

01. Panorami

Leggere la salute globale nell'epoca della grande crisi

Massimiliano Minelli

ricercatore confermato in discipline demotnoantropologiche
Dipartimento di Filosofia, scienze sociali, umane e della formazione,
Università degli studi di Perugia
[massimiliano.minelli@unipg.it]

La crisi economica iniziata nel 2008, con il crollo a catena di banche, *corporations*, gruppi industriali che avevano costruito la loro potenza sulla speculazione finanziaria, ha ridefinito gli odierni equilibri del capitalismo e acuito il suo violento impatto soprattutto sulle popolazioni più povere del mondo. Dopo la prima fase di panico generalizzato, il sistema ha avuto un assestamento che ha aggravato però le condizioni di vita di fasce sempre più ampie di popolazione rispetto a livelli di salute, politiche sociali e diritti umani. Un fenomeno globale di tali dimensioni richiede adeguati strumenti d'analisi per una critica dei processi economici e politici che hanno drammatici effetti, diretti o mediati, sulla salute collettiva. La prospettiva d'insieme in cui collocare eventi e mutazioni di così grande portata è costituita oggi dalla *salute globale*, un campo di studi in cui si sono affermati nell'ultimo decennio numerosi progetti interdisciplinari di ricerca, approcci allo sviluppo, programmi sanitari e di formazione delle professioni mediche (cfr. la relazione di Ivo Quaranta in questo volume di AM, JANES C.R. - CORBETT K.K. 2009; KLEINMAN A. 2010; BIEHL J. - PETRYNA A. 2013). In tale ambito, la recente pubblicazione del quarto rapporto indipendente *Global Health Watch 4. An alternative world health report*, realizzato da esponenti di movimenti sociali, organizzazioni non governative e parti della società civile, offre un efficace quadro della situazione attuale (PHM - MEDACT - MI - TWNH - AI - ALAMES 2014). Ha anche il pregio di far scorgere aspetti della salute globale rispetto ai quali la denuncia dell'ingiustizia sociale e della violazione di diritti umani si accompagna a proposte di mobilitazione in difesa dei sistemi sanitari pubblici. In questo stesso campo sono apparsi nel 2014 in Italia alcuni importanti contributi alla comprensione del rapporto fra determinanti sociali, disuguaglianze economiche e salute in prospettiva internazionale (MACIOCCO G. - SANTOMAURO F. 2014; SARACENO B. 2014; VINEIS P. 2014). La lettura incrociata di questi materiali consente di ragionare sulle trasformazioni del capitalismo contemporaneo e sui destini della salute collettiva, evidenziando le conseguenze derivanti da aggressive forme di sfruttamento, estrazione di valore, finanziarizzazione, mobilitazione differenziale di reti transnazionali in cui circolano, e sono in prevalenza mercificate, risorse, conoscenze e tecnologie del campo medico. È una lettura che

ha come prima conseguenza l'individuazione e l'ordinamento di alcuni problemi da affrontare con rinnovato impegno nello studio antropologico della salute globale nell'epoca della grande crisi.

Inquadrare la crisi

Quando nel 2008 scoppiò la crisi, la prima reazione fu un immediato aumento della spesa degli stati a sostegno del sistema finanziario privato, insieme a ripetute richieste di contenimento del debito dei singoli paesi. Le richieste provenivano soprattutto da Fondo Monetario Internazionale e Banca Mondiale, gli stessi organi sovranazionali che per vent'anni circa avevano risolutamente puntato sui programmi di aggiustamento strutturale. Programmi che, com'è noto, avevano già indebolito o letteralmente demolito i sistemi di salute pubblica nelle aree più povere del mondo. Già dalla fine degli anni Ottanta, infatti, privatizzazione, tagli alla spesa e deflazione delle valute erano stati imposti ai paesi in via di sviluppo, aumentando la distanza fra i paesi ricchi e quelli più poveri (PFEIFFER J. - NICTER M. 2008; PFEIFFER J. - CHAPMAN R. 2010). Più specificamente, nei paesi a basso reddito l'immissione d'ingenti risorse negli interventi verticali su singole emergenze sanitarie e la dispersione dei finanziamenti in una miriade di direzioni, in nome della maggiore "dinamicità dei privati", erano state la causa dell'indebolimento delle politiche di salute primaria e dei sistemi educativi (PFEIFFER J. - NICTER M. 2008: 410). In questo modo, nello stato di emergenza finanziaria e sotto la minaccia del fallimento per insolvenza di molti paesi schiacciati dal debito, le recenti nuove richieste di riduzione degli investimenti pubblici con conseguenti tagli ai sistemi di welfare hanno aggravato la deregolamentazione degli anni precedenti. Per quanto riguarda il quadro dei fenomeni economici, la crisi finanziaria globale e la seguente recessione hanno avuto effetti differenziali in aree geopolitiche distinte, in alcuni casi aumentando la divaricazione dei sistemi di welfare e le turbolenze dei mercati. In Europa, inoltre, le politiche di austerità con il prolungato effetto recessivo hanno inciso sulla precarizzazione delle vite, soprattutto dei più giovani, combinandosi con la disoccupazione e la riduzione delle protezioni sociali. In questo modo, entro i singoli confini nazionali è aumentata la distanza tra grandi ricchezze e povertà estreme, soprattutto per quel che concerne l'accesso ai servizi pubblici di base, alla cura primaria e alle risorse fondamentali.

