

Medical Anthropology, welfare state and political engagement

Introductory Speech at the III Session of the Medical Anthropology at Home Network (Perugia, 24-27 September 2003)

Tullio Seppilli

President of the Società italiana di antropologia medica and of the Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)
[seppilli@antropologiamedica.it]

0.

First of all to all the colleagues who have come from many different countries of Europe and America, as well as from other regions in Italy, I would like to extend a warm welcome to Perugia, this ancient city that has been a university site since the fourteenth century. To all of you, to the representatives of the local and regional Authorities, to our guests, and to everyone present, welcome to the III session of the Medical Anthropology at Home Network. And I extend a particularly warm greeting to Els van Dongen and to Josep Maria Comelles, the organisers of the I Session of the Network, at Zeist in the Netherlands in 1998, and of the II, at Tarragona in Catalonia, Spain, in 2001, respectively.

A warm welcome from the Angelo Celli Foundation for a Culture of Health and from the Italian Society for Medical Anthropology, which I represent directly, and also from the Man and Territory Department (Dipartimento Uomo & Territorio) of the University of Perugia, directed by Cristina Papa, which together with us has organized this meeting. And I am also the bearer of special greetings to everyone from Maria Rita Lorenzetti and Maurizio Rosi, President and Executive member for Health of the Region of Umbria, and from Giulio Cozzari, Palmiro Giovagnola and Silvano Ricci, President, Vice-President and Executive member for Culture, respectively, of the Province of Perugia, in the name of the two territorial Authorities under whose auspices and patronage, together with our University, this meeting has been organized.

In opening the conference, I should also say that, among the participants, this inaugural public session sees the presence of forty three colleagues forming part of the Network. They come from fifteen countries, twelve from Europe – Austria, Denmark, Finland, France, Germany, Hungary, Italy, Lithuania, the Netherlands, Norway, Spain and the United Kingdom – and three from America – Brazil, Chile and the United States.

Welcome to all, then, and may we all profit from the work of the conference!

1.

As you know, the general theme of this conference, which on the basis of the contributions that have been sent in to us, subsequently grouped into three subsidiary themes, is *Medical Anthropology, Welfare State and Political Engagement*.

We find ourselves, then, at the centre of the reflection on the deep-lying nexuses and the very meaning of our activity: on its general horizons, on what in specific terms stems from the public nature of the health systems that operate over almost the entire territory of our countries, on the perspectives for social use that we mean to give to our research. We are, thus, *also* dealing with the values and the ethico-political options that in our view must lie at the basis of our work: on what criteria of priorities, on what urgencies, have we, according to the occasion, to found the “objective” choices of our investigations? In other words, in relationship to what problems and with what operational aims? In these choices what is the weight attached to the institutional apparatuses involved and the various social subjects? In what “concrete” logic do we operate? Essentially, what really do we produce, and to whom, and how much, are we of use with the results of our cognitive engagement?

Certainly, we have to start from the assumption of the society-health nexus as the founding node of medical anthropology: that is to say that the historical-social set-ups, and therefore conditions and styles of life, networks of relations, cultural orientations, power structures, all have a determining influence on the welfare and human health, on the typology and seriousness of morbid forms and on the interpretative and operational responses by means of which people attempt to confront diseases.

But in the societies within which we work, this nexus is configured in a complex and quite articulated way, since the strongly heterogeneous nature of the living conditions of the various social strata and their different colloca-

tion with respect to power set-ups and to the related instruments and channels of social control, are translated into meaningful heterogeneities *even* as regards the incidence of what determines health and of the real possibilities of access to available health resources. And these heterogeneities *also* weigh heavily on the cultural subjectivity on whose basis each individual perceives and faces the situations connected with his or her own health.

Stemming from our involvement are implications of notable importance that offer no easy solution. Indeed, in our contexts, just because of the diverse nature of the situations themselves, because of the contrasting interests and the specific objectives of the various social segments, and because of the heterogeneous nature of the means at their disposal, we have to undertake our research activity – meaning the production of new knowledge regarding the relationships between society and health – in a different way for each of these segments.

Thus, the object of our research and the problems that it aims to clarify – the question of what we investigate and what instead we leave unexplored – the areas of knowledge that it produces, the social segments that are really able to use in practice this new knowledge and the knowledge that that will in whatever way be involved, the consequences that stem from it, the power equilibria that in consequence are shifted, these are all things that concern us directly and place us in front of different possible options from the very moment in which we engage in our professional activity. In brief, even in medical anthropology, as in all scientific research, the production of knowledge has a purchase on reality, modifies material and cultural equilibria, and is therefore *not neutral*.

The responsibility coming from this is for us born of two orders of awareness: (a) the ever clearer one (coming from our own work), of the strong and multi-sided impact of the social and power set-ups on the conditions of health of the various strata of the population, and (b) that of the social “disequilibrating” impact that is inevitably produced by our own research or, more exactly, by the social implications of the options that we choose (or undergo) as regards the object of study, the research framework, its results and the operational use they are put to.

2.

Allow me here to emphasize on this subject a number of questions that to my mind seem of relevance as fundamental conditions and subjects in the overall way our work is conducted.

First of all, there is the question of the socio-economic and power disequilibrium within the “advanced” societies, those in which we carry out our research, and, even more so, the between these and the rest of the world, with consequent deep-rooted discriminants on the type and the spread of pathologies and of the effective possibilities of access to health resources: on all this, as is well-known, there is a fairly vast epidemiological and socio-anthropological literature. In every one of our countries there still persist serious “health inequalities”. But this is not all: as has been well documented, the general conditions of health in a number of East European countries is regressing because of the collapse of the local public health systems as a consequence of the regime change. And above all there is a widening gap between the so-called North and so-called South of the world within the framework of a generalized phenomenon of globalization which, by the very nature of the economies and powers at work, is producing in the South of the world conditions of ever growing poverty, insecurity, morbidity and mortality. The consequences are very grave inequalities in infant mortality, in “hopes for life” life expectancy and in average life among the various areas of the world.

Secondly, exactly in our “advanced” societies, the real powers are ever more concentrated at the apices of a dynamic social system which, paradoxically, is productive of an enormous quantity of goods and, at the same time, of profound social inequalities and ever more serious and harmful environmental problems. Socio-anthropological research and reflection, though not only this, have clearly shown the mechanisms through which this social system increases situations of individual and collective precariousness and brought about styles of life and priorities of values that have now corroded the primary traditional bonds of support and solidarity and the old collective horizons of ideals, while instead what are asserting themselves are orientations of marked individualism, competitiveness and aggressiveness, a renewed intolerance for those judged to be “different”. We are thus witnessing states of anomie, loneliness, with a worrying rise in states of anxiety and depression, demonstrated throughout the whole of the western countries by an exceptionally steep rise in the consumption of psychopharmaceutical drugs. This is a situation which is bringing more and more into action the mental health services and in general health resources while there is at the same time a progressive reduction of the traditional support constituted by the nuclei of the family and other primary groups which, in their turn, are progressively weaker and ever more scattered and tenuous.

Third, the enormous and growing importance of the big pharmaceutical industry a determinant factor in health strategies in the globalized world.

This has a number of important implications: (a) the essentially therapeutic orientation focussed on single pathologies at the expense of a possible *systemic* approach, mainly oriented instead towards prevention through a change in conditions and styles of living; (b) a massive concentration of investment in research and health information aimed at the definition, production and proposal of ever newer responses to disease centred on drugs; (c) a consequent and strong “medicalization” of strategies for the defence of psychological health and well being; (d) the tendency to concentrate the attention of research and the production of new drugs on the most widespread diseases and on the “market” of the higher income countries.

