistenze si propongono di fronteggiare il feedback positivo tra scienza-tecnica-industria-economia che si costituisce come un circolo vizioso non più localizzabile in un unico territorio. Questo perché, secondo Morin (2007), si osserva la produzione di un manicheismo che crea spazi di conflitto all'interno delle nazioni, vissuti (dentro i limiti degli stati-nazione) come problemi individuali. La modernità ha

contribuito alla specializzazione e alla rigidità delle società (tecnificazione), portando allo sviluppo dell'individualismo; in essa possiamo rintracciare elementi di complementarità ed antagonismo. A parer nostro, è proprio nelle possibilità aperte dagli antagonismi che si possono produrre importanti trasformazioni, potenzialmente capaci di farci superare il modello biomedico.

Esiste una meccanica globale che indossa differenti maschere nei differenti contesti locali. Ciò nonostante, dispone di caratteristiche trasversali comuni, globali. Siccome la relazione globale-locale è compresa in maniera frammentata, le forze di resistenza a tale meccanica sono insufficienti. Ciò ha portato ad una progressiva chiusura, e allo sviluppo di ciò che Morin (2007) ha definito come razionalità provinciale, o di provincia.

Tale razionalità funziona per riduzione e disgiunzione (principi della scienza tradizionale), rendendo più complessa la comprensione dei fenomeni globali, poiché complica la contestualizzazione del sapere prodotto e frammenta la realtà. Stiamo problematizzando il processo di ragione strumentale, il cui effetto è la ripetizione e la standardizzazione, anche nelle relazioni di lavoro. È un pensiero incapace di concepire ciò che sta al di là della logica razionalizzante che il pensiero stesso ha istituito, che riduce la vita al calcolo e all'economico. Sovvertire questa prospettiva implica una relazione dialogica tra la razionalità e la dimensione affettiva, condizione fondamentale per liberare una "razionalità inventiva" che de-costruisce il soggetto strumentale caratteristico della modernità.

Per Morin (2007) quando gli antagonismi della realtà diventano paradossi, si configurano le condizioni affinché possa prodursi una metamorfosi, il cui scopo sia la preservazione delle singolarità e la trasformazione radicale dell'istituito. Una metamorfosi non è mai prevedibile.

Secondo l'autore: "La metamorfosi è invisibile in anticipo" (MORIN, 2007. p.30) e, per questa ragione, l'importante è creare le condizioni affinché si possa installare. In questo senso comprendiamo il locale-globale come un'ontologia, come un processo vorticoso in cui ogni elemento entra nella composizione dell'altro. Il globale-locale come esperienza/dispositivo di *agency*² di nuove composizioni; processo di risveglio dell'"uomo generico" di cui parlava Marx, ovvero, colui che porta con sé la "potenza creatrice", che permette di produrre reti e collettivi, componendo flussi trasversali.

Pertanto, è con la costruzione di un dispositivo globale-locale dotato di una razionalità aperta, generata in corto-circuiti e capace di produrre desiderio e resistenze, che si può liberare il potenziale necessario a sovvertire la naturalizzazione/oggettivazione della vita e la medicalizzazione della salute. La sua funzione consisterebbe nel liberare elementi di pre-organizzazione di mondi, necessari alla pratica politica e alla formazione di resistenze. Accompagnare la processualità attivata dal globale-locale significa abbandonare la ragione provinciale, strumentale, al servizio delle imprese capitalistiche, per lasciare emergere una razionalità aperta, in cui si realizza un principio di organizzazione e disorganizzazione di universi, come forma di mobilitazione di affetti e desideri.

Lungi dal pretendere che questioni globali, generalmente articolate agli interessi delle istituzioni e dei mercati transnazionali, vengano contestualizzate a livello locale, la prospettiva della salute globale, come la intendiamo noi, si propone di generare "uno straniamento", al fine di aprire uno spazio che faccia collassare la razionalità tradizionale, permettendo l'emersione della forza del disordine e del caso che contribuiscono alla produzione di mondi. Secondo Morin (2007) la società-mondo è il prodotto

² Dall'inglese, intesa come posizionamento attivo, soggettivo, incorporato. (si veda Pizza, 2003; 2007)

delle trasformazioni sperimentate dalla società; se a tali trasformazioni corrisponde una metamorfosi che opera sul piano dell'invisibile o per anticipazione, il mondo globale può essere percepito come uno spazio ontologico, in cui si opera la costituzione di nuove singolarità dell'essere. Quindi il globale è in divenire, perché la sua potenza è dell'ordine del collettivo. Nella tensione tra il globale e il locale, ciò che deve esprimersi è il collettivo come "potenza" (GUIMARAES, 2014), nel senso di mettere in movimento la possibilità di creazione di resistenze.

La sfida del globale-locale consisterebbe, quindi, in catturare gli elementi di pre-organizzazione dei mondi, al fine di prevedere i possibili destini della "potenza"; rafforzare quelli solidali, creativi e implicati con la difesa dei diritti umani, e resistere a quelli che si allineano al modello neo-liberista e di mercato in ambito sanitario. Si tratta di permettere che esperienze locali vengano contaminate con un divenire globale-resistente. Così si creano le condizioni affinché una rete ibrida si coniughi nella tensione tra locale-globale e globale-locale.

A partire da questa prospettiva, ci avviciniamo ancora una volta all'esperienza italiana, in cui la salute globale ha rappresentato un asse di resistenza capace di articolare militanza e salute, per riscattare il soggetto politico e difendere i diritti umani e l'universalità dei sistemi sanitari. Per gli italiani, così come per noi brasiliani, la "società-mondo" diventa una riproduzione omogeneizzante soltanto quando le viene impedito il contatto con un divenire globale-resistente, ossia, con ciò che esiste come virtualità e che favorisce la produzione del comune e la decostruzione dell'istituto. La salute globale, pertanto, può essere analizzata a partire da una prospettiva micro-politica, il cui elemento centrale sono le relazioni e i relativi giochi di potere. Ci avviciniamo alla questione della soggettività. E'

attraverso il desiderio e la produzione di soggettività che si possono costruire strategie di resistenze attive nell'incontro tra globale e locale. Sperimentare affetti allegri, che aumentino la nostra potenza di agire e di pensare è il punto di partenza per avviare esperienze locali-globali-resistenti; e questo incontro è risultato della produzione di relazioni di avvicinamento, allo scopo di liberare l'immaginazione e contribuire alla costituzione di nozioni comuni.

Riflessioni Finali

Le questioni relative alla salute globale sono state problematizzate nel contesto brasiliano a partire dalla constatazione del fatto che esiste una razionalità strumentale che opera una politica di chiusura che tende a produrre effetti sulle soggettività, rafforzando l'individualità e la solitudine nel quotidiano del lavoro in salute. Abbiamo verificato che questa modalità di produzione di soggettività, definita da Guattari & Rolnik (2005) come "modo di produzione di individuo", ha contribuito a depoliticizzare lo scenario della sanità e a impedire la costruzione di nuove strategie collettive di resistenza. L'effetto concreto di tale situazione è l'oggettivazione dell'individuo e la medicalizzazione della società.

La sfida che si pone, pertanto, è di costruire reti ibride, rizomatiche, che permettano la produzione di differenza in un contesto di complessità crescente. Tali reti possono costituirsi come un fronte contrapposto ai crescenti movimenti che popolano le politiche sanitarie con la logica del mercato a partire dalla prospettiva neo-liberista, ritirando dai soggetti la possibilità di partecipare attivamente al processo decisionale e, conseguentemente, di costituirsi come soggetto politico. La concatenazione di differenti realtà, che si incontrano su un terreno comune,

costituito a partire da un posizionamento politico che valorizza il soggetto e il suo potenziale costitutivo è il nostro punto di partenza per pensare alla salute globale. Associato a ciò, aggiungiamo la difesa dei sistemi sanitari universali, territorializzati, e con focus nell'assistenza primaria, nei quali la partecipazione effettiva delle comunità appare come elemento fondamentale per dar vita e creatività alle azioni di presa in carico. Pertanto, come dispositivo di articolazione tra locale e globale in cui viene prodotta tensione allo scopo di generare ricadute sulle esperienze concrete. Questa prospettiva parte dall'idea che qualsiasi azione locale è una costruzione attraversata da questioni ampie, che hanno a che vedere con la storia della civilizzazione, con questioni antropologiche e culturali e con lo scenario economico mondiale. Qualsiasi azione locale ha la potenza di produrre e mobilitare una linea di fuga nelle dinamiche globali, servendo da punto di resistenza al modo di produzione di soggettività dominante. Può aprire spazi per la creazione e l'innovazione che possono condurre finanche a cambiamenti a livello globale. Disporre queste resistenze, producendo reti ibride e singolari, si configura, oggi, come un dispositivo realizzabile, capace di produrre dislocamenti dei punti di vista ed ingaggiare il desiderio in lotte etico-politiche in ambito sanitario. La nostra prospettiva in salute globale, pertanto, è quella della concatenazione di differenti realtà, della creazione di spazi per la produzione di "affetti" e linguaggi comuni, della mescolanza e dell'immaginazione. E' l'apertura di un "tra" che favorisce la connessione, il confronto e l'invenzione di nuove linee di fuga. E' una strategia per sostenere il collettivo come potenza nello scenario della salute. (GUIMARÃES, 2014)

Bibliografia

ADAMS, V. Establishing proof: Translating “science” and the state in Tibetan medicine. In: NICHTER, M.; LOCK, M. **New Horizons in Medical Anthropology**. London: Routledge, 2002.

AROUCA, A.S.S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP, 2003. BIBEAU, G.; PEDERSEN, D. A return to scientific racism in medical social sciences: The case of sexuality and the AIDS epidemic in Africa. In: NICHTER, M.; LOCK, M. **New Horizons in Medical Anthropology**. London: Routledge, 2002.

BIEHL, J.; PETRYNA, A. A Saúde Global centrada nas pessoas. **Saude soc.** [online], v.23, n.2, 2014, p.376-389. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000200003>.

BREMAN, A.; SHELTON, C. Structural Adjustment Programs and Health. In: KAWACHI, I.; WAMALA, S. **Globalization and health**. Oxford University Press, 2007.

DODD, R.; HINSHELWOOD, E. **Poverty Reduction Strategy Papers—Their Significance for Health**. Pre-liminary Report. Geneva: World Health Organization, 2002.

FERZACCA, S. Governing bodies in New Order Indonesia. In: NICHTER, M.; LOCK, M. **New Horizons in Medical Anthropology**. London: Routledge, 2002.

FORTES, P.A.C.; RIBEIRO, H. Saúde Global em tempos de globalização. **Saude soc.** [online], v.23, n.2, 2014, p.366-375. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000200002>.

FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia, a história. In: _____. **Ditos & Escritos II**: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005a, p.260-281.

_____. Sobre as maneiras de escrever a história. In: _____. **Ditos & Escritos II**: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005b. p.62-77.

_____. O nascimento da medicina social. In: _____. **Ditos & Escritos VII**: Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011a, p.402-424.

_____. A extensão social da norma. In: _____. **Ditos & Escritos VII**: Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011b, p.394-398.

_____. A política da saúde no século XVIII. In: _____. **Ditos & Escritos VII**: Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011c, p.357-373.

_____. As grandes funções da medicina em nossa sociedade. In: _____. **Ditos & Escritos VII**: Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011d, p.305-306.

_____. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. Bio-história e biopolítica. In: _____. **Ditos & Escritos VII**: Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. p.399-401.

GUATTARI, F.; ROLNICK, S. **Micropolitica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 2005. 7.ed.

GUIMARAES, C.F. **A variação do coletivo na saúde**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, 2015.

HOGSTEDT, C.; WEGMAN, B.H.; KJELLSTROM, T. The Consequences of Economic Globalization on Working Conditions, Labor Relations, and Workers' Health. In: KAWACHI, I.; WAMALA, S. **Globalization and health**. Oxford University Press, 2007.

KAWACHI, I.; WAMALA, S. **Globalization and health**. Oxford University Press, 2007.

LOCK, M.; NICHTER, M. Introduction: From documenting medical pluralism to critical interpretations of globalized health knowledge, policies, and practices. In NICHTER, M.; LOCK, M. **New Horizons in Medical Anthropology**. London: Routledge, 2002.

MACCACARO, G.A. Classe e salute (1973). In: _____. **Medicina e Potere**: per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976. Milano: Giangiacomo Feltrinelli, 1979.

_____. L'unità sanitaria locale come sistema (1976b). In: _____. **Medicina e Potere**: per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976. Milano: Feltrinelli, 1979.

_____. L'uso di classe della medicina (1972). In: _____. **Medicina e Potere**: per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976. Milano: Giangiacomo Feltrinelli, 1979.

_____. Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute (1976a). In: _____. **Medicina e Potere**: per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976. Milano: Giangiacomo Feltrinelli, 1979.

_____. Prática médica e controle social (1970). In: _____. **Medicina e Potere**: per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976. Milano: Giangiacomo Feltrinelli, 1979.

MATTA, G.C.; MORENO, A.B. Saúde global: uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde. **Interface** (Botucatu), v.18, n.48, 2014, p.09-22. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0230>.