Lo scenario appena descritto a grandi linee è oggetto di un attento esame nel quarto rapporto *Global health watch 4* (PHM - MEDACT - MI - TWNH - AI - ALAMES 2014, d'ora in avanti *GHW4*), un volume che raffigura la situazione attuale come un aggravamento delle conseguenze di processi di sfruttamento delle risorse e accentramento di capitali nel settore privato con un generale arretramento della salute pubblica nel mondo. Collocandosi lungo una linea tracciata dalla Conferenza di Alma Ata nel 1978, il *GHW4* pone l'accento sulla necessità di attuare politiche sanitarie alternative, puntando sulla *primary health care*, sulla valorizzazione delle risorse comunitarie e sulla partecipazione democratica alle scelte strategiche in salute. Con questo approccio, il rapporto dichiara l'ambizioso obiettivo di cambiare l'agenda globale, coinvolgendo un vasto e diversificato pubblico di lettori, costituito da attivisti, studiosi, agenzie di sviluppo, *policy makers*. L'aspetto più interessante di questo progetto collettivo, frutto della partecipazione volontaria di numerosi

ricercatori e operatori di diversi paesi, è che propone una analisi indipendente e parallela ai rapporti Oms sulla salute globale, con un chiaro orientamento politico ed etico su fondamentali problemi di salute pubblica rispetto ai quali il ruolo di guida dell'Oms si è molto indebolito.

Il testo è diviso in cinque sezioni. Nella prima parte affronta i fenomeni economici e politici internazionali; passa poi a esaminare la crisi dei sistemi di salute e il dibattito che li riguarda. Nella terza sezione inserisce l'organizzazione dell'assistenza sanitaria nel più vasto quadro della protezione sociale, richiamando la necessità d'interventi di natura sistemica. Nella quarta parte propone al lettore un osservatorio sui meccanismi di privatizzazione in campo sanitario e su possibili riforme dell'Oms. Analizza infine, nella quinta e ultima sezione, casi specifici di resistenza alle politiche neoliberiste e progetti innovativi in fase di sperimentazione.

Per quel che concerne le dinamiche economiche, nel *GHW4*, dopo aver esaminato le tre fasi della crisi – aggiustamento strutturale, finanziarizzazione, austerità – si propone di contrastare le politiche di contenimento della spesa, invertendo la direzione di alcuni flussi di risorse dalla parte pubblica ai grandi soggetti privati. Uno di questi meccanismi in diversi paesi è costituito dai regimi fiscali: attuare forme di tassazione progressiva consentirebbe di invertire i procedimenti di estrazione di ricchezza, che ora sottraggono risorse al lavoro e le trasferiscono nella speculazione finanziaria. Allo stesso modo, innalzare efficaci ostacoli alla migrazione di capitali nei paradisi fiscali, attraverso un sistema di tassazione globale, permetterebbe di contrastare la pratica dei grandi attori economici di comprare forza lavoro dove più conviene per poi investire i profitti in paesi con bassa imposizione fiscale. Nel modo in cui gli attuali processi di scala globale hanno “effetti a distanza” ipotecendo il futuro non vanno dimenticate le ripercussioni sul welfare europeo degli accordi commerciali bilaterali tra Europa e Stati Uniti come il *TTP – Transatlantic trade and investment partnership*. Il *GHW4* dimostra che lo sguardo complessivo su questi processi permette di mettere in luce le connessioni tra fattori economici che altrimenti apparirebbero come separati, sottolineando i loro effetti sulla vita delle persone e immaginando azioni concrete per intervenire sulla riproduzione delle disuguaglianze economiche, con i loro riconosciuti effetti sui livelli di salute.

Azioni a distanza

Nella maggioranza dei casi esaminati dal *GHW4*, il problema principale è capire come la crisi economica si trasformi in crisi sanitaria. È questa la domanda cruciale che Paolo Vineis richiama più volte nel suo libro sulle epidemie nell'era della salute globale (VINEIS P. 2014). Come si è detto, alcune caratteristiche dei flussi economici sono chiare: la prevalenza degli attori privati e l'arretrare della gestione pubblica di beni comuni; la incumbente richiesta delle organizzazioni sovranazionali – come il FMI e la BM – per l'attuazione di politiche di aggiustamento strutturale che si sono combinati con la recessione; la finanziarizzazione di ampi settori dell'economia e i vincoli per il contenimento del debito, con la spinta verso politiche di austerità. Eppure sono le complesse combinazioni di molteplici cause con i loro effetti cumulativi a richiedere modelli analitici e di previsione più raffinati. In questo senso, Vineis adotta una definizione di salute globale proveniente dallo United States Institute of Medicine, per indicare gli «aspetti della salute collettiva che trascendono i confini nazionali, possono

essere influenzati da circostanze o mutamenti in altri paesi, e possono esser meglio affrontati da azioni e soluzioni cooperative» (VINEIS P. 2014: x). Come ha mostrato il recente dibattito sulla definizione stessa di *salute globale* – se cioè questa espressione riconfiguri le nozioni di salute pubblica, salute internazionale, medicina tropicale, o rappresenti una specifica nuova area di studio (MINELLI L. 2013) – la globalizzazione ha tra le sue caratteristiche peculiari l'interconnessione di fenomeni apparentemente distanti: la salute dei migranti, l'industria dell'alimentazione, la precarizzazione del lavoro, gli effetti del cambiamento climatico.

