

## *Sul malessere della nostra medicina*

Pia Maria Koller  
antropologa, Roma

**Guido GIARELLI, *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*, Franco Angeli, Milano, 2003, 405 pp.**

Nel corso degli ultimi decenni si è formato un ampio consenso rispetto all'esistenza di un malessere della medicina, malessere che a sua volta implica il malessere dei maggiori protagonisti di questa scienza: i medici. In che modo – ci si chiede – questo “malessere” si riflette su quello reale del paziente? E in che misura il malato-cittadino deve ridursi a mero consumatore di quella mercé-prodotto che si chiama *biomedicina*? Ancora, quali sarebbero i presupposti che permettono a chi soffre di assumere un ruolo attivo? Infine, di fronte alle sfide del mondo attuale, vi è ancora spazio per elaborare strategie di salute che non siano quelle imposte da un modello *unico* – la salute concepita come *commodity*?

Questi quesiti sono presi in esame nel volume di Guido Giarelli. Per rispondere, ritiene l'Autore, si deve uscire dall'ambito ristretto della scienza medica e muoversi trasversalmente in altre discipline: economia, storia, sociologia e filosofia. Questa è la ricchezza di questa voluminosa opera, che tradisce le radici antropologiche del pensiero dell'autore, in linea con la rilevanza dell'antropologia medica nel dibattito attuale sulla salute. In questo percorso l'Autore non perde mai di vista quell'amore *sociale*, il *malato*, il cui malessere dovrebbe essere collocato al centro di ogni tentativo di riforma. Focalizza le interrelazioni che l'individuo tesse, con il medico, la struttura sanitaria, lo Stato e così via. Sa maturare nel lettore la coscienza che assistiamo a un *processo* decisamente dinamico, articolato in vari livelli, locale e globale, cui s'aggiunge l'intermedio – *meso* –, laddove le politiche nazionali si traducono in azione e s'incontrano (o si scontrano) con gli attori sociali.

Punto di partenza – l'Ottocento – è la rivisitazione di quelle congiunture storiche che nei contesti nazionali presi in esame (Gran Bretagna, Svezia, Germania e Francia, nonché Stati Uniti) hanno portato lo spazio centrale di cura, cioè l'ospedale, a divenire “luogo di dominio”, con una medicina “non più arte ma scienza”. L'apice dello sviluppo della scienza sanitaria e della professione medica è indubbiamente il cosiddetto “periodo d'oro”, a cavallo tra la Prima guerra mondiale e il 1960.

A partire da quest'ultima data, inizierà il lento declino sia dell'egemonia medica che della stessa professione medica. La società post-industriale si troverà davanti a nuove sfide. Tra queste, l'*iperspecializzazione* del sapere e delle tecnologie mediche che, come ha sottolineato Ivan Illich, ha prodotto una crisi di connessione sempre più evidente tra sistema sanitario e ambiente naturale. Da fonte di risorse curative, la natura si converte in generatrice di agenti patogeni. Ne risulta ciò che Illich chiama la *iatrogenes*, cioè l'effetto *patogeno* della diagnosi e della terapia, proprio grazie alla medicalizzazione della vita del cittadino in diversi ambiti: clinico, sociale e culturale.

Altre sfide si aggiungono: la trasformazione della struttura demografica, con un aumento delle patologie degenerative; l'inflazione nella sanità, che si manifesta in una crescita costante dei costi a un tasso d'inflazione superiore al resto dell'economia e,

infine, il peso crescente dei cittadini singoli e associati. Essi e, naturalmente, il malato, dispongono ora di una maggiore consapevolezza, con nuove aspettative ed esigenze nei confronti della scienza medica. Guido Giarelli parla di *empowerment* del cittadino, finora soggetto passivo. Vi è richiesta esplicita di democratizzare i servizi, in alternativa al *consumerism* imperante, ulteriore banco di prova anche per il medico. Dal ruolo passivo – *sick role* – il paziente diviene “esperto profano” sulla base del “privilegio dell’esperienza”. Così assumerà il suo vissuto come modalità fondamentale d’interpretazione della malattia – *illness* – in un processo di interazione e negoziazione con la razionalità scientifica assunta dal professionista medico, che concepirà la malattia come *disease*. A questa provocazione è la Svezia il Paese che sembra rispondere positivamente, incentivando in particolare la partecipazione e l’*empowerment* del cittadino, potenziale paziente.

Il volume non manca di rilevare, nell’arena delle riforme sanitarie, la presenza di una varietà di elementi, che si relazionano in modo dinamico: attori, contesto, contenuto/strategie e processo/eventi. Per quanto riguarda gli attori, si nota come, a una pluralità di valori, corrisponde una pluralità di attori sociali, che ne sono portatori in relazione anche ai propri interessi. Questi attori sono le *élites* politiche, i professionisti sanitari, i cittadini e i malati, ed, infine, i gruppi di pressione emergenti.