MORIN, E. **Rumo ao abismo?** Ensaio sobre os destinos da humanidade. São Paulo: Bertrand Brasil, 2007.

ACCADEMIA E ATTIVISMO: PER UNA RIFLESSIONE PIÙ AMPIA SULLA FORMAZIONE IN SALUTE

Angelo Stefanini

L'attività accademica è compatibile con l'attivismo? È possibile conciliare la didattica e la ricerca a livello universitario con la mobilitazione attiva finalizzata a produrre un cambiamento sociale o politico? Se sì, in che modo questa combinazione incide sulla formazione e quindi sul tipo di professionista della salute che uscirà dall'università?

Una domanda emergente tra i medici e i professionisti della salute riguarda l'importanza che *advocacy* e attivismo dovrebbero avere nella loro formazione e quindi a quali valori e futuro ruolo sociale essa dovrebbe essere improntata. La stessa etica medica, che sembra lentamente entrare nella formazione, troppo spesso enfatizza problemi individuali e dilemmi di particolare appeal mediatico (come costose tecnologie, terapia genica, clonazione), mentre pone scarsa importanza ai determinanti psico-sociali, culturali, socio-economici, occupazionali e ambientali della salute.

Ciò che è trascurato, omesso e spesso coscientemente occultato è la valenza etica e politica della responsabilità sociale del medico. Non è sufficiente rilevare l'importanza della deontologia medica quale "base della tutela della professione" identificandola con l'"etica della salute e della cura", non basta fare appello a una responsabilità professionale di taglio velatamente corporativo senza proclamare con forza la necessità di una responsabilità nei confronti dell'intera società umana. (FnOMCEO, 2013)

La "Dichiarazione della American Medical Association of Professional Responsibility: Medicine's Social Contract with Humanity" (2001) recita al punto 8 che il medico deve "Farsi promotore ["advocate"] di cambiamenti sociali, economici, educativi, e politici che riducano la sofferenza e contribuiscano al benessere umano." La responsabilità sociale pone l'accento sulla presenza di una coscienza sociale, è attenta alle strutture e ai meccanismi di disuguaglianza, potere e privilegio e opera per eliminare le disuguaglianze sociali e l'ingiustizia nell'interesse del bene comune. Riguarda una scelta a favore del bene comune, scelta che è personale e libera e "non ha bisogno di una legge che obblighi a compierla." (DHARAMSI et al., 2011 p.1110)

Attivismo, Advocacy e Formazione in salute

Advocacy e attivismo sono gli strumenti che il professionista della salute ha a disposizione per realizzare o rendere operativa la sua responsabilità sociale. Qual è il ruolo della formazione, dell'accademia per creare laureati che riconoscano e intendano attuare la propria responsabilità sociale? È possibile insegnare l'attivismo? Accademia e attivismo possono convivere? I due termini sono spesso usati in modo intercambiabile. Entrambi rappresentano

strumenti per creare un cambiamento sociale e politico. Esiste tra loro una differenza? (COMMUNICATION4HEALTH, 2013)

L'*advocacy* è in genere intesa come dare sostegno attivo, in particolare l'atto di prendere le parti o farsi promotore di qualcosa, l'atto di rappresentare pubblicamente un individuo, un'organizzazione o un'idea. È utilizzato come un termine che comprende diverse tattiche di intervento come parlare, scrivere o agire in favore di un problema o di una causa. Chi fa *advocacy* è uno che parla per conto di un'altra persona o gruppo, come fanno ad esempio i *Goodwill Ambassador* delle Nazioni Unite (UNHCR), che usano il loro talento e la loro fama per sostenere cause umanitarie. Poiché parlano a nome di un gruppo, tendono ad essere più propensi a utilizzare strumenti di *lobbying* e tentare di influire sulla legislazione.

L'attivismo è descritto come "un metodo di azione diretta per raggiungere un obiettivo politico o sociale." (GLOBAL AIDS ALLIANCE, 2008, p.6) Il termine implica un intervento diretto a favore del cambiamento. Per esempio, Rosa Parks era un'attivista per i diritti civili che sfidò la segregazione razziale nel 1955, rifiutandosi di cedere il posto su un autobus a un uomo bianco. La parola "attivismo" è spesso usata come sinonimo di protesta o dissenso (e per questo ha spesso una reputazione poco favorevole), ma può assumere una vasta gamma di forme, dallo scrivere lettere ai giornali o a politici, alla propaganda politica, attivismo economico e culturale (come boicottaggi), blog, marce, scioperi del lavoro e scioperi della fame, fino a tattiche di guerriglia. Insomma, volendo utilizzare immagini per rappresentare i due concetti, l'*advocacy* è raffigurata come un atteggiamento di dialogo, scambio apparentemente amichevole o negoziazione attorno a un tavolo; l'attivismo come un processo più radicale, che comporta un'azione

diretta, come protestare. In molte immagini gli attivisti sono rappresentati come violenti. In questo senso, si potrebbe affermare che l'*advocacy* non implica necessariamente un'azione trasformativa del proprio essere, mentre l'attivismo inevitabilmente coinvolge e implica la persona anche nelle scelte personali. Insomma, si può 'fare *advocacy*' una tantum ma non si 'fa attivismo', si 'è attivisti'.

Nel passato così come oggi, mentre molti giovani scendevano in piazza sfidando le ingiustizie sociali, gli studenti di medicina per lo più sono sempre rimasti abbastanza in disparte. Tuttavia il loro grado di non coinvolgimento nella loro comunità sembra quasi progettato per alimentare letargia sociale. Lo studente di medicina è tradizionalmente interessato principalmente alla propria realizzazione professionale e agli obiettivi specifici del suo futuro. Più di molti altri studenti il suo stile educativo è di tipo privatistico. Tuttavia, studenti insoddisfatti dell'insegnamento tradizionale o turbati dalla mancanza di attenzione alle questioni sanitarie socialmente rilevanti sono stati a volte catalizzatori per cambiamenti rilevanti e necessari in materia di salute pubblica. (PECORA et al., 2014; AMERICAN MEDICAL STUDENT ASSOCIATION - AMSA, 2014) Alcuni hanno visto nell'esperienza della cooperazione internazionale o all'impegno nel "terzo mondo" di casa propria il modo per ridare significato all'impulso ideale che li aveva spinti a scegliere quella professione. Altri hanno attaccato il senso stesso della medicina criticandone la funzione di strumento delle classi dominanti. (CARRINO L, 1977)

L'attivismo nella formazione in salute può essere visto anche come resistenza a modelli di comportamento che includono freddezza e indifferenza per i pazienti, competenze scientifiche insufficienti o superate, e principi di mero interesse personale nel trattare con le legittime

esigenze della comunità. Attivismo è resistenza allo sfruttamento degli studenti o degli specializzandi con il pretesto della formazione. Attivismo per il professionista della salute è esercitare la propria responsabilità sociale consapevole dei limiti e delle criticità insite nel proprio sapere-potere e ponendosi in una posizione di ascolto.

Accademia e attivismo

L'insegnante in genere, ma in modo particolare a livello accademico, per l'ovvia ripercussione sociale del ruolo che ricopre, è una figura pubblica. Questo fatto lo investe di una specifica responsabilità che lo porta a prendere atto di come lo svolgimento rigoroso dei suoi compiti istituzionali di didattica e ricerca implica per sua natura un 'posizionamento'. In questo senso non esiste la possibilità di svolgere rigorosamente il proprio lavoro senza porsi il problema della responsabilità sociale. La maggioranza degli accademici, tuttavia, pensa che le proprie attività debbano avere luogo esclusivamente nell'ambito ben protetto della 'torre d'avorio' rappresentata dall'università. Altri, al contrario, ritengono che la scienza sia inevitabilmente un prodotto della società – a cominciare dalle fonti che la finanziano - e che sia ipocrita perseguire una conoscenza scientifica isolata dal mondo reale e universalmente applicabile. Essendo ogni conoscenza posizionata e quindi priva di oggettività scientifica è importante puntare sulla necessità di consapevolezza, trasparenza sul metodo e democratizzazione dei processi di conoscenza. È essenziale quindi essere a stretto contatto con il contesto sociale sia nella produzione e riproduzione della conoscenza sia nella sua diffusione, divulgazione e applicazione pratica. Gli accademici che compiono questa scelta se ne assumono costi e benefici sollevando importanti questioni di responsabilità sociale ed etica professionale.

Antonio Gramsci sosteneva che “tutti gli uomini sono intellettuali” ...ma “non tutti gli uomini hanno nella società la funzione di intellettuali.” (GRISONI; MAGGIORI, 1975, p.24) In particolare, secondo Gramsci, ogni classe tende a produrre i propri ‘intellettuali organici’ allo scopo di promuovere la propria egemonia culturale. Si potrebbe dire che chiunque operi in un campo legato alla produzione o alla diffusione dei saperi oggi è un intellettuale in senso gramsciano. (SAID, 1995) La responsabilità di chi sceglie di aprirsi al mondo assumendo il ruolo di ‘intellettuale pubblico’ è “dire la verità e denunciare le menzogne” (CHOMSKY, 1967, internet), nelle parole di Leonardo Sciascia “non ungere, ma dare fastidio”; soprattutto “ricordarsi sempre che l’intellettuale ha la facoltà di scegliere se rappresentare attivamente la verità al meglio dei propri talenti oppure lasciarsi passivamente guidare da un padrone o un’autorità.” (SAID, 1995, p.125) Accettare il ruolo di intellettuale pubblico, di intellettuale organico, significa in pratica diventare a proprio modo un attivista.“

L'accademia può combinarsi con l'attivismo in almeno quattro modi: (FLOOD; MARTIN; DREHER, 2013)

1. Diffusione e disseminazione pubblica della conoscenza. La diffusione e disseminazione pubblica della conoscenza prodotta dalla ricerca è indispensabile per informare il cambiamento sociale. I risultati della ricerca accademica possono essere ripresi da attivisti e organizzazioni di *advocacy* per le proprie campagne. Gli accademici possono contribuire al cambiamento politico attraverso il dibattito pubblico o presentando osservazioni dirette ai politici. Com'è possibile far sì che i decisori politici facciano propri i risultati prodotti dalla ricerca sulla salute? Come, cioè, fare entrare il concetto di salute al centro dell'agenda politica? (ORGANIZZAZIONE

MONDIALE DELLA SANITÀ – OMS, 2004) Esiste un filone di ricerca ormai consolidato che si occupa di *knowledge translation*, cercando di colmare il divario che esiste tra scienza/conoscenza e decisioni politiche. (CHOI; McQUEEN; ROOTMAN, 2003) Chi produce conoscenza scientifica deve sentirsi personalmente responsabile che tale patrimonio conoscitivo sia trasformato in politiche e pratiche per il miglioramento della società, come illustrato dall'apologo del medico inglese John Snow che rimuove il manico della pompa responsabile della trasmissione del colera nella Londra ottocentesca. È verosimile o augurabile attendersi la comparsa di ‘scienziati attivisti’ che si assumano anche il compito di trasformare le conoscenze scientifiche in pratica politica? La vera prova dell'efficacia della ricerca sanitaria è se il suo prodotto è effettivamente utilizzato per migliorare il processo decisionale, influenzando il cambiamento.

L'accademico nel ruolo di intellettuale pubblico, inoltre, condivide liberamente il suo intelletto, le sue ricerche, pensieri e idee con la comunità più ampia - attraverso conferenze pubbliche, interviste, articoli divulgativi e scientifici. Questa strategia serve a contrastare i monopoli della conoscenza (INNIS, 2007), condizione che si crea quando le classi dominanti detengono il potere politico attraverso il controllo delle principali tecnologie di comunicazione. Questi monopoli promuovono e rafforzano gli squilibri di potere all'interno della società, mentre allo stesso tempo li occultano. I monopoli della conoscenza, e le diseguali relazioni di potere che essi favoriscono, sono la conseguenza di processi di produzione della conoscenza ‘chiusi’.

L'accademia, assieme all'industria e la scienza privatizzata, rappresenta un tipico processo chiuso di produzione della conoscenza ed è uno dei principali produttori di monopoli della conoscenza. Il sistema

editoriale delle riviste accademiche - per esempio - è molto dipendente dal diritto d'autore e da costosi abbonamenti che limitano in modo rilevante questa conoscenza ai dintorni rarefatti della torre d'avorio universitaria. Negli ultimi anni, l'accesso del pubblico alla ricerca accademica è stato sempre più limitato, in gran parte a causa della concentrazione di editori di riviste accademiche. Questi editori si basano sul lavoro gratuito di accademici - in termini di scrittura, editing e referreeing - e tuttavia sostengono il diritto d'autore per tutti gli articoli e continuano ad aumentare il prezzo degli abbonamenti. Questo rende le loro riviste inaccessibili a molte università, le cui biblioteche sono costrette a ridurre il numero di titoli che possono permettersi. Ciò ha portato al 'paradosso dell'età dell'informazione': mentre l'industria editoriale accademica è esplosa dagli anni sessanta - assieme alla crescita della cosiddetta 'società della conoscenza' - la circolazione delle idee accademiche è ferma o è addirittura diminuita. Il risultato è una produzione chiusa di conoscenza.