Le emergenze riguardanti la questione ambientale danno a Vineis l'opportunità di rilevare alcune peculiari caratteristiche dei processi di globalizzazione in salute, i flussi e le ricombinazioni plurifattoriali. Mostrare la forma dei processi significa in questo caso anche individuare i nodi politici sui quali agire per interrompere i circuiti della disuguaglianza «legata alla distribuzione asimmetrica tra chi inquina (i paesi più ricchi) e chi subisce le conseguenze (i paesi più poveri)» (VINEIS P. 2014: 23). Il quadro delle conseguenze sulle famiglie più povere delle inondazioni in Bangladesh offre un plastico esempio della somma delle vulnerabilità tra i più poveri, a fronte di quelle che impropriamente sono considerate “catastrofi naturali”. Le ricerche svolte poco dopo le recenti inondazioni hanno evidenziato che:

«le famiglie più povere erano per vari motivi più soggette sia alle inondazioni sia alle conseguenze delle stesse: le loro case erano più fragili e costruite in luoghi in cui gli altri non volevano costruire; le possibilità di recupero dopo l'inondazione erano più limitate; e la capacità di essere pronti di fronte agli eventi (*preparedness*) era più frammentaria. Perfino l'accesso alle cure mediche era più ristretto. Il livello raggiunto dalle inondazioni all'interno delle case era superiore a 1 metro per le famiglie con reddito inferiore a 600 dollari l'anno, e di 10 centimetri per chi disponeva di più di 1200 dollari. Il reddito medio annuo nelle famiglie che avevano adottato in anticipo misure protettive era di 1500 dollari, contro i 976 di chi non lo aveva fatto; il danno ammontava a 245 dollari per i primi e a 391 per i secondi: la povertà tende spesso ad autoaggravarsi» (VINEIS P. 2014: 23-24).

Molte di queste combinazioni di effetti dipendono da contraddizioni che hanno conseguenze a lunga distanza – spaziale e temporale – rispetto alla prima catena causale. Interessanti al riguardo sono gli studi che mostrano le interazioni tra *sprawl* urbano, ambiente costruito, condizioni di vita ed epidemia di obesità e diabete – situazioni sanitarie che non possono essere interamente attribuite alle abitudini alimentari individuali –. Sostiene Vineis che il rapporto fra tassi di obesità e ambiente costruito deve essere studiato attraverso le cosiddette interazioni non lineari, secondo cui l'effetto d'insieme di cause differenti è superiore alla somma dei loro effetti disgiunti:

«Le interazioni non lineari sono indispensabili per capire e prevedere fenomeni macroscopici come le crisi del credito e il collasso dei mercati finanziari; e sono efficaci anche nello spiegare i fenomeni sanitari» (VINEIS P. 2014: 33).

L'epidemia di obesità nel libro è vista anche come una malattia dello sviluppo. Drammatici sono i problemi che si moltiplicano in fasi alterne di sviluppo economico, quando dopo un periodo di crescita economica che vede allargarsi le fasce di consumo delle classi medio-basse si verifica un declino e un nuovo progressivo impoverimento delle popolazioni urbane. L'aumento del consumo di grassi e zuccheri raffinati, nel cosiddetto *junk food*, e la scarsa attività fisica, dopo aver caratterizzato gli stili di vita nella fase espansiva, divengono per il loro basso costo elementi della quotidianità al tempo della crisi. Si vede così che uno stesso processo economico può produrre di-

versi esiti, anche contraddittori, sulla salute delle popolazioni, in congiunture storiche differenti. Per la maggioranza dei problemi menzionati gli interventi più efficaci sono la prevenzione e la promozione di pratiche quotidiane in grado di ridurre i fattori di rischio. Si tratta di quelle stesse politiche pubbliche che sono però messe in pericolo dai tagli di risorse ai sistemi sanitari e dalla parallela formazione di mercati della salute in cui si vendono singole prestazioni fornite da privati.

«Vi sono motivi di preoccupazione riguardo al futuro della prevenzione primaria perché la tendenza a ridurre la spesa pubblica e a privatizzare parte dei sistemi sanitari avrà delle conseguenze sulle attività preventive, che non sono remunerative sul piano economico (con l'esclusione forse della diagnosi precoce) e pertanto non presentano attrattive per il settore privato. La riduzione dei budget per l'assistenza primaria (medicina di base) avrà probabilmente un'influenza negativa sulla propensione dei medici a impegnarsi nella prevenzione. Negli Stati Uniti, in Europa e in Canada meno del 4 per cento della spesa sanitaria pubblica è destinato alla prevenzione del cancro (in tutte le sue forme)» (Vineis P. 2014: 71).