Segue un’analisi dei vari contesti nei quali le riforme vengono messe in atto - intendendo con “contesto” l’insieme dei fattori storici, strutturali e contingenti. A livello *macroeconomico*, troviamo nei Paesi presi in considerazione sia livelli di sviluppo economico e tecnologico simili, tipici delle società post-industriali, sia la tendenza a ridurre la spesa sanitaria, tendenza attribuita ad una minore crescita economica a partire dagli anni ’70. Al contempo si osserva come vi sia una spinta generalizzata verso la privatizzazione dei servizi.

A condizionare le rispettive scelte strategiche delle riforme sono soprattutto le strutture politiche e i valori societari. Così abbiamo il modello inglese con riforme fortemente centralizzate, che si contrappone alla situazione svedese, dove un sistema politico decentralizzato ha permesso di intraprendere una varietà di riforme legate piuttosto ad iniziative locali, in accordo con i valori societari di uguaglianza, giustizia sociale e equità nell’accesso al *welfare*. La Germania e la Francia, poi, si posizionano a metà strada. Nel caso della Germania, le riforme devono fare i conti con la struttura politica federale e con il corporativismo di istituzioni sociali come le assicurazioni e le associazioni professionali. In Francia invece, anche se la situazione di fondo è simile a quella tedesca, è lo Stato ad assumere un ruolo leader nei confronti degli altri attori, cioè il sistema assicurativo, i professionisti e i cittadini.

Nella gestione della salute gli *attori sociali* (pubblici o privati, individui o gruppi) possono svolgere due funzioni diverse: nel caso in cui beneficino dello status quo e risulterebbero quindi minacciati da un possibile mutamento, essi si presentano come *stake holders* (detentori). Se invece intendono cambiare lo status quo, in quanto non beneficino di esso o ne sono addirittura danneggiati, essi agiscono come *stake challengers* (sfidanti). Nei casi presi in esame gli *stake holders* – intesi come cittadini in senso lato – sono piuttosto assenti e il loro impatto sulle dinamiche riformiste risulta scarso. A reclamare le riforme sono invece gli *stake challengers*, rappresentati da entità differenti nei vari contesti. Le divergenze più significative emergono nel confronto tra Stati Uniti e Europa. Nel primo caso, la forza promotrice è il mercato assieme all’industria sanitaria, mentre nei quattro Paesi europei è lo Stato a caldeggiare le riforme. In ambedue i contesti, però, gli *stake holders* sono gli stessi, cioè la classe

medica, costretta a reagire alla sfida degli *stake challengers*. Così, nel caso americano vi è una classe medica divisa con pochi interessi comuni che agisce in competizione nei confronti di uno *stake challenger* particolarmente potente. Il risultato è un'ulteriore frammentazione degli interessi medici legati alle diverse corporazioni che, paradossalmente, ha facilitato l'azione degli *stake challengers* (assicurazioni private) e l'implementazione stessa delle riforme. Nelle varie realtà europee, è stata proprio l'alleanza tra gli *stake holders* ad aver ostacolato l'azione degli *stake challengers*, anche se con risultati diversi nei vari Paesi. Laddove lo Stato presenta un potere politico forte e centralizzato, si è riusciti ad imporre le riforme nonostante la riluttanza dei medici, come avvenne in Gran Bretagna. In Germania invece i medici, alleandosi con i *Länder* e con le associazioni di *self-help*, hanno costretto il governo federale a adattare parzialmente le riforme. In Francia, infine, lo Stato non è riuscito a creare queste reti di alleanza attraverso le quali garantire il supporto ai piani governativi.

Le differenze più significative si riscontrano sul piano delle strategie adottate, che sono il risultato sia dei fattori legati al contesto sia dell'attore dominante nel ruolo di *stake challenger*. Il modello che meglio illustra queste dinamiche è quello inglese, ovvero la riforma *big bang* – così chiamata per l'effetto dirompente delle misure adottate e la rapidità d'attuazione – voluta particolarmente dal governo Thatcher (a partire dal 1991). L'opposizione della *British Medical Association* è stata sconfitta (almeno apparentemente) grazie alla coesione parlamentare e all'approccio fortemente *top-down*. All'altro estremo si colloca il modello svedese, *bottom-up*, adattato al contesto locale, come si è visto. Mentre in Germania si evidenzia una riforma *gradualista*, negoziata dai vari attori e gruppi d'interesse. La riforma francese segue a sua volta una logica *incrementale* e sconnessa, priva di grande respiro ed organicità: l'*impasse* porta ad un non-mutamento. Nel caso statunitense, infine, si parla di una "riforma senza riforma", con scarsa coerenza interna e poco peso dello Stato federale e dei singoli Stati.

Per quanto riguarda i processi d'implementazione, l'Autore propone lo schema AGIL ideato da Talcott Parsons<sup>(1)</sup>. Lo schema permette di connettere i processi d'implementazione delle riforme con l'impatto sui sistemi sanitari da essi prodotto. Tale impatto è in particolare analizzato sotto il profilo dell'interazione con le altre strategie messe in campo dai diversi attori sociali presenti in un contesto dato.