In netto contrasto, la conoscenza aperta libera la produzione dell'informazione facendola circolare in base alle esigenze e l'interesse pubblico. La produzione *Open Knowledge*, per esempio, è una pratica consapevole che ha radici storiche e teoriche nello sviluppo tecnico del computer e di internet. Il movimento *Open Access*, che supporta l'accesso gratuito e aperto a tutta la ricerca scientifica *online*, contrasta il vecchio modello di pubblicazione basato sulla stampa, dimostrando che la conoscenza è una risorsa non esauribile - un bene pubblico, e non una merce.

2. La ricerca come luogo di cambiamento sociale. La ricerca accademica può costituire e fondare essa stessa il cambiamento sociale. Il termine 'ricerca-azione' descrive una famiglia di metodologie di ricerca che perseguono simultaneamente la conoscenza scientifica ('ricerca') e il cambiamento sociale ('azione'). La ricerca-azione è tipicamente partecipativa, con tutte le parti

interessate coinvolte nell'analisi della pratica corrente al fine di migliorarla. In questo modo gli accademici possono trasformare la pratica scientifica in attivismo, legittimandone e convalidandone forme particolari in nome del loro valore intellettuale.

Nel processo di formazione delle politiche e di innovazione delle pratiche si tende di solito a vedere la 'ricerca' come un'attività specializzata che rende disponibili dati oggettivi a decisori razionali, con il presupposto che una buona conoscenza porterà a politiche migliori e, da lì, a migliori pratiche e risultati. La ricerca-azione partecipata, al contrario, inizia con una visione molto diversa di che cosa sia la conoscenza, da dove venga, e come contribuisca a cambiare la società. La maggior parte degli approcci di ricerca-azione coinvolge, durante tutto il processo, una serie di attori che decidono insieme le domande da porre, la raccolta e l'analisi dei diversi tipi di "dati" (KRIEGER, 1992), riflettendo sulle esperienze e le ipotesi e sperimentando nuovi tipi di azione richiesta. La conoscenza, le politiche e le pratiche sono co-costruite attraverso un processo emergente ciclico di azione e di apprendimento, spesso anche con una qualche forma di riflessione e rivisitazione di norme, valori, e ipotesi. (BAUM; MACDOUGALL; SMITH, 2006) Come sottolinea una recente revisione metodologica sul tema, "La ricerca azione partecipativa mira a un cambio di potere all'interno della società nel momento in cui il controllo della produzione della conoscenza passa alle persone che vivono i problemi. Inoltre, la conoscenza è prodotta dall'azione, compresa la sfida dell'ingiustizia sociale." (LOEWENSON, 2014)

Con la ricerca-azione partecipata sono evidenziate le differenze, le comunanze e gli assunti, piuttosto che partire dal presupposto che esista una versione unica, 'oggettiva' delle cose. Coloro che facilitano la ricerca-azione cercano

di prendere in considerazione le dinamiche di potere per far sì che le preoccupazioni e le forme di conoscenza possedute da persone prive di potere non siano escluse, e che queste persone possano mobilitare le loro conoscenze per produrre un cambiamento. La ricerca è condotta su argomenti di rilevanza sociale, dove i risultati hanno un valore d'uso sociale. La ricerca non deve essere mercificata, né appropriata dallo Stato ma dovrebbe essere sensibile alle comunità oggetto che diventano soggetto della ricerca. È importante evitare a tutti i costi che si crei la dicotomia del 'ricercatore che sa' e 'gli oggetti della ricerca ignoranti', che porta all'irrelevanza e al distacco dalla realtà. Insomma, questo tipo di ricerca non solo riflette la realtà dell'altro, ma è essa stessa parte dell'altro.

3. La didattica come attività 'sovversiva.' (POSTMAN; WEINGARTNER, 1969) L'insegnamento e l'apprendimento sono il pane quotidiano dell'attività accademica e la pedagogia (ossia la pratica e la filosofia dell'insegnamento) può essere di per sé un importante luogo di attivismo. L'università dovrebbe essere lo spazio in cui attuare strategie riformatrici d'insegnamento e di apprendimento. Alcuni insegnanti cercano di utilizzare e rielaborare pratiche d'insegnamento e di apprendimento nelle aule universitarie per promuovere l'auto-riflessione critica, l'*empowerment* politico e la mobilitazione collettiva. (WOODHOUSE, 2010) Alcuni portano avanti il lavoro accademico 'convenzionale' ma in contesti di attivismo, come ad esempio tenere lezioni pubbliche durante una manifestazione anti-razzista, in luoghi di esclusione e discriminazione o in altre situazioni di mobilitazione sociale e politica. Distinguere o limitare l'attivismo a un ambito a se stante, distaccato dal mondo accademico, rimuove il potenziale di impegno militante presente nel processo di rielaborazione o riforma dello stesso insegnamento accademico.

Al fine di capire quali comportamenti sono promossi attraverso l'insegnamento e quindi quale professionista uscirà dall'università bisognerebbe abituarsi a osservare ciò che, in realtà, gli studenti effettivamente fanno in aula. Quello che gli studenti fanno in classe è ciò che imparano e quello che imparano a fare è il messaggio dell'aula: "il medium è il messaggio." (McLUHAN; FIORE, 1967; p.126) Che cosa è che gli studenti fanno in classe? Beh, per lo più stanno seduti e ascoltano l'insegnante. Per lo più, sono tenuti a credere nell'autorità, o almeno fingono di crederci quando sostengono gli esami. Per lo più sono tenuti a ricordare. Non sono quasi mai tenuti a fare osservazioni o qualsiasi operazione intellettuale che vada di là dal ripetere ciò che qualcun altro dice essere vero. Raramente sono incoraggiati a porre domande sostanziali, anche se sono autorizzati a chiedere dettagli amministrativi e tecnici del tipo "Quanto dura l'esame?", "Quali sono le domande che piacciono al prof?" "Di che umore è il prof?" È impensabile che agli studenti sia chiesto di svolgere un ruolo nel determinare quali problemi valga la pena studiare o quali metodi di ricerca dovrebbero essere utilizzati. Esaminiamo i tipi di domande che gli insegnanti fanno in aula e troveremo che in genere sono 'domande convergenti' del tipo "Indovina che cosa sto pensando?". In parole povere, ciò che si trova in un programma di studi potrebbe essere chiamato una "strategia di distrazione" o di occultamento, in gran parte definita per impedire agli studenti di conoscere se stessi e il loro ambiente reale, di giungere fino a scoprire i determinanti sociali della salute. Insomma, il programma non permette l'esplorazione della maggior parte dei problemi critici che costituiscono il contenuto del mondo esterno all'università. (STEFANINI A, 2014) Il docente stesso deve essere consapevole di svolgere un ruolo centrale nel meccanismo della 'didattica ombra' non tanto per quello che dice o come lo dice, ma per quello

che fa, per quello che è e che rappresenta agli occhi dello studente. (BERT, 1977)

L'educazione si rivela quindi come un atto politico. Quando un insegnante chiede agli studenti di riflettere su quello che hanno appreso, che cosa ciò significhi per loro e come potrebbero usarlo nella loro vita, li incoraggia a farsi carico della propria educazione. Se offre attività extra-curricolari che permettono agli studenti di crescere, ampliare le loro competenze, la visione del mondo e la conoscenza di sé, allora l'insegnante rafforza il loro senso di sé, l'auto-riflessione, come medici maggiormente in grado di rispondere ai bisogni di salute delle persone e delle comunità e come individui capaci di cambiare il mondo. Tuttavia, se chiede che gli studenti ciecamente obbediscano alle regole, ripetano pedissequamente la sua lezione, trangugino informazioni senza fare domande rigurgitandole poi all'esame, allora incoraggia la passività e la conformità. In altre parole, tratta gli studenti come oggetti.

Paulo Freire diceva che non esiste un processo educativo neutrale. (FREIRE; WEFFORT; BIMBI, 1977) O stiamo ricreando ciò che è, la conformità, o valutando criticamente il nostro mondo e la sua conoscenza, promuovendo la capacità degli individui di agire in modo indipendente e di fare le proprie scelte libere. Insegnare a un bambino a leggere e comprendere il significato delle parole non è neutrale. O gli si sta insegnando a emettere foneticamente una parola, o a come capire il suo impatto. Entrambi sono atti politici; uno sostiene il pensiero e l'azione indipendente, l'altro sostiene la conformità. Lo stesso avviene in qualsiasi tipo di educazione a tutti i livelli compreso quello universitario. Nel caso della formazione medica, la sua valenza politica sta nella scelta se, da una parte, esporre lo studente ai meccanismi pratici e ai fattori strutturali che rendono manifesta la determinazione

sociale della malattia, in questo modo mettendo il futuro medico di fronte alla sua responsabilità professionale e sociale di intervenire in tale processo; o, dall'altra parte, tenerlo all'oscuro di tutto questo con un'opera di sapiente occultamento. È importante ricordare a questo proposito che la formazione medica è parte di una più ampia vita sociale delle persone, e che esistono pesanti determinanti strutturali che agiscono condizionando profondamente le possibilità di pensiero e azione. Il cambiamento è dunque possibile solo tramite azioni sinergiche (e molto andrebbe fatto a partire dalla scuola dell'infanzia!).

Se agli studenti sono presentati dei 'dati' (KRIEGER, 1992) senza fornirne un contesto, se si parla loro di determinanti sociali della salute senza tuttavia offrire loro il tempo e l'opportunità di impegnarsi criticamente su di essi, gli studenti sono trattati come oggetti e finiranno per accettare lo *status quo* percependo la loro incapacità a cambiare l'esistente. Ciò condurrà a un profondo senso di frustrazione e di sconfitta. Prendiamo le questioni che riguardano il curriculum didattico, per esempio. Piuttosto che limitarci a chiedere se gli studenti hanno imparato un particolare argomento e hanno superato bene gli esami, dovremmo porre altre domande: Di chi è questa conoscenza? Com'è diventata 'ufficiale'? A chi e a che cosa serve? Qual è la relazione tra questa conoscenza e il modo in cui è insegnata e valutata? Chi trae vantaggio da questo tipo di conoscenza e da come la scuola di medicina e la società sono organizzati, e chi no? Che cosa possiamo fare come educatori critici, ricercatori e attivisti per cambiare le disuguaglianze educative e sociali esistenti e creare programmi e un insegnamento che siano socialmente più giusti? (POSTMAN; WEINGARTNER, 1969)

È necessario insomma attuare una didattica 'sovversiva', nel senso non tanto che intende rovesciare i

valori sociali, ma che affronta e tenta di risolvere i problemi della società minando alla loro base gli atteggiamenti e i processi che producono ingiustizie, disuguaglianze e alienazione sociale. Per fare tutto ciò il docente ha bisogno di pensare in modo relazionale. Deve cioè comprendere che l'educazione richiede di essere collocata nelle relazioni di potere diseguali presenti nella società e nei conflitti che sono generati da queste relazioni. Alla radice di questi problemi è un principio semplice. Per capire e agire sull'educazione nelle sue complicate connessioni con la società più vasta, dobbiamo impegnarci nel processo di riposizionamento. Ossia, abbiamo bisogno di vedere il mondo attraverso gli occhi dei diseredati e agire contro i processi e le forme che riproducono le condizioni oppressive ideologiche e istituzionali. Quella che nel linguaggio della teologia della liberazione si chiama 'l'opzione preferenziale per i poveri.' (GIRARDI, 2002) Questo riposizionamento comporta un impegno verso le politiche e le pratiche che incarnano i principi dell'educazione critica e la revisione sostanziale del ruolo dell'università nella società attuale. (APPLE, 2010)

L'attuale crisi dell'università, infatti, deve essere vista come parte di un attacco molto più ampio alla società da parte dei nuovi attori transnazionali detentori della *governance* globale, le imprese multinazionali, i filantropo-capitalisti e le loro fondazioni 'benefiche', il complesso industriale militare, le think tank della destra politica ed economica, i gruppi religiosi conservatori. L'istruzione superiore è un luogo pericoloso, perché ha il potenziale sia di favorire il pensiero critico sia di elaborare e modellare posizioni anti-egemoniche che potrebbero mettere in discussione molte delle ortodossie dominanti e l'intero attuale regime ideologico, politico ed economico neo-liberista.