Le analisi più avanzate portano a investire in interventi sistematici che socializzino i problemi e li mettano al centro di uno spazio politico della salute, evitando le prestazioni individuali e i trattamenti farmacologici su singole malattie. Per interrompere gli effetti a distanza delle economie internazionali di scala è necessario puntare sulle azioni collettive più consapevoli promosse nei contesti quotidiani di vita. È questa una scelta che apre spazi di riflessione sulla natura e l'efficacia degli interventi più efficaci allo scopo di agire sulle conseguenze locali di modi di sfruttamento dell'ambiente e delle risorse sviluppatisi lontano.

L'attacco ai sistemi pubblici di salute

Gli esiti di una crisi economica seguita da recessione si manifestano nell'arco di pochi anni in cambiamenti dell'andamento demografico ed epidemiologico. Quando si dice che le disuguaglianze hanno un impatto sui livelli di mortalità e sugli anni di vita attesa nella popolazione, ci si riferisce al fatto che le malattie si sviluppano diversamente in rapporto ai contesti sociali in cui le persone vivono, lavorano, invecchiano, muoiono. In questo quadro di riferimento, nel testo *La salute globale*, Gavino Maciocco e Francesca Satomauro contribuiscono alla definizione dei determinanti sociali di salute e a esplorare adeguate, sostenibili ed efficaci politiche di salute pubblica in una dimensione mondiale e integrata (MACIOCCO G. - SANTOMAURO F. 2014). In particolare essi interrogano le relazioni fra determinanti di salute e disuguaglianze, individuando le correlazioni fra i contesti storico-sociali e le condizioni di salute delle popolazioni. Poiché i determinanti sociali dipendono dalla pluralità delle organizzazioni sociali e dei mondi culturali, la relazione tra problemi di salute e contesti è strutturalmente polisemica e politetica. Va ricordato, difatti, che ambienti sociali simili possono avere impatto diverso su differenti popolazioni attraversate da disuguaglianze. Il modello dei determinanti sociali mette al centro gli individui con i loro fattori costituzionali virtualmente imm modificabili (età, sesso, patrimonio genetico), nell'ambito delle relazioni interpersonali e comunitarie, con attorno circoli di ampiezza crescente in cui collocare i fattori sui quali i singoli hanno un minore controllo. I cerchi più grandi sono dunque costituiti dai fattori modificabili soltanto con strategie politiche (l'ambiente di vita, le condizioni di lavoro e i livelli di reddito, l'alimentazione, la possibilità di accedere a beni e servizi di istruzione e di salute, condizioni abitative soddisfacenti, acqua e

impianti igienici). Un insieme di elementi di contesto che sono a loro volta in rapporto con macro-condizioni economiche, sociali, culturali, ambientali.

Dal punto di vista antropologico, l'articolazione fra i diversi livelli è problematica e spinge a chiedere se, e sino a che punto, la lettura dei determinanti possa essere sensibile alla dimensione politica dell'esperienza degli attori sociali e alla loro agentività. Un aspetto che com'è noto tende a riemergere spesso nel campo della salute quando si intende mobilitare la partecipazione sociale. I determinanti sociali vanno letti in rapporto con le condizioni di vita, le conseguenze delle disuguaglianze sui limiti imposti alla capacità di agire delle persone e proprio in questo ambito storico-politico si entra in contatto diretto con la "violenza strutturale", quando le ingiustizie sono naturalizzate e sono aggravate dai limiti imposti ai più poveri nell'accesso alle risorse e nell'utilizzo dei servizi di salute. In realtà, tuttavia, lo schema a cerchi concentrici ha permesso di sostenere convincentemente che il modo più efficace di intervenire sulla salute pubblica è agire con politiche mirate sulle cause distali, ovvero sulle "cause delle cause" di malattia. Come mostrano Maciocco e Santomauro, il livello integrato di analisi porta a riconoscere come i principali fattori di rischio siano dovuti a processi socioeconomici, connessi ai livelli di reddito e d'istruzione, alla qualità dell'ambiente, a stili di vita e abitudini quotidiane. Gli effetti differenziali di queste dimensioni sullo stato di salute concernono l'alta probabilità che i gruppi a basso reddito siano esposti contemporaneamente a più fattori di rischio che si rinforzano a vicenda. L'effetto combinato di vari fattori esprime uno specifico gradiente sociale, com'è dimostrato dal fatto che il rischio di mortalità cresce in ragione inversa rispetto alle risorse sociali di cui dispongono gli individui.