Fourth, the importance and influence of the means of communication and channels of hegemony of the “strong powers” in our late capitalist societies, and therefore of the breadth of the processes of organization of consent and of the manipulation of subjectivity of a very wide section of the population *even* as regards the attitudes and practices that directly or indirectly involve levels of health. These include conceptions of the body and relative attention, cognition of pathogenic factors, expectations of pharmaceutical drugs and of medicine, eating habits, styles of personal relationships, and priorities in life’s goals and so on. These, moreover, are processes that *even* in this context are widely supported and confirmed by the daily experience itself of individuals and groups within the forms and modes of functioning in which our social system has its substance is substantiated, in other words within the same and very concrete “logic of the existent” which in consequence appears in fact to be “logical” and in any case the only possible logic even where objectively there is serious and widespread harm to psychic/somatic health.

Fifth, the “crisis” of the old doctor-patient relationship and, more generally – especially in those countries that have been able to create a welfare system – the problems connected with the ever more extended relationships, between the complex and articulated health structures and the varied users – users almost everywhere, moreover, of markedly multicultural origins – because of the massive processes of immigration from all the various countries of the world. This is a “crisis” which, as we know, contains many different factors amongst which, in our view, in particular the following ones stand out: (a) changes in the prevalent pathologies produced by the very success that biomedicine has had in respect of numerous infective diseases, now almost completely eradicated, and the consequent emergence of long-term degenerative pathologies, which have frustrated the widespread hopes of a rapid “victory over all diseases”, and which in any case

have no rapid resolution, to the extent that they generally require a notable compliance on the part of the patient, who is involved as a subject in the necessary specific expertise and daily practices that often last the whole of the patient's life; (b) the strong sectoralization of medical professionalities, consequent on a disciplinary specialization that frequently underestimates the *systemic approach* to the patient, his or her personality and experiences, which, instead, appear more and more frequently in every relationship involving diagnosis and treatment; (c) the progressive technization of diagnostic practices, such as more and more incisive and sensitive laboratory and instrumental examinations, to which however there in fact corresponds a contraction of the real clinical examination and the dialogical relation with the patient, so much so that (d) each relationship has become depersonalized and lost its emotional-symbolic depth and significance as "participative support", just at that moment when these appear clearly as an essential professional component of the therapeutic process itself.

Sixth, and in some ways connected with the dynamics we have just described, the recovery of a "demand" and a "supply" of responses to treatment – of western or of "exotic" origin – that in some way appear "non-conventional" compared with the current biomedical paradigm which in our countries, at least up to the Nineteen Fifties seems to have conquered the near-entire medical territory. In view of possible and desirable processes of integration, it is not the case here to go in depth into the problems that have emerged from this, but it is certain that these have come to the fore over many varied areas, areas that largely imply an anthropological type of interpretative and planning dimension. These are epistemological questions, the relations between techniques and the horizons of cultural reference, the professional training curricula of the operators, normative and organizational questions, and a more careful formulation of the concept of "therapeutic effectiveness" itself and of the methods aimed at the measurement of this latter. As we know, in our countries these problems have been faced and in various ways and solved (or not solved) in equally various ways but, come what may, they must in my view be compared, where there are welfare systems in operation, with the general principle that the public sector, financed out of the citizens' pocket, must guarantee them the right to treatment, it must at the same time guarantee that this treatment is put in the hands of operators who in some way must be "recognized" on the basis of precise normative criteria. By this I mean that the presumed "right" to "freely" choose one's healer – whoever he or she may be and through whatever qualification that person may practise – can only have a preci-

se sense where there is a “free market”, one of a direct and private contractual nature between the patient and the operator, in which the quality of the treatment and the possibility itself of being treated depend for each of these subjects on *his or her own* personal availability of funds.

Seventh, the question of the so-called “medicalization of life”, to which I have already referred, on which there is discussion but on whose meaning, in my view, we have however first to agree, since I have the impression that with this label we are from time to time referring to processes of quite a different nature – of varying origin, of different meaning and above all of quite different implications. A *first valence* attached to this label seems in fact to refer to a number of recent widespread campaigns and, in general, to the ensemble of the processes of information that tend to “popularize” what gradually emerges from scientific research as regards the causal connections between a number of very widespread practices and certain possible damage to the health of the single citizens and the collectivity. I am here thinking, for example, of smoking or of certain types of food, and in general of many other practices that we experience as “gratifying” and substantially outside the “health field”, practices which these processes, with the aim of promoting a progressive abandon, then reconnotate by imbuing them with a disquieting significance as regards health. Here, then, “medicalization” consists in the implicit drive to a thematization of health of a large part our daily habits, since in effect many of them have direct or indirect health implications. Certainly, by so doing, serious anxiety-producing stimuli are introduced into our behaviour, space is subtracted from “spontaneity”, customary habits – significant for the equilibrium of our life – become problematic and delegitimated as being “risky”. In whatever way, we find ourselves faced, in this case, initiatives aimed at publicly sharing scientific discoveries, at the promotion, so to speak, of a “mass scientific consciousness”, in point of fact at operations of prevention through “health education”, at a perspective of the broadening of the spaces of awareness and the self-management of the existence of every single one of us. It seems to me that quite different in significance is the *other valence* to which allusion is frequently made by means of the label “medicalization of life”. This, it appears to me, refers to the realization, by a number of the powerful forces and in particular by the big pharmaceutical companies, of grave ideological and market operations aimed at intercepting the needs of an alleviation, that even though short in duration, that emerge from situations of mental suffering, at confining these situations to a strictly private sphere and channelling the responses to these needs in the direction of an exclusively pharmacological and therefore strictly biomedical sphere. Such

operations are very wide-ranging. They have as object *both* the multiform psychic and “psychosomatic” expressions of an extensive and increasing malaise, of what is by now a widespread and deeply-rooted unease inside the logics of the working of our social system, *and* the manifestations of “psychic pain” produced by any one of the numerous “grievous” events that may happen in the course of our personal or collective life, which moreover cannot be assimilated to any type of pathology. Here, “medicalization” is therefore found in this substantial obliteration of the real psychopathogenic factors that are rooted in the very heart of our society, in this passage beyond the boundary of interpretative and operative attention towards psychic suffering to the sole sphere of single individuals and, above all, is in an improper way to be found in this drive to face its manifestations. To explain this, we may say that there is a renunciation of the necessary though slow “elaboration” of one’s own experiences and the critical and active acquisition of consciousness of one’s own context, in order then instead to take the attractive path of an apparent shortcut – in actual fact superficial, not greatly effective and often dangerous – represented by the use (and by the abuse) of psychopharmaceutical drugs and other psychotropic substances. This is a very different valence, substantially opposed to the first sphere of meanings that, above, I sought to trace out.

3.

I have here sought to emphasize, as stated at the start, some of the most important questions that I believe we are faced with, questions which represent great challenges as regards theoretical reflection, empirical investigation and operational involvement.

But within this overall horizon I think that we must in any case agree on one option, on a basic aim, namely that of contributing through our work to the wide-ranging realization of a full right to health, or, more precisely, to the equal right of all citizens to the best conditions for safeguarding health that are possible in our social contexts and, in outlook, in the system of the global society. We are therefore dealing with the right to equity, under the conditions of defence of this right, and in access to available health resources and the consequent construction of an overall strategy of public intervention directed to health as a *collective* and *indivisible* good.