Un modo per sfidare il complesso accademico-industriale e il 'capitalismo accademico' è mettere la questione della pedagogia al centro di una politica che rivendichi l'università come sfera pubblica democratica. La pedagogia svolge un ruolo importante nel collegare la politica alle questioni di trasformazione sociale e di *critical agency*, intesa come la capacità degli individui di agire in modo indipendente e di fare le proprie scelte libere. (BARKER, 2005) In questo caso, la pedagogia è parte integrante del più vasto discorso sulla libertà accademica e rappresenta una sentinella per capire la politica e difendere l'università come una delle possibili, rare sfere pubbliche democratiche rimaste oggi. Se libertà accademica significa libertà di pensiero critico, la tutela del pensiero critico deve coinvolgere la difesa delle condizioni pedagogiche e politiche che lo rendono possibile. Attacchi che cercano di standardizzare i curricula, imporre una cultura di audit e dare priorità alle misure quantitative e alla divisione dei saperi nella valutazione accademica costituiscono una sorta di anti-pedagogia che sostituisce la conformità al dialogo e la rigidità ideologica all'impegno critico. (HOOKS, 2014) Secondo Henry Giroux (2011)

La pedagogia di destra, o anti-pedagogia, confonde la formazione professionale con l'educazione e sancisce un anti-intellettualismo che produce una fuga dal pensiero critico, dalla società e dagli obblighi della responsabilità sociale. Il risultato è una nuda pedagogia della conformità, svuotata di dialogo critico e di considerazioni etiche. (GIROUX, 2011, internet)

Appare quindi evidente che i tentativi di demolire l'istruzione universitaria a cui stiamo assistendo in Italia, così come in molti altri paesi, non è rivolto soltanto contro

le condizioni che rendono possibile la pedagogia critica, ma anche contro la possibilità di affrontare i problemi reali dell'università e della società di oggi. Il ruolo crescente del lavoro accademico a tempo parziale, la strumentalizzazione della conoscenza, l'appropriazione di sfere pubbliche da parte di interessi corporativi e i crescenti tentativi di trasformare l'educazione in formazione professionale legata alle esigenze del mercato ne rappresentano chiari esempi.

La posta in gioco è convincere gli studenti, gli amministratori, il grande pubblico e tutti che il destino dell'università come istituzione sociale riguarda non solo salari, questioni di potere e diritti, ma anche l'importanza dei modi della pedagogia, dell'apprendimento, di una cultura formativa che non può limitarsi a creare semplicemente opportunità di lavoro, ma che ha invece il compito di nutrire generazioni di studenti che siano in grado di ampliare e approfondire le strutture, le idee e le pratiche di una democrazia in crescita.

4. L'impegno politico: "Dalle parole ai fatti". L'accademico nel ruolo di intellettuale pubblico si impegna non solo nell'ambito dell'università, ma si sforza di far sua l'affermazione del Mahatma Gandhi "Sii il cambiamento che vuoi vedere nel mondo." Si tratta, in gergo accademico, di 'prassi prefigurativa' ossia

l'idea che la forma della nostra azione dovrebbe offrire di per sé un modello, o almeno un 'assaggio', di come la gente libera potrebbe organizzarsi, e quindi ciò che una società libera potrebbe realmente essere. (ANDERSON, 2013, internet)

Si tratta di "costruire la nuova società nel guscio della vecchia", di "politica prefigurativa" o, semplicemente che "siamo un messaggio proveniente dal futuro", tutti esempi

che si riferiscono a "quella sfera in cui l'azione diventa essa stessa profezia." (MILBERRY, 2008, internet) Il movimento *Occupy Wall Street* rappresenta questo tipo di prassi prefigurativa, avanzando idee su una futura società libera e solidale e attuandola in pratica nel presente anche se su piccola scala. In modo visionario, vari movimenti sociali si stanno intensificando e rispondendo a diverse chiamate: dal problema della casa, alla sovranità alimentare, alla formazione medica (!), creando comunità autonome e difendendo diritti umani reali che vanno ben oltre i confini della retorica espressa dalle organizzazioni non governative *mainstream*. L'esistenza di queste possibilità illustra quanto si sbagliasse il Primo ministro britannico Margareth Thatcher quando proclamava che "*There Is No Alternative*" (TINA). La gente ha capito che TINA è una menzogna. Infatti, non solo esistono alternative, ma anche molte reti interconnesse di diversi modi di fare le cose. Vere e proprie idee realistiche su come trasformare la società suggeriscono una quantità di possibilità.

Profondamente diverse sono le interpretazioni che si possono incontrare, anche nel corso della storia, della combinazione tra accademia e attivismo, tutte comunque accomunate da un "uscire dal proprio ruolo" strettamente professionale. Ma l'accademico che milita per una causa sociale esce davvero dal proprio ruolo? Un recente esempio è fornito dal famoso fisico Stephen Hawking la cui decisione di aderire al movimento di boicottaggio accademico (BDS, 2005) di Israele ha generato un vivace dibattito e sprezzanti commenti. (MARTIN, 2013) A differenza dei boicottaggi di beni o di società, come ad esempio quello contro la Nestlé per l'irremovibile politica di promozione di alimenti per lattanti nei paesi poveri, il boicottaggio accademico mira a colpire i rapporti sociali e culturali. Che la presa di posizione di un noto personaggio dell'accademia su una questione sociale sia in grado di generare reazioni di lode

e di condanna in tutto il mondo mostra il dirompente potere simbolico di questo strumento di mobilitazione non violenta. Ci si potrebbe chiedere se Hawking sia uscito dal suo ruolo accademico per entrare in quello “politico”. In realtà, la sua presa di posizione è solo uno dei tanti modi in cui gli accademici affrontano i sistemi di potere. Molti studiosi sono coinvolti in questioni sociali attraverso l’insegnamento, la ricerca, il commento o la critica pubblica e il coinvolgimento personale in campagne di vario genere. Ad esempio, i ricercatori di epidemiologia sociale e sanità pubblica studiano la povertà, le disuguaglianze socio-economiche, l’impatto del potere delle multinazionali sulla salute, i conflitti di interesse in salute e una miriade di altre questioni importanti; alcuni partecipano in attività di *advocacy* pubblica. Certe ricerche non sembrano apertamente politiche, ma hanno indubbiamente importanti ripercussioni etiche, sociali e politiche. Che dire, per esempio, degli scienziati che sviluppano armi che mieteranno innumerevoli vittime o addirittura il cui uso è proibito dalla legislazione internazionale. La questione non è se la ricerca è politica, perché tutta la ricerca lo è potenzialmente in senso lato, ma quali obiettivi sociali sono perseguiti. Si può sostenere che gli accademici sono politicizzati se visitano Israele e sono altrettanto politicizzati se si rifiutano di visitarlo. La scelta non è se impegnarsi o no in questioni sociali, ma esattamente come impegnarsi. Stephen Hawking è al centro dell’attenzione perché è uno scienziato celebre che ha preso una posizione. Ma è soltanto uno di un grande numero di accademici che, o da una parte o dall’altra, si impegnano sulla questione Israelo-palestinese in una varietà di modi.

Altro esempio di accademico ‘militante’ di pochi decenni precedente è stato Giulio A. Maccacaro (1924-1977), direttore dell’Istituto di Biometria e Statistica della Facoltà di Medicina dell’Università Statale di Milano. Nelle

parole dei suoi compagni e allievi,

Giulio Maccacaro non era un uomo da tavolino: la lotta per la liberazione della scienza dal potere, per una scienza degli uomini e non degli scienziati soltanto, l’ha sempre condotta in prima persona e innanzi tutto sul campo. Non era l’ideologo che spinge gli altri all’azione; al contrario, i suoi pensieri e i suoi scritti nascevano sempre da uno stretto rapporto con la realtà, nella quale trovavano il momento di verifica. Per questo motivo essi non appaiono mai accademici o rigidamente sistematici: Maccacaro non scriveva per gli altri professori ne’ per i posteri, ne’ ambiva al trattato o al vasto saggio, all’interno del quale il pensiero nasce, si sviluppa e si conclude. Scrivere era per lui un aspetto della lotta, nella quale era in ogni momento interamente coinvolto. (CLEMENTI, 1997, internet)

Riferendosi ovviamente allo specifico contesto sociale e politico degli anni ’60 e ’70,

il ruolo dell’intellettuale scientifico che abbia fatto una scelta di classe... non è quello di porsi come il pensiero, ma nel pensiero della classe operaia: cioè inserirsi nell’esperienza della classe per condividere la lotta di recupero della sua soggettività, per assecondare l’espansione e l’espressione di una ragione scientifica lungamente negata. (CLEMENTI, 1997, internet)

Il dilemma “impostoci ma falso” non è “integrarsi per poter fare scienza o rinunciare a far scienza per poter fare politica” ritirandosi nella pratica schizofrenica dello

“studio di giorno e di sera agito le masse” che Maccacaro chiama con sarcasmo ‘rivoluzionarismo dopolavoristico.’ (MACCACCARO, 1979) Citando l’amico e collega Oscar Varsavsky, Maccacaro continuava: “Il compito dello scienziato rivoluzionario è studiare seriamente, usando tutte le armi della scienza, i problemi del cambio del sistema sociale.” (MACCACCARO, 1979, p.176)

Come affermava Marcello Cini, professore emerito di fisica teorica all’Università La Sapienza di Roma,

[N]on è più possibile separare l’oggetto del nostro atto di conoscenza dalle ragioni di questo atto, distinguere il momento dell’indagine della realtà dal momento di formazione di questa realtà, isolare il processo di soluzione di problemi senza individuare il meccanismo che propone i problemi da risolvere. (MACCACCARO, 1979, p.176)

Altra coraggiosa figura di accademico attivista, Marcello Cini, membro del Tribunale Russell sui diritti dell’uomo, “un fisico che ha rimescolato le carte della scienza”, (D’ERAMO, 2014, internet) e a cui:

l’apparato universitario, il sistema di legittimazione accademica, il consenso sociale permettevano di spostarsi dalla fisica alla storia della scienza, allo studio dei sistemi complessi, all’epistemologia, all’impegno politico, alla critica della dittatura del mercato...

Un vero esempio di intellettuale pubblico,

[p]erché, come diceva Pierre Bourdieu, un fisico che parla di fisica è un tecnico [così come un medico che parla di

medicina, nda], ma un fisico [medico, nda] che si occupa di società, di politica, di problemi universali è un intellettuale. (D’ERAMO, 2014, internet)

Attivismo significa ‘fare quello che si dice’ sia al di fuori dell’università (all’estero come a casa propria: comunità, centri sociali, ecc.), sia dentro l’istituzione accademica, i cui rapporti di forza vanno contestati e ricostruiti. Le università vanno criticate per i loro inflessibili sistemi burocratici e per la loro subordinazione allo stato o all’industria. (THE CONVERSATION, 2014) Contestare queste scelte, per esempio facendo pressione per una maggiore partecipazione di studenti e personale universitario al processo decisionale, è un altro modo in cui il mondo accademico può rappresentare uno spazio di attivismo. Un importante motivo per agire sull’università è l’emergenza del già citato “capitalismo accademico”, un regime che vede le università coinvolte in un comportamento di mercato. (RHOADES; SLAUGHTER, 2004) Che cosa ha di diverso dal passato? Dopo tutto, le università da tanto tempo gestiscono librerie, vendono magliette e tazze da caffè a scopo di lucro, e i professori hanno sempre scritto libri di testo e fatta consulenza per arrotondare lo stipendio. La differenza sta nella (economia di) scala. Particolarmente le università pubbliche, di fronte a una grave diminuzione del sostegno da parte dello stato, iniziano a sviluppare, commercializzare e vendere una vasta gamma di prodotti nel mercato privato come fonte fondamentale di reddito. Questi prodotti vanno ben oltre essere beni di consumo non accademici (come loghi, magliette, ecc.).

Oggi le università stanno impegnandosi a generare entrate dalle loro stesse funzioni accademiche fondamentali che vanno dalla produzione della conoscenza (ad esempio ricerche che portano a brevetti) a ‘prodotti’ come curricula, programmi e materiale didattico in genere che può

essere protetto da *copyright* e commercializzato, tanto da essere paragonabili, secondo l'espressione di Karl Marx, a "fabbriche di salsicce." (SMITH, 2000) Questi sviluppi rappresentano l'emergere di un regime di produzione e consumo di conoscenza accademica di tipo capitalistico che sfuma sempre più i confini tra il profit e il no-profit e un cambiamento radicale nelle pratiche accademiche che dà priorità alla produzione di reddito piuttosto che alla libera espansione della conoscenza. Abbiamo visto come l'ascesa della politica neoliberale diminuisca gli investimenti pubblici all'istruzione superiore per dare spazio nell'educazione al ruolo economico e all'efficienza dei costi. La combinazione di questi tagli, insieme alla concorrenza tra le varie istituzioni, porta i manager delle università a giocare un ruolo di primo piano nel promuovere il capitalismo accademico.

Conclusioni

Una discussione sul ruolo dell'attivismo nella formazione/educazione del professionista della salute non può non affrontare il tema della "salute globale", paradigma relativamente nuovo e ampiamente utilizzato da attori diversi che operano nel campo della salute con significati tra loro differenti e talvolta contraddittori. (BODINI, 2016) Un aspetto molto innovativo di questa prospettiva riguarda una lettura dei processi di salute e malattia fortemente orientata al sociale e all'insegna del paradigma della complessità e quindi necessariamente interdisciplinare. Si tratta di movimenti critici per lo più dal basso, animati da studenti, giovani medici e ricercatori, che hanno riconosciuto la necessità di un coinvolgimento diretto, militante e personale nelle proposte portate avanti riscoprendo, soprattutto nei meno giovani, 'il piacere dell'eresia' e 'la vocazione al dissenso.' (D'ERAMO, 2014) Nel giro di pochi anni questa pressione dal basso ha portato alla creazione

di entità riconosciute (per esempio la Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale – RIISG <http://www.educationglobalhealth.eu/it/chi-siamo/riisg>), ma ancor più al fiorire di germogli di cambiamento culturale nel panorama della (formazione in) salute. (ABBACCIAMENTO et al., 2013)

La definizione di salute globale sviluppata in questo contesto dà rilevanza a tappe storiche della salute pubblica come la Conferenza di Alma Ata, al concetto di giustizia sociale, alla responsabilità dei/nei processi di costruzione del sapere e dunque al ruolo sociale e politico delle università e della produzione accademica. Tutto ciò in apparente contrasto con letture che, in sostanziale continuità con ambiti disciplinari di riconosciuta genesi coloniale (per es. la medicina tropicale), sono state nel tempo più funzionali ad alimentare un florido mercato della formazione post-laurea che a promuovere processi di rinnovamento del pensiero e delle pratiche in salute.