Anche nei paesi con sistemi di salute pubblica universalisti si sono imposti nell'ultimo decennio veri e propri mercati paralleli della salute, in cui diviene inevitabile la necessità di pagare per spese sanitarie out of pocket al fine di avere rapidamente una diagnosi ed essere curati. La formula *welfare mix* suona come un eufemistico richiamo alla necessità di risolvere da soli, come utenti-consumatori di servizi, i problemi creati dall'arretramento dello stato sociale. Su questo punto, la storia dello smantellamento del sistema sanitario nazionale inglese, proprio perché ha rappresentato un pilastro del welfare europeo, è particolarmente impressionante. Colpisce, nonostante le differenti dichiarazioni d'intenti, la sostanziale linea di continuità che ha attraversato le riforme Thatcher, Blair, Cameron. Sebbene fosse fallito il primo tentativo di privatizzazione del NHS britannico negli anni del governo Thatcher, il principio di *fundholding* impostosi in quel momento – che distingueva fra enti gestori, inquadrati come acquirenti di servizi, e strutture ospedaliere e territoriali, considerate come produttori di servizi in competizione fra loro – ha accompagnato in modo carsico le diverse proposte di riforma, conservatrici e laburiste, per riemergere e consolidarsi con l'attuale governo Cameron. Con la nuova legge del 1 aprile 2013 questo modello si è trasferito alla organizzazione dei *Clinical commissioning groups* (CCG), consorzi di *general practitioners* (GP), che d'ora in avanti gestiranno la maggioranza dei fondi per comprare e distribuire prestazioni da *providers*. La ricostruzione di Maciocco e Santomauro prospetta un futuro preoccupante:

«Con i fondi assegnati i CCG finanzieranno le attività dei GP e i servizi che verranno offerti ai loro pazienti da parte dei vari *providers*: dalle cure domiciliari all'assistenza specialistica e ospedaliera. Saranno i GP a scegliere e a remunerare i *providers*, e ciò ha sollevato la questione del loro potenziale conflitto d'interessi: GP prescrittori di prestazioni erogate da *providers* privati con possibili interessi in comune con i GP stessi» (MACIOCCO G. - SANTOMAURO F. 2014: 110).

Le più avanzate esperienze di sistemi sanitari universalistici sono nate e cresciute in alcune democrazie europee dopo il secondo conflitto mondiale, in uno schema di sovranità esercitata entro i confini dello stato-nazione. Le pratiche contemporanee della salute globale devono confrontarsi invece con aree di sovranità sovranazionali e arene politiche in cui pubblico e privato si confondono in zone grigie di negoziazione e ridefinizione dei mercati della salute. D'altra parte, i processi di globalizzazione non necessariamente aumentano l'uniformità degli scenari, e alimentano piuttosto la costituzione di zone di giurisdizione circoscritte, regolate da stati di eccezione (ONG A. 2013 [2006]). In questo senso negli ultimi decenni si è avuta una proliferazione dei confini, piuttosto che una loro riduzione, in uno spazio economico e sociale globale di natura eterogenea. Qui i processi di produzione capitalistici si sono «organizzati in reti ibride e flessibili che si estendono attraverso terreni globali sempre più differenziati» (MEZZADRA S. - NEILSON B. 2014: 90). La gestione della crisi nella UE in uno scenario globale rivela tutti i limiti, ma può anche far emergere le potenziali trasformazioni della vita sociale, in riferimento alla produzione strategica di nuovi confini nelle relazioni internazionali.

La Grecia come altri paesi dell'Europa meridionale tra i quali l'Italia ha deciso di passare negli anni ottanta da un modello di gestione mutualistico al sistema sanitario nazionale. Tuttavia il passaggio è stato segnato da contraddizioni profonde e ha prodotto un dispositivo misto in cui coesistono una parte di finanziamento generale e una parte sostenuta da versamenti per le mutue da parte dei datori di lavoro. Tale dispositivo ha svelato le sue contraddizioni profonde portando la spesa sanitaria fuori controllo. Nel momento in cui la crisi economico-finanziaria si è abbattuta sul paese, con tagli su servizi ospedalieri e territoriali, il 40% circa delle spese sanitarie era out of pocket, pagato cioè dai cittadini. In breve tempo, per molti greci la perdita del lavoro ha significato perdere anche la copertura assicurativa che permetteva l'accesso alle cure. Maciocco e Santomauro mostrano la gravità dell'attuale situazione attraverso i dati più aggiornati pubblicati da *The Lancet*:

«gli indicatori volgono al peggio: a) sono aumentati i casi di infezione Hiv tra i tossicodipendenti (erano 15 nel 2009, sono stati 484 nel 2012); b) è aumentata la mortalità tra le persone di oltre 55 anni a causa della difficoltà di accesso ai servizi; c) è cresciuta la mortalità infantile così come i nati morti e i nati con basso peso alla nascita; d) dal 2012 al 2013 sono aumentati i casi di tubercolosi; e) è ricomparsa la malaria. La stessa rivista denuncia l'indifferenza delle autorità internazionali (Commissione europea, Fondo monetario internazionale) nei confronti di questa tragedia, un'indifferenza ai limiti del negazionismo che è durata troppo tempo» (MACIOCCO G. - SANTOMAURO F. 2014: 142).

Gli effetti sulla salute pubblica in Grecia – mortalità infantile, tassi di mortalità crescenti, aspettativa di vita ridotta – sono descritti e denunciati anche nel *GHW4*. Per fronteggiare la grave situazione nuove alleanze tra diversi soggetti della società civile e reti sociali sono sorte in difesa del sistema pubblico. La mobilitazione di associazioni e forze sociali ha portato alla nascita delle “*social solidarity clinics*”, dimostrando che è possibile un altro modo di lavorare partecipativo e non gerarchico con una lettura dei bisogni e un'organizzazione dal basso delle pratiche comunitarie (nella parte del *GHW4* dedicata alle lotte per la salute in Europa, cfr. E6.2 – *Solidarity in response to the 'crisis'*, PHM - MEDACT - MI - TWNH - AI - ALAMES 2014: 375-376).