In just such a perspective, and in view of the precise options that necessarily flow from the, we cannot simply limit ourselves to “applying” our anthropological knowledge without clarifying and subjecting

to criticism the priorities of research and its underlying aims, the logic and sense itself of our work, by deluding ourselves that by remaining within the existent schema what we do is “neutral”.

If we do not want to assume an acritical role of simple “technicians of power”, we must not take anything for granted, we must examine real processes in order to know the reference strategies that are used, in order to define their limits and possible alternatives, investigate the existing situation, not so as to take it for granted but so as to go beyond it.

Allow me to draw these introductory reflections of mine to a conclusion by recalling the words of a great poet, an engaged witness of the dramatic events of the century that has just ended:

«Even the slightest detail, however simple
You should look at with suspicion. Ask if it is needed
Especially when it is quite normal.
Please we say to you now, do not accept
Events that happen every day as natural!
For in these times of bloody confusion
Ordered disorder, deliberate violence
Inhuman humanity –
Nothing must be called natural, so that nothing
May be though unchangeable»^(*)

Note

^(*) Bertolt Brecht, *Die Ausnahme und die Regel* (1930), English edition: *The Exception and the Rule*, trans. by Tom Osborn, in Bertolt Brecht, *The Collected Plays*, edited by John Willett and Ralph Manheim, vol. 3, part 2, Methuen, London, 1997, X+ 293 pp., cfr. p. 155.

[translated from the Italian by Derek Boothman]



Antropología médica, Estado del bienestar y compromiso político

Relación introductiva a la III Sesión de la Red Medical Anthropology at Home (Perusia, 24-27 de septiembre de 2003)

Tullio Seppilli

presidente de la Società italiana di antropologia medica y de la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)
[seppilli@antropologiamedica.it]

0.

A los Colegas llegados de tantos países de Europa y de América y de las otras regiones italianas, bienvenidos a esta antigua ciudad de Perugia, sede universitaria desde el siglo XIV: a ellos, a la representaciones institucionales, a los invitados y a todos los presentes, bienvenidos a la III Sesión de la Red Medical Anthropology at Home. Un grato saludo en particular a Els van Dongen y a Josep María Comelles, organizadores respectivamente de la I Sesión de la Red, en Zeist, Holanda, en 1998 y de la II Sesión en Tarragona, Cataluña, España, en 2001.

Un cálido saludo de la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute y de la Società italiana di antropologia medica, que represento directamente, y del Dipartimento Uomo & Territorio de la Universidad de Perugia, dirigido por Cristina Papa, que organizó este encuentro junto a nosotros. Además he sido encargado de transmitir un especial saludo a todos de parte de Maria Rita Lorenzetti y Maurizio Rosi, respectivamente Presidente y Consejero de salud de la Regione dell'Umbria, y de Giulio Cozzari, Palmiro Giovagnola y Silvano Ricci, respectivamente Presidente, Vice-Presidente y Consejero de cultura de la Provincia di Perugia, en nombre de los dos gobiernos territoriales que junto a nuestra Universidad, han dado a este encuentro patrocinio y sostén.

Debo aún precisar, en la apertura, que entre los participantes a ésta, nuestra sesión pública inaugural se encuentran presentes cuarenta y tres colegas acreditados a la Red, provenientes de quince países: doce países europeos – Alemania, Austria, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Holan-

da, Hungría, Italia, Lituania, Noruega, Reino Unido – y de tres países del continente americano – Brasil, Chile, Estados Unidos –.

Bienvenidos, entonces, y a todos, ¡buen trabajo!

1.

Como sabéis, el tema general de este congreso, que en base a las contribuciones que nos llegaron articulamos luego en tres sub-temas, es *Antropología médica, Estado del bienestar y compromiso político*.

Nos encontramos, entonces, en el centro de la reflexión sobre los nudos profundos y sobre el sentido mismo de nuestra actividad: sobre sus horizontes generales, sobre cuánto de específico nos deriva del carácter público de los sistemas sanitarios que operan en la casi totalidad de nuestros países, sobre las perspectivas de utilización social que queremos dar a nuestros estudios. Y por ende *también* sobre los valores y sobre las opciones ético-políticas que consideramos deben estar en la base de nuestro trabajo: ¿sobre cuáles criterios de prioridad, sobre cuáles urgencias, vamos fundando las elecciones de “objeto” de nuestras investigaciones? Es decir, ¿en relación a cuáles problemas y en vista de cuáles objetivos operativos? ¿Cuánto pesan en estas elecciones los aparatos institucionales de referencia y los diferentes sujetos sociales? ¿Dentro de qué lógica concretamente nos movemos? En sustancia, ¿qué cosa producimos realmente, y a quién beneficiamos y cuánto, con los resultados de nuestro empeño cognoscitivo?

Ciertamente, debemos partir del asumir la relación sociedad-salud como nudo fundacional de la antropología médica: es decir que los ordenamientos histórico-sociales – y por lo tanto las condiciones y los estilos de vida, las redes relacionales, las orientaciones de las culturas, las estructuras del poder – tienen una influencia determinante sobre el bienestar y sobre la salud humana, sobre la tipología y la gravedad de las formas morbosas y sobre las respuestas interpretativas y operativas con las cuales los hombres tratan de afrontar las enfermedades.

Pero en las sociedades en las cuales trabajamos esta relación se configura de manera compleja y muy articulada, ya que la fuerte heterogeneidad de las condiciones de vida de los varios estratos sociales y su diversa colocación con respecto a los ordenamientos de poder y a los relativos instrumentos y canales de control social, se traducen en significativas heterogeneidades *también* en lo que concierne a la incidencia de los determinantes de salud y las posibilidades reales de acceso a los recursos sanitarios dispo-

nibles. Y pesan gravemente *también* sobre la subjetividad cultural en base a la cual cada individuo percibe y afronta las situaciones conectadas con su propia salud.

De esto derivan, para nosotros, implicaciones de notable relevancia y de no fácil solución. En nuestros contextos, de hecho, justamente por la diversidad de las situaciones, por los contrastantes intereses y los objetivos específicos de los varios segmentos sociales y por la heterogeneidad de medios de los que ellos disponen, nuestra actividad de investigación – es decir la producción de nuevos conocimientos alrededor de las relaciones entre sociedad y salud – juega para cada segmento en modo distinto.

Así, el objeto al que se dirige nuestra investigación y los problemas que la misma se propone esclarecer – sobre qué cosa indagamos y qué cosa, en cambio, dejamos en la oscuridad –, las áreas de conciencia que la misma produce, los segmentos sociales realmente capaces de utilizar los nuevos conocimientos en el terreno práctico y aquéllos que se ven de algún modo involucrados en una u otra medida, las consecuencias que de ella derivan, los equilibrios de poder que resultan desplazados, son todas cosas que directamente nos conciernen y nos ponen frente a diferentes opciones posibles desde el momento en que empezamos a empeñarnos en nuestra actividad profesional. Para decirlo en pocas palabras, también en antropología médica, como en toda la investigación científica, la producción de conocimientos incide en la realidad, modifica equilibrios materiales y culturales, por ende, es *no neutral*.