È la 'pedagogia della conformità' che viene rigettata, quel modo di "insegnare la medicina" svuotato di dialogo critico, di approccio dialettico e di considerazioni etiche che non forma uno studente a sentire la responsabilità verso gli altri, ma piuttosto a vivere la percezione della differenza e la consapevolezza di una conoscenza che non serve a svolgere la propria professione. Ciò che viene contestato è la mercificazione del sapere e il capitalismo accademico di una università che non ha più alcun interesse nella pedagogia come pratica profondamente civica, politica e morale fondamento dell'istruzione superiore, quella che per Paulo Freire diventa 'pratica della libertà.' (FREIRE, 1973)

Infine, una nota personale. Giunto relativamente tardi nel mondo dell'accademia italiana dopo esperienze di lavoro sul campo nell'Africa rurale, nell'università in

Gran Bretagna e, più tardi, nel puzzle geo-politico medio-orientale, mi sono immediatamente sentito investito del ruolo militante di attivista. La sensazione era di essere una specie di “cavallo di troia” consapevole di ospitare al proprio interno una vasta mole di esperienze, di fatti e di persone apparentemente lontane e forse poco rilevanti al nuovo contesto, ma pronte ad esplodere in tutta la loro rilevanza alla prima opportunità. E, anche se rare, le opportunità si sono presentate dimostrando nella pratica come i movimenti sociali collettivi siano potenti incubatori di nuove conoscenze.

Bibliografia

ABBRACCIAMENTO, G. et al. **Medici senza camice, pazienti senza pigiama**. Socioanalisi narrativa dell'istituzione medica, Sensibili alle foglie, 2013.

ANDERSON J. **Movement praxis prefigures system change**. 2013. Disponibile all'indirizzo: <<http://reframe.sussex.ac.uk/activistmedia/2013/05/movement-praxis-prefigures-system-change/>>.

APPLE, M.W. Theory, research, and the critical scholar/activist. **Educational Researcher**, v.39, n.2, 2010, p.152-155.

AMSA. **Activism and Advocacy: How Medical Students at the 1969. AMSA Convention Changed the History of Healthcare Advocacy in the United States**. 2014. Disponibile all'indirizzo: <http://www.amsa.org/amsa/homepage/takeaction/amsaoncall/14-05-02/Activism_and_Advocacy_How_Medical_Students_at_the_1969_AMSA_Convention_Changed_the_History_of_Healthcare_Advocacy_in_the_United_States.aspx>. Visitato il 25 Novembre 2015.

_____. 2001. Disponibile all'indirizzo: <<http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/declaration-professional-responsibility.page?>>. Visitato il 25 Novembre 2015.

BARKER, C. **Studi Culturali: Teoria e Pratica**. London: Sage, 2005.

BAUM, F.; MACDOUGALL, C.; SMITH, D. Participatory action research. **Journal of epidemiology and community health**, v.60, n.10, 2006, p.854.

BERT, G. **Il medico immaginario e il malato per forza**. Milano: Feltrinelli, 1977.

BDS. 2005. Disponibile all'indirizzo: <<http://www.bdsmovement.net/>>. Visitato il 25 Novembre 2015.

BODINI, C. La Salute Globale in Italia. In: FERLA, A.A.; STEFANINI, A.; MARTINO, A. (a cura di) **Salute Globale in una prospettiva comparata Brasile e Italia**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

CARRINO, L. **Medicina critica in Italia**. Con la collaborazione di Bonsignore R, Dario G, Harrison C., D'Anna, Messina-Firenze, 1977.

CHOI, B.C.K.; MCQUEEN, D.V.; ROOTMAN, I. Bridging the gap between scientists and decision makers. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.57, 2003, p.918.

CHOMSKY, N. **A Special Supplement: The Responsibility of Intellectuals**, NYRB. February 23, 1967. Disponibile all'indirizzo: <http://www.nybooks.com/articles/1967/02/23/a-special-supplement-the-responsibility-of-intelle/>

CINI, M. Mito e realtà della scienza come fonte di benessere. In: AA.VV. (1977) *La scienza nella società capitalistica*, De Donato, Bari. Citato in Maccacaro Giulio A.,

Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976 , Milano: Feltrinelli 1979, p.167.

CLEMENTI, M.L. **L'impegno di G.A. Maccacaro per una nuova medicina.** Medicina Democratica,1997. Disponibile all'indirizzo: <<http://www.medicinademocratica.org/MACCACARO.pdf>>. Visitato il 25 Novembre 2015.

COMMUNICATION4HEALTH. 2013. Disponibile all'indirizzo: <<http://communication4health.wordpress.com/2013/02/22/advocacy-versus-activism-what-is-the-difference/>>. Visitato il 25 Novembre 2015.

DHARAMSI, S., HO, A.; SPADAFORA, S.M.; WOOLLARD, R. The physician as health advocate: Translating the quest for social responsibility into medical education and practice. **Academic Medicine**, v.86, n.9, 2011, p.1108-1113.

D'ERAMO, M. **Marcello Cini, il dissenso in cattedra.** 2014. Disponibile all'indirizzo: <<http://temi.repubblica.it/micromega-online/marcello-cini-il-dissenso-in-cattedra/>>.

FLOOD, M.G.; MARTIN, B.; DREHER, T. Combining academia and activism: common obstacles and useful tools. **Australian Universities Review**, v.55, n.1, 2013, p.17-26.

FNOMCeO. **Professione Medica nel Terzo Millennio.** Quale modello formativo. P.7. 2013

FREIRE, P.; WEFFORT, F.; BIMBI, L. **L'educazione come pratica della libertà.** Milano: A. Mondadori, 1977.

FREIRE, P. **L'Educazione come Pratica della Liberta'.** Milano: Mondadori, 1973.

GIRARDI, G. **Resistenza e alternativa Al neoliberismo e ai terrorismi.** 2002. Disponibile all'indirizzo: <<http://www.puntorosso.it/images/saperi/libro-girardi.pdf>>.

GIROUX, H. "Rejecting Academic Labor as a Subaltern

Class: Learning from Paulo Freire's Critical Pedagogy," **Fast Capitalism 8:2** (2011). Disponibile all'indirizzo: http://www.uta.edu/huma/agger/fastcapitalism/8_2/Giroux8_2.html.

GLOBAL AIDS ALLIANCE. 2008. Disponibile all'indirizzo: <<http://www.ccaba.org/wp-content/uploads/Paul-Zeitz-What-is-Advocacy-and-What-is-Activism-Compatibility-Mode1.pdf>>.

GRISONI, D.; MAGGIORI, R. **Guida a Gramsci.** Milano: BUR, 1975.

HOOKS, B. **Teaching to transgress.** Lonon: Routledge, 2014, p.13-22.

INNIS, H.A. **Empire and communications.** Chicago: Rowman & Littlefield, 2007.

KRIEGER, N. The making of public health data: paradigms, politics, and policy. **Journal of Public Health Policy**, 1992, p.412-427.

LOEWENSON, R.; LAURELL, A.C.; HOGSTEDT, C.; D'AMBRUOSO, L.; SHROFF, Z. **Participatory action research oin health systems: a methods reader.** TARSC, AHPSR, WHO, IDRC Canada, EQUINET, Harare, 2014.

MACCACARO, G.A. Per una medicina da rinnovare, Scritti 1966-1976, Feltrinelli, Milano, 1979, p.176.

MARTIN, B. **Academics and activism:** Stephen Hawking and the Israel boycott. *The Conversation*, 14 May 1-3, 2013

MCLUHAN, M.; FIORE, Q. The medium is the message. **New York**, n.123, 1967, p.126-128.

MILBERRY, K. **The public intellectual:** Bridging the scholar/activist divide, 2008. Disponibile all'indirizzo: <<http://legacy.earlham.edu/~peters/fos/2008/05/oa-and-public-intellectuals.html>>.

PECORA, N.; BOLCHINI, S.; OCCHINI, G.; DAMERI, M. **Allenarsi, da studenti, contro il conflitto di interessi in medicina**, 2014. Disponibile all'indirizzo: <<http://www.saluteinternazionale.info/2014/05/allenarsi-da-studenti-contro-il-conflitto-di-interessi-in-medicina/>>.

POSTMAN, N.; WEINGARTNER, C. **Teaching as a Subversive Activity**. Delacorte, 1969.

RHOADES, G.; SLAUGHTER, S. Academic capitalism in the new economy: Challenges and choices. **American Academic**, v.1, n.1, 2004, p.37-59.

SAID, E.W. **Dire la verita'**. Gli intellettuali e il potere. Milano: Feltrinelli, 1995.

SMITH, N. Afterword: Who rules this sausage factory?. **Antipode**, v.32, n.3, 2000, p.330-339. Disponibile all'indirizzo: <<http://www.srdg.co.uk/homes/tslater/whorules.pdf>>.

STEFANINI, A., 2014. Disponibile all'indirizzo: <<http://www.saluteinternazionale.info/2014/04/capovolgere-la-facolta-di-medicina-leredita-di-giulio-a-maccacaro/>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Report on Knowledge for Better Health**. 2004. WHO, Geneva. Disponibile all'indirizzo: <<http://www.who.int/rpc/meetings/pub1/en/>>.

WOODHOUSE, T. Adam Curle: Radical Peacemaker and Pioneer of Peace Studies. **Journal of Conflictology**, v.1, n.1, 2010.

THE CONVERSATION. **What's up with universities – Whackademia or just grumpy old academics?**, 2014. Disponibile all'indirizzo: <<http://theconversation.com/whats-up-with-universities-whackademia-or-just-grumpy-old-academics-7602>>.

NUOVI SGUARDI SULLE TECNOLOGIE IN SALUTE: UNA NECESSITÀ CONTEMPORANEA

Emerson Elias Merhy
Laura Camargo Macruz Feuerwerker

La tradizione occidentale in ambito sanitario, inaugurata nel XIX secolo, sta costruendo sguardi sulla problematica della sofferenza umana che traggono le loro origini da un luogo da molti riconosciuto (DONNANGELO, 1976; ILLICH, 1975) come di produzione di un processo storico e sociale definito *medicalizzazione* dell'esistenza e della vita individuale e collettiva; soprattutto a partire dal XX secolo.

Fino al XIX secolo coesistevano differenti tipi di *curatori*, che rispondevano alle differenti necessità di salute espresse, relative ai “modi di vivere la vita” proprie di ogni tempo e di ogni società, come definito da Canguilhem (1990). In tal senso, le pratiche di assistenza rispondevano a necessità di salute che variavano in base alle differenti interpretazioni inerenti all'apparizione o alla scomparsa delle malattie; rispetto alla loro maggiore o minore intensità e alla maggiore o minore importanza che acquisivano

nel contesto delle differenti forme di organizzazione sociale. Quindi, molto prima di correlare le patologie ad alterazioni morfo-funzionali dei corpi, venivano identificate le malattie, che erano già dotate di realtà propria ed esterna ai corpi (poiché solamente in questo modo era possibile giustificare le variazioni). Alle concezioni su ciò che si intendeva come malattia corrispondevano poi comportamenti collettivi, designati come desiderabili o non desiderabili, che esprimevano uno standard generale di normatività corrispondente a strutture culturali complesse, che potevano variare anche in relazione ai differenti strati sociali. (GONÇALVES, 1994)

A partire dallo sviluppo delle scienze positive di base, dalle quali si è strutturata la medicina, le determinazioni extra-biologiche delle necessità di salute cominciarono a diventare astratte e la medicina si trasformò nell'unica pratica capace di definire, attraverso il suo sapere "scientifico" ciò che è o non è legittimo in quanto normale o patologico. Il corpo biologico è diventato il campo nel quale è possibile spiegare, in qualsiasi circostanza, l'occorrenza del normale e del patologico. Questo oggetto, appreso dalle scienze basiche e per estensione divenuto oggetto di lavoro nella pratica medica, cominciò a essere inteso come l'unico vero oggetto. Conseguentemente tutti gli altri saperi e tutte le altre pratiche in salute furono delegittimate, poiché si occupavano di oggetti non veri.

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 come espressione oggettiva di leggi generali scientifiche.