Salute mentale globale

I dati più convincenti sugli effetti delle disuguaglianze economiche provengono dalla misurazione dei tassi di mortalità infantile e della riduzione degli anni di vita attesa. Eppure i problemi che avranno maggior peso internazionale nei prossimi decenni saranno dovuti all'aumento di malattie croniche, con alto livello d'invalidità e bassa mortalità, e in senso ampio alle forme di disabilità. È considerando questa emergenza di scala globale che sembrano particolarmente importanti gli studi sulla salute mentale. Nel libro *Discorso globale, sofferenze locali. Analisi critica del Movimento di salute mentale globale* Benedetto Saraceno ricostruisce gli ultimi venti anni della salute mentale da un punto di vista privilegiato, attingendo a esperienze acquisite durante la sua direzione del Dipartimento della salute mentale dell'OMS (SARACENO B. 2014). Nel suo racconto – un prezioso *insider account* dall'interno del ristretto numero di decisori delle politiche globali sulla salute – sono disegnati gli scenari in cui ha preso vita il movimento di salute mentale globale, mostrandone gli esiti più rilevanti, insieme alle contraddizioni che l'hanno accompagnato. Saraceno ricorda che la scelta strategica, condivisa da OMS e Banca Mondiale, di precisare le priorità in base ai livelli di disabilità connessi alla malattia ha segnato una svolta nella lettura complessiva del futuro della salute globale. Lungo questa linea, la collaborazione dei primi anni Novanta tra OMS e il gruppo di antropologi e medici della Harvard Medical School coordinati da Leon Eisenberg e Arthur Kleinman ha portato nel 1995 alla stesura del *World Mental Health* (DESJARLAIS R.R. - EISENBERG L. - GOOD B. - KLEINMAN A. 1995) un testo cui si deve il primo organico tentativo di presentare aree di sofferenza sociale in correlazione con povertà e disuguaglianze nei paesi a basso reddito (*low-income countries*). Com'è noto, tutto questo è potuto accadere con la messa a punto e il raffinamento di indicatori come il DALY (*Disability adjusted life year*) che misura gli anni perduti per disabilità dovuta a malattia. Il DALY include in un'unica misura la mortalità e la disabilità, sommando gli anni vissuti con una disabilità per malattia (YLD – *Years lived with disability*) e gli anni di vita perduti a causa della morte sopraggiunta a causa di una patologia (YLL – *Years of life lost*). Spiega Saraceno che il DALY ha certamente consentito di evidenziare la presenza di malattie caratterizzate da bassa mortalità ed elevata disabilità (soprattutto le malattie mentali) considerando il grande numero di malattie croniche, endemiche e neglette, che hanno pagato un prezzo altissimo per la loro “invisibilità sociale”. Ne è risultata una ridefinizione dell'agenda globale, anche se – ricorda Saraceno – dopo la prima fase di entusiasmo per la promessa di garantire la cura a un numero più alto di pazienti, si è trattato di prendere atto dei limiti delle prevalenti letture riduzioniste, spesso supportate dall'industria farmaceutica. Va infatti ribadito – e questo è un filo rosso che percorre tutto il libro – che la risposta a problemi di salute mentale così importanti non consiste solo nel far accedere più persone alle cure, se non si mettono in discussione i protocolli, le azioni e le risorse della psichiatria biofarmacologica e classificatoria. Il cambiamento necessario deve riguardare i saperi e le pratiche della biomedicina che sono riprodotti meccanicamente da centri accademici, industrie farmaceutiche, gruppi privati proprietari di nosocomi. In questo scenario si sono inseriti nuovi soggetti della società civile e dell'economia sanitaria impegnati in operazioni di *advocacy* e di lobby. Quando oggi ci si riferisce al movimento di salute mentale globale si deve perciò considerare questo intreccio di attori, risorse e differenziali di potere.

Il solo obiettivo di aumentare il numero dei pazienti trattati specialmente nei paesi a basso e medio reddito si è rivelato parziale e irrealistico. Di fatto, le iniziative di ampliamento del numero di persone che potessero accedere a migliori condizioni

di salute, annunciate dallo slogan “*health for all*”, si sono tradotte in “trattamento per tutti”, creando grandi opportunità per le multinazionali farmaceutiche. Sugli esiti di questa scelta ha influito certamente il modo in cui vengono ricombinati nei singoli paesi la riproduzione del sapere psichiatrico e la presenza della rete istituzionale perlopiù basata sull’ospedalizzazione. Saraceno ricorda che il caso del Brasile è emblematico sia per la qualità dei processi innescati sia per i rapporti di forza e i conflitti che hanno accompagnato la riforma. In Brasile dall’epoca del primo governo di Luiz Inácio Lula Da Silva sono cambiate la quantità e la qualità degli investimenti federali in salute mentale, con minori risorse destinate agli ospedali psichiatrici e maggiori investimenti nella salute mentale territoriale, creando i CAPS (*Centros de atenção psicossocial*). Nelle nuove strategie si è puntato sulla riduzione del numero di posti ospedalieri, cercando così opportunamente di diminuire le dimensioni degli ospedali psichiatrici, per favorire il loro completo superamento e la disseminazione di servizi psichiatrici di comunità. D’altra parte, proprio l’esperienza avanzata del Brasile ci ricorda le difficoltà incontrate nella integrazione fra *Primary health care* e secondo livello di servizi di salute mentale comunitaria, contro «la sorda, a volte feroce e cieca, opposizione da parte della maggior parte dell’establishment psichiatrico brasiliano, costituito essenzialmente da professori universitari e dai rappresentanti delle associazioni professionali» (SARACENO B. 2014: 105).