La responsabilidad que deriva de esto, para nosotros, nace entonces de dos órdenes de conciencia: (a) aquélla, cada vez más clara (que nos deriva de nuestro trabajo mismo), del fuerte y multiforme impacto de los ordenamientos sociales y de poder sobre las condiciones de salud de los varios estratos de población, y (b) aquélla del impacto social “desequilibrante” inevitablemente producido por nuestra misma investigación o, más exactamente, aquélla de las implicaciones sociales de las opciones ejecutadas (o sufridas) en orden al objeto de estudio, a la estructura de la investigación, a sus resultados y a su utilización operativa.

2.

Permitidme subrayar al respecto algunas cuestiones que me parecen incidir como condiciones y temas de fondo en la estructuración general de nuestro trabajo.

Antes que nada, justamente, la cuestión de los desequilibrios económico-sociales y de poder internos a las sociedades “avanzadas” – en las cuales nosotros desarrollamos nuestras investigaciones – y, aún más, entre éstas y el resto del mundo, con consecuencias discriminantes profundas sobre la tipología y la difusión de las patologías y sobre las posibilidades efectivas de acceso a los recursos sanitarios: existe en mérito, como es notorio, una vasta literatura epidemiológica y de socio-antropología. En cada uno de nuestros países todavía persisten, efectivamente, graves “desigualdades en salud”. Y no sólo ellas: están retrocediendo, como se ha documentado ampliamente, las condiciones generales de salud en algunos países del este europeo, por el colapso de los sistemas sanitarios públicos locales como consecuencia del cambio de regímenes. Y, sobre todo, se va ampliando la brecha de las condiciones de salud entre el llamado Norte del mundo y el llamado Sur, en el marco de un generalizado fenómeno de globalización que por la naturaleza misma de las economías y de los poderes que allí actúan produce en el Sur del mundo condiciones de aún más creciente pobreza, inseguridad, morbilidad y mortalidad: con consiguientes gravísimas desigualdades en la supervivencia infantil, en las “esperanzas de vida” y en la edad media, entre las distintas áreas del planeta.

En segundo lugar, justo en nuestras sociedades civiles “avanzadas”, los poderes reales se van concentrando siempre más en los vértices de un sistema social dinámico que, paradójicamente, resulta productor de una enorme cantidad de bienes y, al mismo tiempo, de profundas desigualdades sociales y de cada vez más graves y dañinos deterioros ambientales. La investigación y la reflexión socio-antropológica, y no sólo ellas, han llevado claramente a la luz los mecanismos a través de los cuales este sistema social incrementa las situaciones de precariedad individual y colectiva y determina estilos de vida y prioridades de valores que ya han corroído los tradicionales vínculos de sostén y solidaridad y los viejos horizontes ideales colectivos mientras van afirmándose, en cambio, orientaciones de fuerte individualidad, de competitividad y agresividad, de renovada intolerancia por los “distintos”. De este modo, se van ampliando profundamente los estados de anomia, soledad, malestar, con un preocupante aumento de los estados de ansiedad y de depresión, señalado en todos los países occidentales por el rapidísimo aumento del consumo de psicofármacos: una situación, ésta, que empeña por otra parte cada vez con más fuerza los servicios de salud mental y en general los recursos sanitarios mientras progresivamente disminuye, justamente, el sostén constituido tradicionalmente por los núcleos familiares y por los otros grupos primarios, cada vez más inconsistentes, dispersos y debilitados.

En tercer lugar, el enorme y creciente peso de la gran industria farmacéutica como factor determinante de las estrategias sanitarias en el mundo globalizado. Con algunas importantes implicaciones: (a) la orientación esencialmente terapéutica y focalizada en las patologías individuales en detrimento de un posible enfoque *sistémico* y principalmente orientado, en cambio, hacia la prevención a través del cambio de las condiciones y de los estilos de vida; (b) una intensa concentración de las inversiones relativas a la investigación y a la información sanitaria dirigida a la puesta a punto, la producción y la propuesta de siempre nuevas respuestas a la enfermedad centradas en los fármacos; (c) una consiguiente y fuerte “medicalización” de las estrategias de defensa de la salud y del bienestar psíquico; (d) la tendencia a concentrar la atención de la investigación y de la producción de fármacos sobre las enfermedades más difundidas y sobre el “mercado” de los países con más alta renta.

En cuarto lugar, el relieve y la influencia de los instrumentos de comunicación y de los canales de hegemonía de los “poderes fuertes”, en nuestras sociedades tardo-capitalistas, y por lo tanto la amplitud de los procesos de organización del consenso y de manipulación de la subjetividad de una grandísima parte de la población *también* en lo que se refiere a las actitudes y las prácticas que inciden directamente o indirectamente sobre los niveles de salud: concepciones del cuerpo y relativas atenciones, cogniciones sobre los factores patógenos, expectativas frente a los fármacos y a la medicina, costumbres alimentarias, estilos relacionales, prioridades en las metas de vida... Son procesos, por otra parte, que *también* en este ámbito, resultan ampliamente sostenidos y confirmados por la misma experiencia cotidiana de los individuos y de los grupos dentro de las formas y los modos de funcionamiento en los cuales se sustancia nuestro sistema social: en otras palabras dentro de la misma y muy concreta “lógica de lo existente”, que en consecuencia aparece “lógica”, justamente, y de todos modos la única posible también allí donde objetivamente resultan de ello graves y difusos daños a la salud somática/psíquica.

En quinto lugar, la “crisis” de la vieja relación entre el médico y su paciente y, más en general – especialmente en los países que han podido instituir regímenes de bienestar –, los problemas conectados con las cada vez más extensas relaciones entre las complejas y articuladas estructuras sanitarias y su variado caudal de usuarios – casi en todas partes marcadamente multicultural, además, a causa de los intensos procesos de inmigración proveniente de los más diversos países del planeta –. Es una “crisis”, ésta, que, como es notorio, tiene múltiples factores entre los cuales me parece que emergen, en particular: (a) el cambio de las patologías predominantes pro-

ducido por los mismos éxitos de la biomedicina frente a numerosas enfermedades infecciosas, ya casi totalmente erradicadas, y el consiguiente emerger de patologías degenerativas y de larga duración, las cuales han frustrado las difusas esperanzas de una rápida y generalizada “victoria sobre todas las enfermedades” y no tienen de todos modos una resolución rápida, de manera que requieren en general una notable adhesión por parte del paciente, involucrado en la necesidad de específicas competencias y prácticas cotidianas, que a menudo se prolongan por toda la vida; (b) la fuerte sectorialización de las profesionalidades médicas, como consecuencia de una especialización en distintas disciplinas que con frecuencia subestima el *enfoque sistémico* en el paciente, en su personalidad, en sus vicisitudes experienciales que, cada vez más, en cambio, aparecen como fundamentales en cada relación de diagnóstico y atención, y (c) la progresiva tecnificación de las prácticas diagnósticas, como los exámenes de laboratorio y las instrumentales, siempre más incisivas y sensibles, pero a las que de hecho ha correspondido el abreviarse de la verdadera visita clínica y de la relación dialógica con el paciente, de modo que (d) tal relación ha ido despersonalizándose y perdiendo su trascendencia emocional-simbólica y su valor de “sostén partícipe”, justo en el momento en que éstos aparecen ya claramente como un componente profesional esencial del propio proceso terapéutico.