Anche nella prospettiva più ampia elaborata dalla *salute collettiva*, quando si sposta lo sguardo dalla 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: scienze più ampie, che indagano la società, la storia e i collettivi umani. Tuttavia non si esce dal terreno in cui le competenze per comprendere e agire nel campo della salute, si ottengono soltanto attraverso la produzione scientifica, pertanto qualsiasi fenomeno è sempre interpretato come un caso specifico di un fenomeno generale.

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.

Prima di proseguire nella discussione proposta, relativa ai modi in cui è possibile prendersi cura dell'altro, è necessario fare un'osservazione. Occorre riconoscere che questa medicina egemonica, nonostante sia così aderente a strategie di disciplinamento della vita (il sopraccitato fenomeno della medicalizzazione della vita), è anche capace di produrre risultati positivi. Molte situazioni rispondono in maniera efficace agli interventi sul corpo degli organi che si basano su questa visione di casi specifici costruiti scientificamente.

Tuttavia esistono anche evidenze relative a numerosi problemi, o addirittura a molti limiti insiti in questo approccio. 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 quindi considerati nella comprensione della 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 e impoverita. In questa maniera, le azioni di salute hanno perso la loro dimensione di presa in carico, e nonostante il continuo progresso scientifico, hanno perso potenza ed efficacia.

Questa relazione, così deprivata, nella quale l'altro è considerato solo come corpo biologico, come oggetto d'azione rispetto a cui tutti gli altri saperi sulla salute vengono delegittimati, è una relazione verticale, unidirezionale, che prescinde dall'azione/cooperazione di chi è "trattato". È una relazione in cui ci si illude che la cooperazione si ottenga automaticamente, a partire da una "illuminazione" tecnica sul problema e sulle procedure necessarie alla sua risoluzione. Tuttavia non è così che le cose funzionano nella pratica, e proprio per questo è così difficile "conquistare l'aderenza" dei pazienti alle proposte terapeutiche, soprattutto per quel che riguarda le condizioni croniche.

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).

Con questo, quindi, evidenziamo la necessità di rivedere da una nuova prospettiva i processi di lavoro in salute. Si rende evidente come qualsiasi tipo di incontro tra i professionisti della salute e il mondo delle necessità dei pazienti, individuali o collettive che siano, produca un intenso processo micro-politico sottostante, che definisce le possibilità di interpretare l'atto del *prendersi cura dell'altro* come uno spazio di singolarizzazione dei "modi di camminare nella vita." (CECILIO; MATSUMOTO, 2006, p.8)

E per comprendere tutto ciò è necessario osservare il mondo del lavoro in salute attraverso la lente della 'micro-politica del lavoro vivo in atto' perché, come vedremo più avanti, è fortemente implicata nella costruzione degli incontri singolari; negli atti della presa in carico.

Il lavoro

Allo scopo di ampliare la nostra comprensione rispetto al lavoro umano, riscatteremo Marx, che considerava il lavoro non soltanto nella sua dimensione operativa, in quanto attività, ma come una prassi che espone la relazione uomo/mondo ad un processo di mutua produzione.

In qualunque attività produttiva umana, la costruzione mentale del prodotto che si vuole realizzare antecede e si antepone al processo di lavoro in sé. È questa costruzione mentale che dà senso al lavoro. L'uomo lavora a partire da un punto di vista interessato del mondo e lo proietta nelle attività in cui consisterà il processo di lavoro, di fabbricazione dell'oggetto desiderato.

Il processo produttivo implica sempre certe componenti: il lavoro dell'uomo in sé, l'insieme degli elementi assunti come materia prima e quelli utilizzati come strumenti di lavoro. Tali elementi si articolano in

funzione del progetto che si sta mettendo in pratica. Questo modo di organizzare il processo di lavoro necessita di una certa conoscenza, tale da permettere all'uomo di unire tutte queste componenti e, attraverso i suoi atti 'vivi', di realizzare un certo prodotto. In tal senso, non è sufficiente progettare; è necessario anche un certo sapere tecnologico affinché si possano unire le tre componenti e trasformarle in un prodotto specifico.

Si definiscono lavoro 'morto' tutti i prodotti/mezzi che vengono utilizzati nel processo, ma che sono 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). Il lavoro *vivo in atto* è 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 autogoverno è caratterizzato dall'azione del proprio lavoro vivo in atto su ciò che gli viene offerto come lavoro morto per raggiungere le finalità perseguite.

Evidenziamo, quindi, che l'idea di tecnologia coinvolge non soltanto gli equipaggiamenti/strumenti utilizzati nella produzione, ma anche un certo sapere tecnologico e un *modus operandi*, che danno senso alla "ragione strumentale" degli equipaggiamenti. Evidenziamo anche che il processo di lavoro può essere organizzato in modo da limitare al massimo l'autonomia dell'uomo nella sua realizzazione, in modo da avere una pianificazione previa, fatta da altri, che guida ogni passo del produttore, in modo da avere un predominio della logica degli strumenti di gestione sul controllo del processo. In queste situazioni, il lavoro morto cattura il lavoro vivo e dà il ritmo al processo di lavoro.

Marx pensava che un lavoratore, agendo in una linea di produzione all'interno di una fabbrica, era totalmente

subordinato, nel suo agire, alla logica del mondo duro e strutturato che la produzione impone attraverso molteplici processi di cattura della sua capacità di lavorare. Marx era un anti-capitalista che teorizzava l'assoggettamento totale del lavoro vivo da parte del lavoro morto e scommetteva nella coscienza di classe come possibilità di liberazione, coscienza che sarebbe derivata da processi esterni al mondo delle attività produttive in sé. (MERHY, 2002)

Taylor ha sostenuto l'idea secondo la quale il modello organizzativo dei processi di lavoro altera le relazioni tra macchina e lavoratore, poiché può interferire con i suoi movimenti nel tempo. Apprese tutto ciò osservando i lavoratori intenti nelle loro attività produttive, quando esercitavano diversi gradi di libertà sulle dimensioni del processo di lavoro, imponendo produttività differenti alle stesse macchine o alle linee di produzione impegnate nella realizzazione degli stessi prodotti. Diceva che l'operaio, senza il controllo dell'impresario, avrebbe fatto la fabbrica a suo modo, cosa che non sempre coincideva con il meglio per coloro che si concentravano sul lucro e sulla competizione nel mercato. Perciò ha sviluppato un insieme di tecnologie con la finalità di catturare l'autonomia dei lavoratori nell'esercizio del loro lavoro vivo, ritenendo che il solo controllo degli equipaggiamenti non fosse sufficiente. (MERHY, 2002)

Quindi, anche Taylor, come Marx, riconosceva che la fabbrica è un luogo di dominazione intensa, ma partiva dal principio che tale dominazione doveva essere pensata permanentemente poiché, nel caso contrario, i lavoratori avrebbero potuto aprire "linee di fuga" all'interno delle logiche di produzione, allo scopo di implementare una produzione a modo loro. L'uomo, pertanto, nelle sue attività produttive tende sempre a ricercare forme che gli permettano di esercitare la propria autonomia e creatività

attraverso il lavoro vivo in atto. Al contrario, si disinteressa e si demotiva (e produce meno) quando viene esclusivamente controllato e co-agito. (MERHY, 2002)

Il lavoro vivo in atto ci porta a osservare due dimensioni: una è quella delle attività costruttrici di prodotti, della loro realizzazione per mezzo della produzione di beni di differente tipo, che è legata alla realizzazione di una finalità per il prodotto (a che cosa serve, quale necessità soddisfa, che “valore d’uso” ha?). L’altra dimensione, invece, è quella relativa al produttore dell’atto, il lavoratore, e alla sua relazione con il proprio atto produttivo e con i prodotti che realizza, così come alle relazioni che instaura con gli altri lavoratori e con i possibili utilizzatori dei suoi prodotti. Approfondire queste due dimensioni è fondamentale per comprendere che cos’è il lavoro come pratica sociale e come pratica tecnica; come atto produttivo di cose e di persone.

Come produttore di beni, il lavoratore si trova annodato a una catena materiale dura e simbolica, poiché il “valore d’uso” del prodotto è dato dal “valore simbolico di riferimento” che lo caratterizza, che è a sua volta costruito dai vari attori sociali nelle loro relazioni. Il “valore di scambio” di un prodotto, invece, è vincolato al funzionamento di una società, storicamente fabbricato dagli uomini, come per esempio la società capitalista in cui viviamo oggi.

Se per la produzione di un’automobile il “valore simbolico di riferimento” è servire per trasportare persone o per mostrare uno status, per la produzione di salute il “riferimento simbolico” è essere *assistito* o vendere procedimenti per guadagnare denaro. Dipende da chi è in scena, dal suo status sociale, dalla sua posizione nel processo produttivo e dai suoi valori culturali, tra le altre cose.

Il lavoro in salute

Le pratiche di salute, come tutte le attività umane, sono atti produttivi, poiché attraverso alcune modifiche, producono qualcosa di nuovo. Pertanto si prefigurano come lavoro perché cercano di alterare uno stato di cose stabilite che si sono configurate come necessità. Quindi, oltre ad essere guidate dal sapere scientifico, sono anche costruite a partire dalla loro finalità sociale, storicamente costruita.

Pertanto, il lavoro in salute ha un compromesso sia con i bisogni sociali (relativi all’infrastruttura produttiva della società) (GONÇALVES, 1994) che con le necessità di salute del singolo paziente, che necessita del consumo di azioni di salute allo scopo di ottenere qualcosa dotato di un valore d’uso fondamentale: restare vivo e autonomo e continuare a esercitare il proprio modo di vivere la vita. (CAMPOS, 1991; 1992)

Oltre a ciò, nel contesto dei servizi sanitari, l’atto della produzione e quello del consumo del prodotto avvengono contemporaneamente, configurando, perciò, una relazione di intercessione. Quando un professionista della salute si incontra con un paziente, nel contesto di un processo di lavoro che si propone di produrre assistenza, si instaura tra di loro uno spazio di intersezione che si manifesterà sempre, in atto, in ogni loro incontro. Pertanto, nel processo di lavoro in salute si verifica un incontro tra l’agente produttore (con i suoi strumenti/conoscenze/equipaggiamenti) e l’agente consumatore (con i suoi obiettivi/conoscenze/rappresentazioni). Questo fa sì che l’agente consumatore diventi in parte oggetto di quell’atto produttivo, o, più ancora, che interferisca con il processo.

Riprendendo alcune considerazioni fatte anteriormente: l’azione intenzionale del lavoro si realizza in un processo in cui il lavoratore, attraverso il proprio

lavoro vivo in atto, cattura interessatamente un oggetto/natura allo scopo di produrre beni/prodotti. Il lavoro in se è il lavoro vivo, gli strumenti di lavoro e l'organizzazione del processo lavorativo sono lavoro morto (ovvero il prodotto di un lavoro vivo anteriore).

Il lavoro in salute, che si realizza sempre mediante l'incontro tra il lavoratore e il paziente, è centrato nel lavoro vivo in atto che utilizza lavoro morto allo scopo di produrre la presa in carico. (MERHY, 1998) È un processo di produzione che opera con alti gradi di incertezza e che è caratterizzato dall'intercessione dell'azione degli attori territoriali coinvolti nell'atto di salute. (MERHY, 1997)

In tal senso, nell'analizzare il lavoro del medico, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves affermò che questo professionista opera con un sapere che gli permette di appropriarsi del "suo oggetto", qualsiasi siano le manifestazioni patologiche (così come definite dalla medicina) insite nel corpo biologico. Questa appropriazione non rappresenterebbe un processo puramente intellettuale, ma si ripercuoterebbe in tecniche materiali e immateriali. Pertanto gli strumenti di lavoro dovrebbero essere intesi come un 'momento operativo' del sapere. È questa dimensione tecnologica del lavoro medico che gli permetterebbe di rispondere alle specificità di ogni situazione; di reinterpretare la scienza e di articolare il vissuto sociale nelle pratiche scientifiche. Le tecnologie materiali rappresenterebbero gli strumenti del lavoro, mentre le tecnologie immateriali rappresenterebbero i saperi. (GONÇALVES, 1994)

Partendo da questa analisi, cerchiamo di andare un po' oltre. Consideriamo che, nell'incontro tra il medico e il paziente, questo professionista utilizzi "cassette di attrezzi tecnologici" per agire nel processo di intercessione. Attrezzi tecnologici come per esempio i saperi e i loro risvolti immateriali.

Le cassette degli attrezzi dovrebbero essere di tre tipi: una vincolata alla propedeutica, ai procedimenti (diagnostici e terapeutici), ai saperi; l'altra alle relazioni professionista-paziente. Ogni cassetta, quindi, dovrebbe esprimere processi produttivi singolari, implicati in certi tipi di prodotto.

La prima è quella che rende possibile l'utilizzo dello stetoscopio, dell'endoscopio e degli altri equipaggiamenti utili a scansionare, analizzare dati fisici, realizzare esami laboratoristici e di diagnostica per ottenere immagini necessarie ad alimentare il raziocinio clinico e a informare gli interventi terapeutici. Questi processi consumano lavoro morto (delle macchine) e lavoro vivo (degli operatori). Queste sono le così dette tecnologie dure.