Il campo della salute mentale comunitaria è particolarmente interessante perché vi svolgono un ruolo determinante gli interventi a-specifici e sensibili ai contesti, su cui il sistema sanitario ha ridotta capacità d’incidenza. A livello macro le politiche di salute mentale più efficaci dipendono da mutamenti sociali strutturali e storicamente profondi, mentre a livello micro sono molto importanti la sperimentazione e la partecipazione sociale nelle realtà locali, sulle quali incidono le reti sociali, le politiche democratiche e le pratiche professionali e comunitarie. Soprattutto è necessario analizzare le situazioni storiche specifiche a tre livelli: occupandosi di quadro giuridico e di politiche dei diritti; potenziando l’azione intermedia dei servizi di salute; organizzando interventi tecnici di qualità, soprattutto sperimentando pratiche non inquadrabili nella cornice stretta del disturbo/diagnosi/prescrizione farmacologica.

I movimenti e le lotte per i diritti

La globalizzazione vista dall’alto lascia intravedere flussi, assetti, frizioni e segni delle miserie lasciate sul terreno. Ma è la complessità della concreta esperienza dei protagonisti dei processi di trasformazione a offrire ricchi elementi di riflessione sui fattori che incidono sulla sofferenza sociale, l’organizzazione dei servizi, le modalità di presa in carico dei problemi. Lo studio di esperienze situate, per quanto riguarda sia le situazioni più difficili sia le esperienze sperimentali più avanzate, permette di entrare in ambiti che sono al contempo concreti e complessi. Il *GHW4* dedica ampio spazio a *case studies* di esperienze di resistenza e azione popolare in diversi paesi. Un esempio interessante a questo riguardo è costituito dalla storia recente della Bolivia, in cui nel 2009 la nuova costituzione democratica ha sancito la nascita di uno stato plurinazionale, riconoscendo il ruolo di protagonista alle comunità indigene e alla loro azione politica nella definizione dei diritti di cittadinanza (PHM - MEDACT - MI - TWNH - AI - ALAMES 2014: 333-340). L’alta percentuale di nativi tra la popolazione ha portato a ridefinire i linguaggi e i concetti necessari a costruire uno spazio comune per la salute e il benessere. Il dibattito centrato sulla qualità della vita, definita attraverso il concetto

di “*vivir bien*”, ha ruotato attorno alla lotta per i diritti delle popolazioni indigene che rivendicano l'importanza della questione ambientale e della riforma agraria e in senso complessivo dell'allargamento dei diritti sociali. L'esperienza boliviana valorizza criticamente la rivendicazione della salute come bene comune e intreccia la questione dei diritti comunitari sui luoghi di riproduzione della vita (questione indigena), con la ridefinizione della cittadinanza e del lavoro (questione sociale). In entrambi i casi, ci si misura con aree di sovranità sulle quali si gioca l'esistenza stessa della *forma-stato* e le possibilità per la democrazia.

L'esempio della Bolivia certamente mostra che le analisi delle situazioni politiche nei singoli paesi servono a evitare approcci riduzionisti alla realtà e a immaginare innovative piattaforme di sperimentazione. Tuttavia, le ricostruzioni di queste pratiche nei report sulla salute globale si rivelano talvolta poco sensibili alle differenze specifiche, soprattutto perché incorporano un piano biomedico di significazione. La prospettiva della salute e dei diritti è prevalentemente posta in rapporto con l'accesso a servizi medici, senza tematizzare la necessità di trasformare i saperi e le pratiche mediche quando entrano in un reale rapporto con le comunità. E quando rispetto a questo discorso ci s'interroga sulla costruzione di azioni culturalmente sensibili, i casi esaminati sembrano modellarsi attorno a rivendicazioni di comunità locali, con un contenuto identitario. Le promesse maturate in Bolivia sembrano così assumere un valore antagonista soprattutto perché sono viste come difese delle specificità culturali. Questa torsione del piano discorsivo risente del fatto che il confronto politico sulla globalizzazione sembra essere prevalentemente urbano-centrico. Sviluppatisi in prevalenza nelle grandi metropoli mondiali – nei luoghi in cui sorgono istituzioni e simboli del potere finanziario e politico, dove le manifestazioni pubbliche possono essere riprese e diffuse dai grandi network della comunicazione globale – i movimenti contro gli effetti della globalizzazione si organizzano in prevalenza attorno alla difesa dei diritti in misura minore alla comprensione delle trasformazioni del capitalismo contemporaneo. In queste circostanze è necessario domandarsi quale conoscenza si abbia effettivamente dei processi che attivano i “movimenti di cittadinanza” in specifiche realtà storiche, con le tecniche di comunicazione e le strategie di finanziamento capaci di alimentare le reti di globalizzazione dal basso (APPADURAI A. 2014 [2013]: 235 e segg.).