En sexto lugar, y de algún modo ligada con las dinámicas descritas, el repunte de una “oferta” y una “demanda” de respuestas de atención – de origen occidental o “exótica” – que de alguna manera aparecen “no convencionales” con respecto al actual paradigma de la biomedicina, la cual al menos hasta finalizados los años Cincuenta parecía haber conquistado, en nuestros países, un espacio casi total. No es éste el caso de profundizar los problemas que derivan de esto, también en vista de posibles y deseables procesos de integración; pero es cierto que los mismos se están manifestando en una multiplicidad de terrenos, que implican ampliamente una dimensión interpretativa y proyectiva de tipo antropológico: problemas epistemológicos, relaciones entre técnicas y horizontes de referencia cultural, currícula de formación profesional de los operadores, cuestiones organizativas y normativas, y una más atenta formulación del mismo concepto de “eficacia terapéutica” y de los métodos dirigidos a su medición. Como es sabido, estos problemas han sido diversamente afrontados y diversamente resueltos (o no resueltos) en nuestros países pero deben de todos modos confrontarse, creo yo, allí donde rigen regímenes de welfare, con un principio general: que si el sector público, con el dinero de los ciudadanos, debe garantizarles el derecho a la atención, debe al mismo tiempo

garantizar que la misma sea confiada a operadores de alguna manera “reconocidos” en base a precisos criterios normativos. Quiero decir, con esto, que el presunto “derecho” a elegirse el curador “libremente” – quienquiera que sea y a cualquier título ejercite – puede tener un posible sentido sólo donde rijan un régimen liberal – de contractualidad directa y privada, es decir, entre el paciente y el operador – en el cual la calidad de la atención y la posibilidad misma de ser atendido dependen para cada uno de la propia personal disponibilidad financiera.

En séptimo lugar, la cuestión de la llamada “medicalización de la vida”, a la que ya he hecho mención, alrededor de la cual mucho se discute pero sobre cuyo significado creo, sin embargo, que es necesario previamente entenderse, ya que tengo la impresión de que con esta etiqueta nos referimos cada vez a procesos de muy distinta naturaleza: de variadas matrices, de variado signo y sobre todo, de muy diferentes implicaciones. En una *primera valencia* esta etiqueta parece de hecho referirse a algunas grandes y recientes campañas y, en general, al conjunto de los procesos de información tendientes a “divulgar” lo que emerge poco a poco de la investigación científica en mérito a las conexiones causales entre algunas prácticas ampliamente difundidas y algunos posibles daños para la salud de los individuos y de la colectividad. Pienso en el fumar, por ejemplo, o en determinados consumos alimentarios, y en general en tantas otras prácticas que vivimos como “gratificantes” y sustancialmente extrañas al “campo de la salud”: prácticas que estos procesos, con el objetivo de promover su progresivo abandono, re-connotan cargándolas de inquietantes significados sanitarios. La “medicalización” consiste aquí entonces en el implícito empuje a una tematización sanitaria de gran parte de nuestras costumbres cotidianas, ya que en efecto muchas de ellas tienen implicaciones directas o indirectas para la salud. Ciertamente, de este modo se introducen en nuestros comportamientos pesados estímulos ansiógenos, se quita espacio a la “espontaneidad”, se problematizan y se deslegitiman, como “arriesgadas”, costumbres significativas para el equilibrio de nuestra vida. Sin embargo, de todos modos estamos, en este caso, frente a iniciativas dirigidas a compartir públicamente los descubrimientos científicos, a la promoción – por decirlo así – de una “conciencia científica de masa”, en definitiva a operaciones de prevención a través de la “educación a la salud”, a una perspectiva de ampliación de los espacios de conciencia y autogestión de la existencia de cada uno de nosotros. Muy distinto significado me parece que tiene, en cambio, la *otra valencia* a la que frecuentemente se alude con la etiqueta “medicalización de la vida”: que me parece se refiere a la puesta en acto – de parte de algunos poderes fuertes y en particular de la gran

industria farmacéutica – de fuertes operaciones ideológicas y de mercado dirigidas a interceptar las necesidades de un alivio, si bien momentáneo, que emergen en las situaciones de sufrimiento mental, a confinarlas en una esfera estrictamente privada y a canalizar las respuestas a tales necesidades hacia un terreno exclusivamente farmacológico y por lo tanto, estrictamente biomédico. Se trata de operaciones a amplio radio. Son objeto de ellas *tanto* las multiformes expresiones psíquicas y “psicosomáticas” de un creciente y extendido malestar, de un ya difundido descontento profundamente radicado dentro de las lógicas de funcionamiento de nuestro sistema social, *como* las manifestaciones de “dolor psíquico” producidas por uno cualquiera de los tantos acontecimientos “luctuosos” que pueden verificarse en el curso de nuestra vida, personal o colectiva, que no son por otra parte asimilables a ningún tipo de patología. Aquí, la “medicalización” está entonces en esta sustancial obliteración de los reales factores psicopatógenos que se radican en el corazón mismo de nuestra sociedad, en esta violación de fronteras de la atención interpretativa y operativa hacia el sufrimiento psíquico a la singular esfera de cada uno de los individuos y, sobre todo, en este empuje a afrontar las manifestaciones de modo impropio: es decir, renunciando a la necesaria, si bien lenta, “elaboración” de las propias experiencias y a la toma de conciencia crítica y activa frente al propio contexto, para adherir en cambio a las lisonjas de un aparente atajo – de hecho superficial, poco eficaz y a menudo peligroso – representado por el uso (y el abuso) de los psicofármacos y de otras sustancias psicotrópicas. Una valencia, ésta, bien distinta, y sustancialmente opuesta, respecto del primer ámbito de significados que he tratado de delinear más arriba.

3.

He tratado aquí de subrayar, como anticipé, algunas de las más grandes cuestiones que creo están frente a nosotros: grandes desafíos en el terreno de la reflexión teórica, de las investigaciones empíricas y del empeño operativo.

Pero en este complejo horizonte pienso que al menos sobre una opción debemos de todos modos convenir, sobre un objetivo de fondo: aquél de contribuir con nuestro trabajo a la difundida actuación de un pleno *derecho a la salud* o, más precisamente, de un derecho igualitario de todos los ciudadanos a las mejores condiciones de salvaguarda de la salud posibles en nuestros contextos sociales y, en perspectiva, en el sistema de la sociedad

global: y por lo tanto el derecho a la equidad en las condiciones de su defensa y en el acceso a los recursos sanitarios disponibles, y la consiguiente construcción de una estrategia orgánica de intervenciones públicas orientadas a la salud como bien *colectivo e indivisible*.

Justamente en tal perspectiva, y en vista de las precisas opciones que necesariamente de ella derivan, no podemos simplemente limitarnos a “aplicar” nuestro saber antropológico sin aclarar ni poner en discusión las prioridades de investigación y los objetivos que están en la base, la lógica y el sentido mismo de nuestro trabajo, ilusionándonos con que, manteniéndonos dentro de los esquemas de lo existente, todo lo que hacemos resulte “neutral”.

Si no queremos asumir un acrítico rol de simples “técnicos del poder” es necesario no dar nada por descontado, examinar los procesos reales para conocer los diseños entre los cuales se mueven o para individualizar sus límites y las posibles alternativas, indagar sobre lo existente no ya para asumirlo como descontado sino para superarlo.