La seconda ci permette di analizzare lo sguardo del medico sul suo paziente, come oggetto del suo intervento, in un processo di appropriazione del suo mondo e delle sue necessità, costruito a partire da determinati punti di vista. Questo sguardo è costruito a partire da certi saperi specifici, come per esempio quello della clinica e dell'epidemiologia (lavoro morto, quindi, in quanto prodotto anteriormente). Tuttavia, nel momento concreto dell'azione del medico, attraverso il suo lavoro vivo in atto, mediante la sua interazione con il paziente (singolare, imprevedibile), si verifica una mediazione con la riflessione clinica del medico, imposta dall'incertezza e dalla specificità della situazione. Questo è un terreno di costante tensione tra la rigidità dello sguardo informato e del pensiero strutturato e la leggerezza di cui il paziente ha bisogno. È proprio a partire da questo terreno che i prodotti della prima cassetta acquisiscono il

significato di azioni di salute. E siccome non esiste un unico modo di realizzare l'atto clinico, a seconda dei casi, in seno a questa dinamica potrà predominare la rigidità (e i processi più strutturati) o la leggerezza (e i processi più malleabili e permeabili). Le tecnologie che operano in questo terreno sono definite come dure-lievi.

La terza cassetta degli attrezzi, infine, è quella che ci permette la produzione delle relazioni implicate nell'incontro professionista-paziente attraverso l'ascolto, l'interesse, la costruzione di legami e la fiducia; è quella che ci permette, più precisamente, di captare la singolarità, il contesto, l'universo culturale, i modi specifici con i quali vengono vissute determinate situazioni e per questo di arricchire e ampliare il raziocinio clinico. I processi produttivi, in questo spazio, si realizzano soltanto 'in azione' e nelle intercessioni che intercorrono tra il medico e il paziente. È in questo terreno che l'etica dell'esercizio professionale e i saperi sulla relazione medico-paziente acquisiscono importanza, sottolineando l'importanza del lavoro vivo del medico. È proprio in questo terreno – delle relazioni, dell'incontro, del lavoro vivo in atto – che il paziente ha maggiori possibilità di agire, interagire, lasciare il proprio segno e anche di influenzare il processo di cura. Le tecnologie coinvolte nella produzione di quest'incontro sono definite lievi.

È in funzione della combinazione di questi tre tipi di tecnologie che si configurano i distinti modelli di assistenza in salute. Per esempio, nel modello della medicina tecnologica si verifica un impoverimento tale delle tecnologie lievi a favore di un'organizzazione che predilige quelle dure e dure-lievi, al punto che il medico può essere ridotto a semplice unità produttiva di procedimenti, che si traducono nell'atto di salute desiderato.

Composizione tecnologica del lavoro in salute e produzione della presa in carico

In ambito sanitario l'oggetto del lavoro è la produzione della presa in carico, attraverso la quale si auspica di raggiungere la cura e la salute, che rappresentano, di fatto, gli obiettivi principali. Tuttavia, osservando la vita reale dei servizi di salute emerge che, a seconda dei modelli adottati, tale produzione non è sempre coerente con i principi della cura e della promozione della salute.

Analizzando il punto di vista dei pazienti, numerosi studi e reportage ci mostrano come, in generale, questi ultimi si lamentano principalmente per la mancanza di interesse e responsabilizzazione che i differenti servizi mostrano rispetto alle loro problematiche di salute. Gli utenti si sentono insicuri, disinformati, disprezzati, impotenti.

Ora, che tipo di crisi tecnologica e assistenziale è questa? Ha a che vedere soltanto con un tipo specifico di approccio alle problematiche di salute, come ad esempio quello del lavoro medico, oppure è una crisi globale del settore? Partendo proprio dall'identificazione di questa crisi, è possibile proporre un modo differente di produrre azioni di salute?

Quando un professionista sanitario entra in azione, mobilita contemporaneamente i suoi saperi e i suoi modi di agire. Questi sono definiti in primo luogo dall'esistenza di un sapere altamente specifico relativo al problema che dovranno affrontare, al quale però si sovrappone anche un sapere "territorializzato" relativo al suo preciso campo di azione professionale. A questi due livelli, se ne sovrappone un terzo, quello che determina la dimensione assistenziale che qualsiasi azione professionale deve prevedere.

Nella produzione di un atto di salute coesistono sempre questi nuclei distinti, tuttavia il modello assistenziale predominante nei nostri servizi, si caratterizza per il fatto di essere organizzato, fundamentalmente, a partire dalle specifiche problematiche, relegando la dimensione di presa in carico a un piano irrilevante. Possiamo altresì affermare che anche l'azione degli altri professionisti sanitari è soggiogata alla logica dominante del lavoro medico. Tutto ciò determina un impoverimento del loro potenziale assistenziale, riducendo le azioni a semplice produzione di procedimenti.

Ora, la conformazione tecnologica assunta concretamente dai differenti modelli di sistema è il prodotto di un processo di disputa tra i vari attori interessati a questo *locus* di azione sociale. Nei processi attraverso i quali viene definito "per che cosa" si organizzano i modi tecnologici di agire in salute, sono sempre coinvolti gruppi di forze politiche e sociali che hanno interesse in ciò che si sta producendo e che cercano di imporre le proprie finalità al processo.

Tendenzialmente, per il modo con cui agiscono le logiche di potere (politico, tecnico e amministrativo) nella società contemporanea, i nuclei vincolati alle tecnologie dure e dure-lievi incontrano un terreno favorevole alla loro imposizione rispetto agli altri nuclei. Per superare questa conformazione è necessario operare con dispositivi che rendano possibile ridefinire gli spazi di relazione tra i vari attori coinvolti nel processo, che alterino la missione delle strutture sanitarie e che amplino i modi di produrre atti di salute. Nuove forme, nuove combinazioni tecnologiche in cui il peso delle tecnologie lievi sia maggiore, e in cui le necessità dei pazienti occupino una posizione centrale.

Riprendendo le nostre considerazioni iniziali rispetto agli atti di salute, è utile ricordare che la produzione di atti

di presa in carico ha a che vedere con tutti gli esseri umani, e che è il modello medico egemonico a non valorizzare e a delegittimare gli altri saperi sulla salute, quelli che non prendono il corpo biologico come oggetto e che non si basano su conoscenze così dette scientifiche.

Ora, il territorio delle azioni di presa in carico non è di dominio esclusivo dei professionisti della salute, ma anche degli utenti e delle loro famiglie. Produrre atti di salute e di cura è un compito che deve essere condiviso da tutti i lavoratori, ove per lavoratori si intende tutti coloro che 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, mobilitando 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.

Poiché 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, identificare un problema o immaginare possibilità per fronteggiarlo. Anzi, in generale, sulla base delle circostanze specifiche di ogni incontro, saranno differenti le strategie e i membri dell'equipe che svolgeranno un ruolo più attivo.

Ampliare lo sguardo e l'ascolto, permettere quindi alla complessità della vita dei pazienti di confluire nel modo con cui i lavoratori comprendono le sofferenze altrui al di là del processo salute/malattia, come un processo di produzione di vita, che implica anche la necessità di posizionare il paziente in un altro piano: quello di agente attivo nella produzione della sua salute e nell'incontro con i professionisti della salute. Ciò sembra però essere molto differente dal 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 ciò che sono 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 così che, nonostante la promessa di assumersi la responsabilità per un determinato territorio e di presentarsi come la “porta di entrata”, le equipe di salute della famiglia¹ si mostrano estremamente impreparate quando devono confrontarsi con la domanda spontanea, che non rientra nelle priorità in base alle quali avevano organizzato l’offerta dei servizi programmati. È per questo che le situazioni non emergenziali vengono sempre identificate, nei pronto soccorsi, come “bisogni che dovrebbero essere risolti nei servizi di cure primarie”, indipendentemente da quello che tutto ciò comporterebbe e dalla sensazione di urgenza percepita dal paziente.

Ma come fare ad aprirsi alla domanda spontanea, se non c’è nemmeno la capacità di risolvere le richieste programmate in agende così sovraccariche? Sarà difficile senza riorganizzare l’offerta, senza lasciare spazi alla

¹ Il programma di “Salute della famiglia” è la strategia attraverso la quale, a partire dal 1994, è stato organizzato il sistema di cure primarie in Brasile. Gli assi principali che caratterizzano il lavoro di questo programma sono: approccio comunitario, territorializzazione, multidisciplinarietà, partecipazione sociale, integralità delle cure, focus su prevenzione, promozione e recupero della salute. Il programma lavora inoltre in maniera integrata con una rete di servizi di secondo e terzo livello.

produzione di incontri autopoietici; senza riconoscere la potenza che hanno le reti di protezione sociale nella produzione della presa in carico; senza riconoscere nei pazienti degli alleati per la produzione di salute nel territorio; senza avere la libertà di proporre nuovi assetti organizzativi per offrire assistenza all’intensità necessaria a ogni situazione. Sono necessari nuovi assetti tecnologici!

Riconoscere nel paziente il ruolo di agente gli permetterebbe di partecipare nella costruzione di progetti terapeutici (ideati in modo partecipativo da vari professionisti) che considerino anche altri elementi e non soltanto le raccomandazioni derivate dalle migliori conoscenze tecnico-scientifiche disponibili rispetto al problema diagnosticato.

Attualmente il paziente esercita il proprio diritto di partecipare alla costruzione del progetto terapeutico rinunciando ad aderire alle proposte che gli provocano disagio più che sollievo, o che non producono l’effetto immaginato/desiderato. Partecipa producendo da solo, unilateralmente, le alterazioni che considera necessarie alla proposta terapeutica frammentata, offerta da differenti professionisti che non si articolano tra loro; senza poter contare quindi su un utilizzo più “saggio” del sapere tecnico-scientifico disponibile. Numerose evidenze mostrano che considerare il paziente un oggetto o una “scatola vuota” di saperi sulla salute è alla base del fallimento della produzione di azioni efficaci nel controllo del diabete o dell’ipertensione, per esempio. (CYRINO, 2006) Sono necessari nuovi assetti tecnologici!

Gli assetti attualmente egemonici producono efficacemente risposte puntuali, necessarie e sufficienti in alcune situazioni (come per esempio in un infarto cardiaco, in una polmonite, un’appendicite, ecc.) in cui la gravità del caso fa sì che il paziente rinunci a gran parte della propria

autonomia per sottomettersi al trattamento, concentrandosi sul problema biologico, offrendo potenti misure per superare le situazioni di disequilibrio in un arco temporale ristretto. Sono però inefficaci quando, passato il momento della crisi, il paziente riassume il controllo della propria vita e la capacità dei professionisti sanitari di orientare la sua condotta si riduce drasticamente. È in questo momento che diventa indispensabile la negoziazione!

È nel terreno delle azioni di presa in carico che questa trattativa può avvenire. È questo lo spazio che appartiene sia ai pazienti che a tutti i professionisti della salute. È questo il terreno che, configurandosi a partire dal lavoro vivo in atto e dai saperi che appartengono al mondo della vita vissuta, pare non essere imprigionato dalla ragione strumentale. È questo lo spazio di produzione dell'incontro, di una possibile costruzione negoziata, che ci permette di fabbricare autonomia per i pazienti e per il lavoro dell'equipe di salute. Per questo la presa in carico (e non la clinica) è l'anima dei servizi di salute e la strategia radicale per la difesa della vita. La clinica è il terreno delle tecnologie dure-lievi; appartiene ai professionisti (a certi professionisti più che ad altri), pertanto una negoziazione in questo territorio presuppone la subordinazione di alcuni attori (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 possibilità e non come imposizione di uno stile di vita o di un'unica spiegazione valida dei disturbi o delle sofferenze.

La micropolitica e la produzione della presa in carico

Come abbiamo visto, il lavoro in salute non è mai completamente controllabile, perché è costantemente soggetto alle interpretazioni che il professionista fa, nel suo spazio autonomo e privato di concretizzazione della pratica. Ben lungi dall'essere una "scatola vuota", ogni professionista ha le proprie idee, i propri valori e le proprie concezioni rispetto alla salute, al lavoro in salute e al modo in cui questo dovrebbe essere realizzato. Tutti i lavoratori usano i loro piccoli spazi di autonomia per agire nel modo che più gli pare corretto, rispettando i propri valori e/o interessi. (FEUERWERKER, 2005)

I sistemi sanitari sono pertanto un palcoscenico per un gruppo di attori dotati di determinate finalità per le loro azioni e che sono in disputa rispetto al senso generale del lavoro. Agiscono mescolando, in maniera non sempre così evidente, i propri terreni privati di azione con il processo pubblico del lavoro. La quotidianità, pertanto, ha due facce: quella delle norme e dei ruoli istituzionali e quella delle pratiche private di ogni lavoratore. (MERHY, 2002)

I gestori (federali, statali e municipali del Sistema Sanitario, così come quelli delle imprese supplementari) giocano un ruolo decisivo nella definizione delle pratiche di salute attraverso le politiche, i meccanismi di finanziamento ecc., ma non governano da soli. Nonostante definiscano una direzione, nella realtà tutti governano: gestori, lavoratori e utenti.