Mettere in relazione la conoscenza approfondita delle realtà locali con l'agenda globale è un problema che richiede un'accurata analisi di processo, nella consapevolezza che ogni caso singolo costruisce una rete ibrida, sociale, culturale e politica. Lo studio di questa dimensione situata della prassi corporea, nel fronteggiare collettivamente la malattia e nella rivendicazione dei diritti, permette di entrare in rapporto con le dimensioni incorporate della sofferenza sociale e delle disuguaglianze economiche. In questo scenario è necessario un uso consapevole e sperimentale della ricerca antropologica intensiva, con partecipazione allargata e alimentata attraverso l'etnografia. Molti antropologi lavorano a questa impresa al fine di precisare strategie più efficaci per uno studio analitico e storico della scomposizione e riconfigurazione delle forme del capitalismo contemporaneo e dei suoi mutamenti in atto (BIEHL J. - PETRYNA A. 2013). A questo proposito va evidenziata una differenza tra le analisi dei casi che appaiono nella letteratura antropologica, in cui le storie sono soprattutto finalizzate a cogliere l'intreccio tra violenza strutturale e agentività individuale, e gli studi di caso dei report sulla salute globale, nei quali la violazione dei diritti umani è al centro di un'operazione di denuncia e di mobilitazione sociale. Una critica che potrebbe essere mossa agli approcci di questo secondo tipo è che sembrano essere ritagliati sul modello

dell'universalità delle dichiarazioni dei diritti umani, a scapito di una ricostruzione critica delle dinamiche politiche. Non può sfuggire in questo caso il nesso tra l'affermazione del principio per la tutela di un diritto e la definizione problematica della stessa natura umana che rende possibile la rivendicazione di tale diritto. La salute e i diritti si incrociano in specifiche condizioni storiche, ove soggetti, significati e rapporti di potere dicono che cosa è umano, e ci invitano a chiedere ogni volta: «se l'accesso alla cura è considerato un diritto umano, chi è considerato umano abbastanza da avere tale diritto?» (FARMER P. 2003: 206).

Bibliografia

- APPADURAI Arjun (2014 [2013]), *Il futuro come fatto culturale. Saggi sulla condizione globale*, traduz. dall'inglese di Marco Moneta e Mara Pace Ottieri, Raffaello Cortina, Milano [ediz. orig.: *The future as cultural fact. Essays on the global condition*, Verso, London - New York, 2013].
- BIEHL João - PETRYNA Adriana (2013), *When people come first: critical studies in global health*, Princeton University Press, Princeton.
- DESJARLAIS Robert R. - EISENBERG Leon - GOOD BYTON - KLEINMAN Arthur (1995), *World mental health: problems and priorities*, Oxford University Press, New York.
- FARMER Paul (2003), *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - Oxford.
- JANES Craig R. - CORBETT Kitty K. (2009), *Anthropology and global health*, "Annual Review of Anthropology", vol. 38, 2009, pp. 167-183.
- KLEINMAN Arthur (2010), *Four social theories for global health*, "The Lancet", vol. 375, n. 9725, 1° maggio, 2010, pp. 1518-1519.
- MACIOCCO Gavino - SANTOMAURO Francesca (2014), *La salute globale. Determinanti sociali e disuguaglianze*, Carocci, Roma.
- MEZZADRA Sandro - NEILSON Brett (2014), *Confini e frontiere. Moltiplicazione del lavoro nel mondo globale*, Il Mulino, Bologna.
- MINELLI Liliana (2013), *Salute Globale: troppe definizioni, un solo obiettivo?*, "Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute", vol. 57, n. 2, aprile-giugno 2013, pp. 135-138.
- ONG Aihwa (2013 [2006]), *Neoliberalismo come eccezione. Cittadinanza e sovranità in mutazione*, traduz. dall'inglese e cura di Michele SPANÒ, La Casa Usher - Volo, Firenze - Lucca [ediz. orig.: *Neoliberalism as exception: mutations in citizenship and sovereignty*, Duke University Press, Durham, 2006].
- PEOPLE'S HEALTH MOVEMENT - MEDACT - MEDICO INTERNATIONAL - THIRD WORLD NETWORK HEALTH - ACTION INTERNATIONAL - ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDECINA SOCIAL (ALAMES) (2014), *Global health watch 4. An alternative world health report*, Zed Books, London.
- PFEIFFER James - NICTER Mark (2008), *What can Critical Medical Anthropology contribute to global health? A health systems perspective*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 22, n. 4, 2008, pp. 410-415.
- SARACENO Benedetto (2014), *Discorso globale, sofferenze locali. Analisi critica del Movimento di salute mentale globale*, Il Saggiatore, Milano.
- VINEIS Paolo (2014), *Salute senza confini. Le epidemie al tempo della salute globale*, Codice Edizioni, Torino.