Per riprendere la questione iniziale – cioè se al malessere della medicina si debba rispondere necessariamente con un modello omogeneo, oppure se esista la possibilità di strategie diversificate – notiamo come l'Autore si schiera indubbiamente a favore dell'ultima ipotesi. Tale atteggiamento può essere considerato una qualità positiva del lavoro in oggetto, dal momento che attraverso di esso vengono messe a nudo le rigidità delle teorie neo-liberiste, che permettono al mercato di imporre una via unica di riforme, ignorando così processi storico-politici di lunga durata e dinamiche locali capaci di volta in volta di rispondere a nuove sfide. Secondo l'Autore, nell'ultimo decennio è emerso un nuovo paradigma d'assistenza sanitaria, fondato su un approccio integrato e intersettoriale, volto non più al contenimento dei costi, ma ad un miglioramento vero della salute e della qualità dei servizi.

Credo a questo proposito che si impongono qui alcune riflessioni, relative in particolare all'attore sociale, ovvero al malato. Si tratta del resto non di un attore *unico*, ma di molteplici attori: ognuno, con il suo vissuto, che elabora la propria strategia attorno alla malattia. Ritengo particolarmente utili alcune pubblicazioni recenti che potrebbero completare la lettura del volume di Giarelli. Tra queste, il libro di Giovanni Pizza, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*<sup>(2)</sup>, che fornisce

una panoramica esaustiva del percorso dell'antropologia medica a livello internazionale. Il fatto di ripensare il malessere, le strategie del malato ma anche dello stesso medico, serve qui a mettere in evidenza quanto l'agire personale sia condizionato dalla stessa struttura del sistema biomedico – ed, evidentemente, dalle stesse politiche sanitarie – e, nel caso del medico, dalla sua formazione professionale. Questo agire personale va però inserito in un contesto dato, connotato dalla cultura, dalla storia, dall'economia, locale e globale, e infine dalla stessa classe sociale. Nella ricerca di cura, questi livelli si intersecano con una dimensione profondamente intima e soggettiva, dove emergono le angosce esistenziali, come succede in tutti i momenti liminali della vita.

Direttamente relazionato con le strategie di cura è il concetto di iniquità, sempre più al centro della riflessione dell'antropologia medica. Esso discende dalla constatazione che anche in presenza di un sistema sanitario adeguato e "corretto", troveremo fasce di persone che in realtà rimangono escluse dai servizi – basta pensare, nel contesto italiano e non solo in questo, a molti immigrati. Il fatto stesso che varie entità – quali Regioni e amministratori sanitari ma anche la stessa Società italiana di antropologia medica (SIAM) – promuovano riflessioni sulle difficoltà d'accesso ai servizi e quindi sulla necessità di un dialogo interculturale tra amministratori, personale sanitario e utenti, costituisce la prova che in un'Italia (e in un'Europa) sempre meno omogenea (e quindi teoreticamente sempre più ricca di risorse), l'agire individuale non segue automaticamente ciò che è garantito dalla legge.

Limitandoci alle ricerche italiane, un'ulteriore voce critica è rappresentata dal primo volume<sup>(3)</sup> pubblicato dall'Osservatorio italiano sulla salute globale, i cui contributi evidenziano come l'analisi delle politiche nazionali in campo sanitario debba necessariamente essere inserita in un quadro politico e economico internazionale, o meglio globale. Il mercato farmaceutico è l'esempio più palese del peso delle forze di questo quadro: peso che emerge più nettamente quando ad esempio si tratta di decidere quali saranno i malati affetti da AIDS che avranno accesso a cure adeguate. Altre iniquità sembrano essere più silenziose. Sono quelle che si manifestano nell'aumento della tubercolosi<sup>(4)</sup>, della malaria e di altre patologie, teoricamente prevenibili e curabili. Tutto ciò conferma come vi siano nel mondo – non solo nel Sud ma anche nelle sacche di povertà dei nostri Paesi industrializzati – malati la cui cura non viene considerata *cost efficient*.

Di fronte a queste molteplici sfide la ricerca di una *nuova medicina* s'impone. Si tratta non solo di invertire il paradigma della biomedicina, ma di aprirsi ulteriormente al dialogo con altre discipline, in modo particolare le scienze sociali. Questa necessità di muoversi trasversalmente, di lasciarsi contaminare, vale però anche per la stessa antropologia. Solo così si troveranno risposte per un mondo nel quale anche le identità sono sempre più *mobili*.

## Note

<sup>(1)</sup> Lo schema AGIL risponde alle iniziali *Adaption, Goal attainment, Integration, Latency* (p. 381).

<sup>(2)</sup> Editto da Carocci, Roma, 2005.

<sup>(3)</sup> *Rapporto 2004. Salute e globalizzazione*, a cura di Edoardo MISSONI, Feltrinelli, Milano, 2004.

<sup>(4)</sup> L'antropologo e epidemiologo statunitense Paul FARMER evidenzia che tra il 1990 e il 1996 l'incidenza di questa malattia si sia quasi triplicata.