Carlos Matus dice che sebbene solo alcuni sono in posizione di "alta direzione" (G) dell'organizzazione in ambito sanitario, tutti coloro che operano in salute sono agenti dell'organizzazione (g).. Pertanto, la reale organizzazione è definita dall'insieme delle azioni di governo che tutti realizzano nel quotidiano. Chi fa, pianifica (governa). (MATUS, 1996)

Questo significa che ogni attore in posizione di governo interagisce con altri attori che governano e disputano, insieme a lui la direzione dell'azione, utilizzando, le risorse che hanno a disposizione. Se è vero che gli attori in situazione di governo dispongono, da principio, di un controllo maggiore sulle risorse, è vero pure che ciò non sia sufficiente in quanto essi necessitano anche di saper governare (necessitando per questo di una determinata cassetta degli attrezzi che componga la loro capacità di governare). Quando un attore "gioca bene", può ampliare la propria governabilità. Questo è un elemento fondamentale per la gestione delle organizzazioni di salute e per coloro che pretendono di facilitare la trasformazione delle pratiche di salute.

Esistono, quindi, per lo meno tre campi di tensione che operano all'interno delle organizzazioni di salute (MERHY, 2002):

- il territorio delle pratiche di salute è uno spazio di dispute multiple e di costruzione di politiche disegnato a partire dall'azione di attori distinti che, a seconda dei propri interessi e delle proprie capacità di azione, si alleano o si confrontano nel tentativo di affermare una certa configurazione della salute. L'unico modo per riuscire a far valere gli interessi dei pazienti, è affrontare questo gioco attraverso la partecipazione e la co-costruzione sociale; attraverso un patto politico ampio.

- La produzione di atti di salute è un terreno del lavoro vivo in atto (ossia, un terreno nel quale dominano le tecnologie lievi – relazionali). Tutto ciò si verifica perché la produzione di atti di salute opera sempre con un alto grado di incertezza e con una relativamente alta autonomia dei lavoratori. È esattamente questa caratteristica ad aprire grandi possibilità per strategie che rendano possibile la costruzione di nuovi valori, comprensioni e relazioni, dato che c'è molto spazio per l'invenzione.

- Il terreno delle organizzazioni di salute, essendo uno spazio d'azione di differenti attori che interagiscono a partire dalle loro capacità di autogoverno e di negoziazione quotidiane, con regole istituite, è sempre caratterizzato da una tensione polarizzata tra le istanze di autonomia e quelle di controllo. Anche questo è uno spazio di possibilità per la costruzione di strategie che portino i professionisti a utilizzare il proprio spazio privato di autonomia a favore dell'interesse pubblico (dei pazienti).

Questi tre campi di tensione sono luoghi strategici per qualsiasi intervento che abbia l'obiettivo di aumentare la capacità di *governance* dei gestori o per definire le possibilità di implementazione di un assetto organizzativo del sistema innovativo, e che consideri come centrali le necessità degli utenti.

L'intervento può essere finalizzato ad aumentare la *governance* da parte dei gestori attraverso l'ampliamento del controllo, alterando gli spazi di autonomia dei professionisti (restringendola, ad esempio, effettuando controlli sui costi o istituendo programmi specifici); agendo sulle dispute che si verificano quotidianamente e cercando di imporre un controllo, imponendo in tal modo interessi specifici di alcuni, come se fossero quelli di tutti.

È qui che entrano in scena nuove strategie gestionali, come quella *dell'educazione permanente* e del *supporto istituzionale*, utilizzate come dispositivo per la fabbricazione di nuovi collettivi; per propiziare la riflessione sul quotidiano e produrre alterità allo scopo di analizzare le pratiche. Sostanzialmente si tratta di un dispositivo volto a creare spazi in cui possano essere prodotti nuovi patti per l'organizzazione del lavoro. (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006)

Riconoscendo lo scenario di disputa e di diversità di interpretazione, un gestore che desideri avere la possibilità

di governare, di influire cioè più efficacemente sul risultato di questo ampio processo occulto di contesa, deve investire nella creazione di opportunità per poter esplicitare i differenti modi di intendere la realtà vissuta e di concepire le pratiche di salute.

Queste opportunità si verificano quando si creano i presupposti per la costituzione di spazi collettivi di riflessione sul processo di lavoro, di modo che tutti i differenti attori possano conoscere il lavoro sviluppato nel suo insieme, entrando in accordo rispetto a quella che dovrebbe essere la finalità dello stesso. Questa è un'opportunità di conoscenza e di riconoscimento del valore di ogni lavoratore nella produzione delle azioni di salute, così come di costruzione di nuovi significati relativi al lavoro di ogni professionista. Uno spazio con così tanti attori e così tanta diversità di punti di vista, suscita dibattiti, inquietudini, e mobilità affetti e frustrazione.

La condizione indispensabile affinché una persona, o una organizzazione, decida di cambiare, o di incorporare nuovi elementi nella sua pratica e nei suoi concetti, è che si parta dal presupposto, dalla percezione, che il modo usuale di fare o di pensare sia inadeguato o insoddisfacente per rispondere a tutte le sfide del lavoro. Lo sguardo dell'altro, spesso, funziona come dispositivo attraverso cui poter analizzare il proprio modo di operare, e in questo il collettivo è fondamentale. Concetti e problematiche apparentemente immutabili, rispetto alla contingenza delle organizzazioni, diventano "trasformabili" e rilevano la potenza di ognuno nella misura in cui partecipano al collettivo.

Differentemente dalle "scatole vuote" orientate dalle norme, a partire dal riconoscimento dei differenti valori, saperi, credenze e desideri esistenti all'interno di un collettivo, è possibile identificarne le ripercussioni e costruire nuovi patti e nuovi assetti concordati tra gli attori coinvolti nella produzione del lavoro in salute.

Pertanto, è necessario sovvertire l' "ordine" esistente nell'organizzazione tradizionale, in cui, in generale, non c'è tempo né spazio per l'ascolto e la costruzione collettiva, rappresentando il luogo nel quale vengono prese le decisioni da parte di chi sta all'apice della piramide (organigramma). È necessario pertanto decentralizzare, senza per questo perdere la via, e per fare ciò abbiamo bisogno di coinvolgere tutti, in modo da costruire un'identità del collettivo, discutendo ogni cosa, a partire dalla definizione degli obiettivi fino alla metodologia di lavoro. Solo in tal modo è possibile costruire nuovi patti che collochino a favore dell'interesse pubblico (dei pazienti) la relativa autonomia/libertà di cui i professionisti sanitari dispongono nella concretizzazione delle loro pratiche.

I differenti assetti tecnologici del lavoro in salute e le sue possibilità

Produrre assistenza attraverso il lavoro in salute dipende dalla costruzione di processi razionali – tra gestori e lavoratori, lavoratori e pazienti – che possano resistere all'esposizione delle implicazioni che la produzione di questo atto genera. Da una parte, l'implicazione che nasce dal mondo delle tecnologie dure e lievi-dure. Dall'altra, quella che emerge sul piano delle tecnologie lievi, nel contesto della tensione conoscenza/saggezza rispetto al mondo singolare di ogni paziente.

Sulle prime due c'è un predominio del campo del sapere – professionale - che caratterizza fortemente le implicazioni, sia quelle che si originano a partire dalle relazioni con le macchine e con le strumentazioni, sia quelle riferite ai processi relazionali in atto, influenzati dalla logica della cattura del mondo del paziente da parte dei saperi tecnologici.

Nella terza, sul piano degli incontri di intercessione centrati sulle tecnologie lievi – esposti al lavoro vivo in atto che fluisce da tutti i lati, sia dal professionista al paziente, sia da quest’ultimo a tutte le sue connessioni relazionali - esiste un campo di grande contesa rispetto ai sensi e significati dell’incontro. Non esiste un sapere tecnologico isolato – nemmeno la potente clinica ampliata – che riesca a dar conto di tutto quello che scorre in questo processo. Le conoscenze in connessione, pur senza saperi specifici, operano nella produzione di processi terapeutici tanto quanto quelli incentrati sulle tecnologie.

Nell’incontro tra professionista della salute e paziente, trattandosi di un territorio del lavoro vivo in atto, di un processo di intercessione, esiste sempre una contesa rispetto al processo di presa in carico che si sta costruendo.

Ingessato dalle norme o diretto alla produzione di procedimenti, il professionista può rivolgersi al paziente come a un oggetto, come a un frammento di corpo, sul quale deve essere prodotto il miglior intervento, a sua volta identificato sulla base delle migliori evidenze possibili, costruite a partire da situazioni simili. Il suo agire va in una sola direzione: dal professionista verso l’altro. Viene pertanto negata l’azione dell’altro, il cui sapere (definito come ‘credenza’), avendo un minor valore scientifico, non viene ritenuto all’altezza di poter contribuire alla produzione di un’auto-assistenza legittima.

Tuttavia il professionista potrebbe considerare il paziente come gestore legittimo della sua vita, come portatore di necessità, ma anche di desideri, valori, saperi e potenzialità, che è necessario considerare, al fine tanto di comprendere la singolarità della situazione che si sta affrontando, quanto per costruire la migliore strategia di presa in carico. Il lavoratore potrebbe influenzare e lasciarsi influenzare dall’altro, mettendo il proprio sapere a servizio

del migliore assetto possibile affinché quello specifico paziente possa condurre al meglio la sua nuova condizione di vita. Un progetto terapeutico co-costruito ci permette di singolarizzare il progetto assistenziale, a seconda delle necessità identificate e delle risorse disponibili.

Nell’incontro lavoratore-paziente, nella disputa tra progetti terapeutici, il nucleo professionale entra in crisi, e il lavoratore, generalmente, cerca di lottare per interrompere questa dinamica. Potrebbe però anche pensare di entrare nella contesa con lo scopo di posizionarsi nel campo delle azioni di salute e non della difesa delle proprie competenze professionali, attraverso il dialogo – nel campo delle tecnologie lievi – con il paziente, del quale dovrebbe difendere sia la vita che l’autonomia.

Probabilmente è questo l’occhio del ciclone di qualsiasi cambiamento effettivo dei processi di lavoro in salute.

Bibliografia

CAMPOS, G.W.S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. São Paulo, Hucitec, 1991.

CAMPOS, G.W.S. **A reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo, Hucitec, 1992.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990. 3.ed.

CECILIO, L.C.; MATSUMOTO, N.F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde in **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; MATTOS, R.A. (orgs.) Rio de Janeiro: EdUCS/ UFRS: IMS/UERJ: CEPESC, 2006. ISBN: 85-89737-29-2.

CYRINO, A.P.P. **As competências no cuidado com o diabetes mellitus: contribuições à Educação e Comunicação em Saúde.** Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

FEUERWERKER, L.C.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface** (Botucatu), v.9, n.18, 2005, p.489-506.

FEUERWERKER, L.C.M.; MERHY, E.E. **Atenção domiciliar na configuração de redes substitutivas: a desinstitucionalização das práticas e a invenção da mudança na saúde.** Aceito, em fevereiro de 2008, para publicação na Revista Panamericana de Salud Pública (Rev Panam Salud Publica), ISSN 1020-4989.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de saúde.** São Paulo: Huctec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

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

MATUS, C. **Política, planificação e governo.** Brasília: IPEA, 1996.

MERHY, E.E. Em busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho em busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C.(org.). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde in: MERHY, E.E.E; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E.E. **Saúde:** Cartografia do Trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.; FEUERWERKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. Educación Permanente en Salud. **Salud Colectiva**, v.2, 2006, p.147-160.

GLI AUTORI

Alcindo Antônio Ferla: Dottorato in Educazione. Professore del corso di Laurea in Salute Collettiva dell'Università Federale del Rio Grande do Sul e del programma pos-laurea in Salute Collettiva – PPGCOL/UFRGS. E' coordinatore del CoorSaúde/ UFRGS e coordinatore generale della Rede UNIDA. **Email:** ferlaalcindo@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'Univestità di Bologna. **E-mail:** ardigò.martino@unibo.it

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

Chiara Francesca Bodini: Medico, specializzata in malattie infettive e in sanità pubblica, collabora con il Centro di Salute Internazionale dell'Università di Bologna dalla sua fondazione. Ha preso parte a progetti di cooperazione internazionale in Africa Sub Sahariana e in Medio Oriente; in Italia si occupa di salute globale, salute e migrazione, formazione medica. Fa parte della rete globale del People's Health Movement (PHM), ed è attualmente impegnata in una ricerca-azione partecipata su movimenti sociali e salute. **E-mail:** chiarabodini@hotmail.com

Cristian Guimarães: Psicologo, Dottorato in Psicologia Sociale e Istituzionale presso la UFRGS, Mester in Salute Collettiva presso la Unisinos. **E-mail:** crisfabianog@gmail.com

Laura Camargo Macruz Feuerwerker: Medico di sanità pubblica, Professoressa della Facoltà di Salute Pubblica dell'Università di Sao Paulo – USP. **E-mail:** laura.macruz@gmail.com



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

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

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

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

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

**Práticas em saúde global: ações compartilhadas entre Brasil e
Itália - Organizadores: Túlio Franco e Ricardo Burg Ceccim.**

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



WWW.REDEUNIDA.ORG.BR