Permítanme cerrar éstas, mis reflexiones introductorias recordando las palabras de un gran poeta, testigo comprometido de las dramáticas vicisitudes del siglo apenas transcurrido:

«Desconfíen del acto más trivial y en apariencia sencillo,
y examinen, sobre todo, lo que parezca habitual.
Les suplicamos expresamente:
no acepten lo habitual como una cosa natural.
Pues en tiempos de desorden sangriento,
de confusión organizada,
de arbitrariedad consciente,
de humanidad deshumanizada,
nada debe parecer natural,
nada debe parecer imposible de cambiar.»^(*)

Nota

^(*) Bertolt Brecht, *Die Ausnahme und die Regel* (1930), edición en español: *La excepción y la regla*, en Bertolt Brecht, *Teatro Completo II (El círculo de tiza caucásico – La excepción y la regla – El proceso de Luçillus)*, traducción de Nicolás Costa, Nueva Visión, Buenos Aires, 1984, 176 pp., cfr. p. 115.

[traducido del italiano por Gabriela Peñalva]



Antropologia medica, welfare state e impegno politico

*Relazione introduttiva alla III Sessione della Rete Medical
Anthropology at Home (Perugia, 24-27 settembre 2003)*

Tullio Seppilli

presidente della Società italiana di antropologia medica e della Fondazione Angelo
Celli per una cultura della salute (Perugia)
[seppilli@antropologiamedica.it]

0.

Ai Colleghi giunti da tanti Paesi d'Europa e d'America e dalle altre regioni italiane, benvenuti in questa antica città di Perugia, sede universitaria sin dal XIV secolo: a loro, alle rappresentanze istituzionali, agli invitati e a tutti i presenti, benvenuti alla III Sessione della Rete Medical Anthropology at Home. Un particolare grato saluto a Els van Dongen e a Josep María Comelles, rispettivamente organizzatori della I Sessione della Rete, a Zeist in Olanda nel 1998, e della II a Tarragona in Catalogna, Spagna, nel 2001.

Un caloroso saluto dalla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute e dalla Società italiana di antropologia medica, che rappresento direttamente, e dal Dipartimento Uomo & Territorio dell'Università di Perugia, diretto da Cristina Papa, che insieme a noi ha organizzato questo incontro. E di un particolare saluto a tutti sono stato inoltre incaricato da Maria Rita Lorenzetti e Maurizio Rosi, rispettivamente Presidente e Assessore alla sanità della Regione dell'Umbria, e da Giulio Cozzari, Palmiro Giovagnola e Silvano Ricci, rispettivamente Presidente, Vice-Presidente e Assessore alla cultura della Provincia di Perugia, a nome dei due governi territoriali che insieme alla nostra Università, hanno dato a questo incontro patrocinio e sostegno.

Devo ancora precisarvi, in apertura, che tra i partecipanti a questa nostra pubblica seduta inaugurale sono presenti quarantatre colleghi accreditati alla Rete, provenienti da quindici Paesi: dodici Paesi europei – Austria,

Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Italia, Lituania, Norvegia, Olanda, Regno Unito, Spagna, Ungheria – e da tre Paesi del continente americano – Brasile, Cile, Stati Uniti –.

Benvenuti, dunque, e a tutti buon lavoro!

1.

Come sapete, il tema generale di questo convegno, che in base ai contributi pervenutici abbiamo poi articolato in tre sottotemi, è *Antropologia medica, welfare state e impegno politico*.

Siamo dunque al centro della riflessione sui nodi profondi e sul senso stesso della nostra attività: sui suoi orizzonti generali, su quanto di specifico ci deriva dal carattere pubblico dei sistemi sanitari che operano nella quasi totalità dei nostri Paesi, sulle prospettive di utilizzo sociale che intendiamo dare alle nostre ricerche. E quindi *anche* sui valori e sulle opzioni etico-politiche che riteniamo debbano stare alla base del nostro lavoro: su quali criteri di priorità, su quali urgenze, fondiamo via via le scelte di “oggetto” delle nostre indagini? in rapporto cioè a quali problemi e in vista di quali obbiettivi operativi? quanto pesano in queste scelte gli apparati istituzionali di riferimento e i differenti soggetti sociali? in quale “logica” concretamente ci muoviamo? in sostanza, cosa realmente produciamo, e a chi gioiamo, e quanto, con i risultati del nostro impegno conoscitivo?

Certo, dobbiamo partire dalla assunzione del rapporto società-salute come nodo fondante della antropologia medica: che cioè gli assetti storico-sociali – e dunque le condizioni e gli stili di vita, le reti relazionali, gli orientamenti delle culture, le strutture del potere – hanno una determinante influenza sul benessere e sulla salute umana, sulla tipologia e la gravità delle forme morbose e sulle risposte interpretative e operative con cui gli uomini tentano di fronteggiare le malattie.

Ma nelle società in cui lavoriamo questo rapporto si configura in maniera complessa e assai articolata, giacché la forte eterogeneità delle condizioni di vita dei vari strati sociali e la loro diversa collocazione rispetto agli assetti di potere e ai relativi strumenti e canali di controllo sociale, si traducono in significative eterogeneità *anche* per quanto concerne la incidenza dei determinanti di salute e le possibilità reali di accesso alle risorse sanitarie disponibili. E pesano gravemente *anche* sulla soggettività culturale in base alla quale ciascun individuo percepisce e affronta le situazioni connesse alla propria salute.

Ne derivano, per noi, implicazioni di notevole rilievo e di non facile soluzione. Nei nostri contesti, infatti, appunto per la diversità delle situazioni, per i contrastanti interessi e gli specifici obbiettivi dei vari segmenti sociali e per la eterogeneità di mezzi di cui essi dispongono, la nostra attività di ricerca – cioè la produzione di nuove conoscenze intorno ai rapporti tra società e salute – gioca per ciascun segmento in modo diverso.

Così, l'oggetto cui la nostra ricerca si rivolge e i problemi che essa si propone di chiarire – su cosa indaghiamo e cosa invece lasciamo oscuro –, le aree di consapevolezza che essa produce, i segmenti sociali realmente in grado di utilizzare sul terreno pratico le nuove conoscenze e quelli che ne vengono comunque variamente coinvolti, le conseguenze che ne derivano, gli equilibri di potere che ne risultano spostati, sono tutte cose che direttamente ci concernono e ci pongono di fronte a differenti possibili opzioni sin dal momento in cui iniziamo a impegnarci nella nostra attività professionale. Per dirla in poche parole, anche in antropologia medica, come in tutta la ricerca scientifica, la produzione di conoscenze incide sul reale, modifica equilibri materiali e culturali, è dunque *non neutrale*.

La responsabilità che ne deriva, per noi, nasce dunque da due ordini di consapevolezza: (a) quella, sempre più chiara (che ci deriva dal nostro stesso lavoro), del forte e multiforme impatto degli assetti sociali e di potere sulle condizioni di salute dei vari strati di popolazione, e (b) quella dell'impatto sociale "squilibrante" inevitabilmente prodotto dalla nostra stessa ricerca o, più esattamente, quella delle implicazioni sociali delle opzioni da noi compiute (o subite) in ordine all'oggetto di studio, all'impianto della ricerca, ai suoi risultati e al loro utilizzo operativo.

2.

Permettetemi di sottolineare in proposito alcune questioni che mi paiono incidere come condizioni e temi di fondo nella impostazione generale del nostro lavoro.

Anzitutto, appunto, la questione degli squilibri economico-sociali e di potere interni alle società "avanzate" – in cui noi svolgiamo le nostre indagini – e, ancor più, fra queste e il resto del mondo, con conseguenze discriminanti profonde sulla tipologia e la diffusione delle patologie e sulle possibilità effettive di accesso alle risorse sanitarie: esiste in merito, come è noto, una abbastanza vasta letteratura epidemiologica e socio-antropologica. In ciascuno dei nostri Paesi persistono infatti tuttora gravi "disegua-

glianze in salute”. Non solo: stanno arretrando, come è largamente documentato, le condizioni generali di salute in alcuni Paesi est-europei, per il collasso dei locali sistemi sanitari pubblici in conseguenza del cambiamento dei regimi. E, soprattutto, si va allargando la forbice delle condizioni di salute tra il cosiddetto Nord del mondo e il cosiddetto Sud, nel quadro di un generalizzato fenomeno di globalizzazione che per la natura stessa delle economie e dei poteri che vi agiscono produce nel Sud del mondo condizioni di ancora crescente povertà, insicurezza, morbidità e mortalità: con conseguenti gravissime diseguaglianze nella sopravvivenza infantile, nelle “speranze di vita” e nell’età media, tra le varie aree del pianeta.

In secondo luogo, proprio nelle nostre società “avanzate”, i poteri reali si vanno sempre più concentrando ai vertici di un sistema sociale dinamico che, paradossalmente, risulta produttivo di una enorme quantità di beni e, al tempo stesso, di profonde diseguaglianze sociali e di sempre più gravi e dannosi guasti ambientali. La ricerca e la riflessione socio-antropologica, e non solo, hanno messo chiaramente in luce i meccanismi attraverso i quali questo sistema sociale incrementa le situazioni di precarietà individuale e collettiva e determina stili di vita e priorità di valori che hanno ormai corroso i tradizionali legami primari di sostegno e solidarietà e i vecchi orizzonti ideali collettivi mentre vanno invece affermandosi orientamenti di forte individualismo, di competitività e aggressività, di rinnovata insoddisfazione per i “diversi”. Così, si vanno pesantemente allargando gli stati di anomia, solitudine, disagio, con un preoccupante aumento degli stati d’ansia e di depressione, segnalato in tutti i Paesi occidentali dal rapidissimo aumento del consumo di psicofarmaci: una situazione, questa, che impegna peraltro sempre più fortemente i servizi di salute mentale e in generale le risorse sanitarie mentre viene progressivamente meno, appunto, il sostegno tradizionalmente costituito dai nuclei familiari e dagli altri gruppi primari, sempre più esili, dispersi e indeboliti.

In terzo luogo, l’enorme e crescente peso della grande industria farmaceutica come fattore determinante delle strategie sanitarie nel mondo globalizzato. Con alcune importanti implicazioni: (a) l’orientamento essenzialmente terapeutico e focalizzato sulle singole patologie a discapito di un possibile approccio *sistemico* e principalmente orientato, invece, verso la prevenzione tramite il cambiamento delle condizioni e degli stili di vita; (b) un massiccio concentrarsi degli investimenti relativi alla ricerca e all’informazione sanitaria verso la messa a punto, la produzione e la proposta di sempre nuove risposte alla malattia centrate sui farmaci; (c) una conseguente e forte “medicalizzazione” delle strategie di difesa della salute e del benessere psichico; (d) la tendenza a concentrare l’attenzione della ricerca e della

produzione di farmaci sulle malattie più diffuse e sul “mercato” dei Paesi a più alto reddito.

In quarto luogo, il rilievo e l’influenza degli strumenti di comunicazione e dei canali di egemonia dei “poteri forti”, nelle nostre società tardo-capitalistiche, e dunque l’ampiezza dei processi di organizzazione del consenso e di manipolazione della soggettività di larghissima parte della popolazione *anche* per ciò che riguarda gli atteggiamenti e le pratiche che incidono direttamente o indirettamente sui livelli di salute: concezioni del corpo e relative attenzioni, cognizioni sui fattori patogeni, attese nei confronti dei farmaci e della medicina, abitudini alimentari, stili relazionali, priorità nelle mete di vita, ... Sono processi, peraltro, che *anche* in questo ambito, risultano largamente sostenuti e confermati dalla stessa quotidiana esperienza degli individui e dei gruppi dentro le forme e i modi di funzionamento in cui si sostanzia il nostro sistema sociale: in altre parole dentro la stessa e molto concreta “logica dell’esistente”, che di conseguenza appare “logica”, appunto, e comunque l’unica possibile anche laddove oggettivamente ne risultano gravi e diffusi nocimenti alla salute somatica/psichica.

In quinto luogo, la “crisi” del vecchio rapporto fra il medico e il suo paziente e, più in generale – specie nei Paesi che hanno potuto istituire regimi di welfare –, i problemi connessi con i sempre più estesi rapporti fra le complesse e articolate strutture sanitarie e la loro variegata utenza, quasi ovunque marcatamente multiculturale, peraltro, a causa dei massicci processi di immigrazione dai più diversi Paesi del pianeta. È una “crisi”, questa, che, come è noto, ha molteplici fattori tra i quali mi pare emergano, in particolare: (a) il cambiamento delle patologie prevalenti prodotto dagli stessi successi della biomedicina nei confronti di numerose malattie infettive, ormai quasi del tutto debellate, e il conseguente emergere di patologie degenerative e di lunga durata, le quali hanno frustrato le diffuse speranze in una rapida e generalizzata “vittoria su tutte le malattie” e non hanno comunque una risoluzione rapida, talché esse richiedono in genere una notevole compliance da parte del paziente, coinvolto nella necessità di specifiche competenze e pratiche quotidiane, spesso protratte per tutta la vita; (b) la forte settorializzazione delle professionalità mediche, conseguente a una specializzazione disciplinare che sottovaluta di frequente *l’approccio sistemico* al paziente, alla sua personalità, alle sue vicende esperienziali, che sempre più, invece, appaiono fondamentali in ogni rapporto di diagnosi e cura, e (c) la progressiva tecnicizzazione delle pratiche diagnostiche, come gli esami di laboratorio e quelle strumentali, sempre più incisive e sensibili, cui ha però corrisposto di fatto il contrarsi della vera e propria visita clinica e del rapporto dialogico con il paziente, talché (d)

tale rapporto è andato spersonalizzandosi e perdendo il suo spessore emozionale-simbolico e la sua valenza di “sostegno partecipe”, proprio nel momento in cui questi appaiono ormai chiaramente come una componente professionale essenziale dello stesso processo terapeutico.

In sesto luogo, e in qualche modo connessa con le dinamiche ora descritte, la ripresa di una “offerta” e di una “domanda” di risposte di cura – di origine occidentale o “esotica” – che in qualche modo appaiono “non convenzionali” rispetto all’attuale paradigma della biomedicina, la quale almeno fino a tutti gli anni Cinquanta sembrava aver conquistato, nei nostri Paesi, uno spazio pressoché totale. Non è qui il caso di approfondire i problemi che ne risultano, anche in vista di possibili e auspicabili processi di integrazione: ma è certo che essi si stanno manifestando su una molteplicità di terreni, che implicano largamente una dimensione interpretativa e progettuale di tipo antropologico: problemi epistemologici, rapporti fra tecniche e orizzonti di riferimento culturale, curricula di formazione professionale degli operatori, questioni organizzative e normative, e una più attenta formulazione dello stesso concetto di “efficacia terapeutica” e delle metodiche finalizzate a una sua misurazione. Come è noto, questi problemi sono stati variamente affrontati e variamente risolti (o non risolti) nei nostri Paesi ma essi devono comunque confrontarsi, io credo, laddove vigono regimi di welfare, con un principio generale: che se il settore pubblico, con il denaro dei cittadini, deve garantire loro il diritto alla cura, esso deve al tempo stesso garantire che questa sia affidata a operatori in qualche modo “riconosciuti” in base a precisi criteri normativi. Voglio dire, con questo, che il presunto “diritto” a scegliersi il guaritore “liberamente” – chiunque esso sia e a qualsiasi titolo egli eserciti – può solo avere un possibile senso dove viga un regime liberista – di contrattualità diretta e privata, cioè, tra il paziente e l’operatore – nel quale la qualità della cura e la possibilità stessa di venir curato dipendono per ciascuno dalla *propria* personale disponibilità finanziaria.

In settimo luogo, la questione della cosiddetta “medicalizzazione della vita”, cui ho già fatto cenno, intorno alla quale molto si discute ma sul cui significato credo che occorra tuttavia previamente intendersi, giacché ho l’impressione che con questa etichetta ci si riferisca volta a volta a processi di assai diversa natura: di varia matrice, di diverso segno e soprattutto di assai differenti implicazioni. In una sua *prima valenza* questa etichetta sembra infatti riferirsi ad alcune grandi e recenti campagne e, in generale, all’insieme dei processi di informazione tendenti a “divulgare” quanto emerge via via dalla ricerca scientifica in merito alle connessioni causali fra alcune pratiche largamente diffuse e alcuni possibili danni per la salute

dei singoli e della collettività. Penso al fumo, ad esempio, o a determinati consumi alimentari, e in genere a tante altre pratiche che viviamo come “gratificanti” e sostanzialmente estranee al “campo della salute”: pratiche che questi processi, con l’obiettivo di promuoverne il progressivo abbandono, riconnotano caricandole di inquietanti significati sanitari. La “medicalizzazione” consiste dunque qui nell’implicita spinta a una tematizzazione sanitaria di gran parte delle nostre abitudini quotidiane, giacché in effetti molte di esse hanno dirette o indirette implicazioni per la salute. Certo, così facendo si introducono nei nostri comportamenti pesanti stimoli ansiogeni, si toglie spazio alla “spontaneità”, si problematizzano e si delegittimano, come “rischiose”, consuetudini significative per l’equilibrio della nostra vita. Tuttavia siamo comunque di fronte, in questo caso, a iniziative finalizzate alla pubblica condivisione delle scoperte scientifiche, alla promozione – per così dire – di una “coscienza scientifica di massa”, in definitiva a operazioni di prevenzione attraverso l’“educazione alla salute”, a una prospettiva di ampliamento degli spazi di consapevolezza e autogestione dell’esistenza di ognuno di noi. Ben altro significato mi sembra abbia invece l’*altra valenza* cui di frequente si allude con l’etichetta “medicalizzazione della vita”: che mi pare si riferisca alla messa in atto – da parte di alcuni poteri forti e in particolare della grande industria farmaceutica – di pesanti operazioni ideologiche e di mercato dirette a intercettare i bisogni di un seppur momentaneo sollievo che emergono nelle situazioni di sofferenza mentale, a confinarle in una sfera strettamente privata e a incanalare le risposte a tali bisogni verso un terreno esclusivamente farmacologico e dunque strettamente biomedico. Si tratta di operazioni a largo raggio. Ne sono oggetto *sale* le multiformi espressioni psichiche e “psicosomatiche” di un crescente esteso malessere, di un ormai diffuso disagio profondamente radicato dentro le logiche di funzionamento del nostro sistema sociale, *sale* manifestazioni di “dolore psichico” prodotte da uno qualsiasi dei tanti accadimenti “luttuosi” che possono verificarsi nel corso della nostra vita, personale o collettiva, che non sono peraltro assimilabili ad alcun tipo di patologia. Qui, la “medicalizzazione” sta dunque in questa sostanziale oblitterazione dei reali fattori psicopatogeni che si radicano nel cuore stesso della nostra società, in questo sconfinamento dell’attenzione interpretativa e operativa verso la sofferenza psichica alla sola sfera degli individui singoli e, soprattutto, in questa spinta ad affrontarne le manifestazioni in modo improprio: rinunciando cioè alla necessaria pur lenta “elaborazione” delle proprie esperienze e alla presa di coscienza critica e attiva nei confronti del proprio contesto, per aderire invece alle lusinghe di una apparente scorciatoia – di fatto superficiale, poco efficace e sovente

pericolosa – rappresentata dall’uso (e dall’abuso) degli psicofarmaci o di altre sostanze psicotrope. Una valenza, questa, ben diversa, e sostanzialmente opposta, rispetto al primo ambito di significati che ho cercato sopra di delineare.

3.

Ho cercato qui di sottolineare, come anticipato, alcune delle più grosse questioni che credo ci stiano di fronte: grandi sfide sul terreno della riflessione teorica, delle indagini empiriche e dell’impegno operativo.

Ma in questo complesso orizzonte penso che almeno su una opzione dobbiamo comunque convenire, su un obbiettivo di fondo: quello di contribuire con il nostro lavoro alla diffusa attuazione di un pieno *diritto alla salute*, più precisamente, di un diritto egualitario di tutti i cittadini alle migliori condizioni di salvaguardia della salute possibili nei nostri contesti sociali e, in prospettiva, nel sistema della società globale: e dunque il diritto alla equità nelle condizioni della sua difesa e nell’accesso alle risorse sanitarie disponibili, e la conseguente costruzione di una strategia organica di interventi pubblici orientati alla salute come bene *collettivo e indivisibile*.

Appunto in una tale prospettiva, e in vista delle precise opzioni che necessariamente ne conseguono, non possiamo semplicemente limitarci ad “applicare” il nostro sapere antropologico senza chiarire e mettere in discussione le priorità di ricerca e gli obbiettivi che vi sottostanno, la logica e il senso stesso del nostro lavoro, illudendoci che rimanendo dentro gli schemi dell’esistente quanto facciamo risulti “neutrale”.

Se non vogliamo assumerci un acritico ruolo di semplici “tecnici del potere” è necessario non dare nulla per scontato, esaminare i processi reali per conoscere i disegni entro cui si muovono e per individuarne i limiti e le possibili alternative, indagare sull’esistente non già per assumerlo come scontato ma per oltrepassarlo.

Permettetemi di chiudere queste mie riflessioni introduttive ricordando le parole di un grande poeta, impegnato testimone delle drammatiche vicende del secolo appena trascorso:

«Anche il minimo gesto, in apparenza semplice,
osservatelo con diffidenza.
Investigate se proprio l’usuale sia necessario.
E – vi preghiamo – quello che succede ogni giorno

non trovatelo naturale.
Di nulla venga detto: è naturale
in questo tempo di anarchia e di sangue,
di ordinato disordine, di meditato arbitrio,
di umanità disumanata,
così che nulla valga
come cosa immutabile.»^(*)

Note

^(*) Bertolt Brecht, *Die Ausnahme und die Regel* (1930), ediz. italiana: *L'eccezione e la regola*, prefaz. di Luciano Codignola, traduz. di Laura Pandolfi, Einaudi, Torino, 1960, 48 pp., cfr. p. 17.

