

INTRODUZIONE

di Rita Biancheri*

Hughes (2010) nelle sue ricerche molto si è occupato dei medici, annotando come queste figure abbiano esercitato a lungo il prestigio e il potere escludendo, in virtù di curare gli ammalati, i diversi operatori sanitari «dalla pratica della loro professione» (p. 335); e aggiungeva che i confini tra i diversi lavori non sono chiari e la stessa definizione di malattia e salute varia da una società all'altra, per questo le soluzioni sono relative e non assolute.

Nelle poche righe qui riportate si possono ritrovare parte delle questioni che tuttora alimentano il dibattito sulla sanità, con la crescente consapevolezza del dover affrontare nuove sfide che, solo in parte, riguardano i bisogni crescenti legati all'invecchiamento della popolazione e alla non autosufficienza, poiché investono il concetto più articolato di equità.

Negli ultimi anni, infatti, in questo settore, si è assistito a importanti cambiamenti – molto spesso subiti dai medici stessi – a partire dall'aumentata complessità dei modelli organizzativi legata, di conseguenza, all'intensificarsi delle richieste amministrative/burocratiche, fino ai rivolgimenti derivanti dall'introduzione di nuove e sofisticate tecnologie diagnostiche.

In tale contesto, inoltre, sono diminuite le risorse di welfare e si è ampliato il concetto di salute, non più legato alla semplice assenza di malattia, ma ad un'idea olistica di benessere; sono entrate nel nostro sistema le medicine non convenzionali, che hanno registrato una fiducia crescente degli utenti rispetto alla spersonalizzazione del rapporto medico-paziente e alla critica rivolta ai profitti delle case farmaceutiche, ma sono cresciute le speranze di vita e gli interventi a favore della prevenzione. Simili aspetti sono solo alcune delle numerose contraddizioni che affliggono i sistemi sanitari, stretti tra interventi a carattere esclusivamente economico e una visione della cura dove la dimensione esistenziale e narrativa diventa parte integrante dell'anamnesi, con la stessa rilevanza dei sintomi clinici. Un impegno di tempo che contrasta con la riduzione dei costi e degli sprechi in un'ottica

* Dipartimento di Scienze Politiche, Università di Pisa; rita.biancheri@unipi.it

manageriale di *efficientamento*, un neologismo che sconcerta applicato alla categoria di appropriatezza e ancora di più alla vita delle persone.

Anche la sociologia della salute e della medicina, durante tutto il suo percorso di consolidamento epistemologico, ha ampliato i propri contenuti e gli interessi di ricerca; dalla forte influenza esercitata dal modello parsoniano, fino alle nuove linee teoriche sviluppate nei diversi paesi (Giarelli, Vignera, 2012) i temi affrontati hanno ricoperto varie dimensioni dell'indagine scientifica, sempre attenta, come disciplina, alle trasformazioni e ai contributi provenienti dai settori con cui si condivide l'oggetto di studio.

Su questo terreno fecondo, le analisi sulle diseguglianze o disparità di salute improntate sia sullo status socio-economico e sulle credenziali educative sia sull'appartenenza etnica e geografica, sono cresciute esponenzialmente, trascurando però un importante fattore: il genere.

Come più volte ho sottolineato, l'argomento ha incontrato in Italia numerosi ostacoli e, tuttora, tale approccio è poco conosciuto e quasi per nulla praticato anche nella formazione universitaria. In particolare gli studi di genere hanno subito un consistente ostracismo culturale, assieme ad una riluttanza a superare il riduzionismo scienziato a favore di una visione più ampia, capace di attuare una vera integrazione tra tutti i "determinanti", culturali e sociali, della malattia.

In questa complessa cornice, risulta evidente l'importanza di parlare di culture di salute, di identificare i meccanismi generativi della vulnerabilità accanto alla indubbia capacità euristica della dimensione di genere. Le ragioni sono molteplici e certamente non si possono compendiare in una introduzione, ma risulta utile, ai fini della comprensione dell'intento che fa da sfondo agli articoli presenti nel volume, richiamare alcune riflessioni che hanno aperto ad uno sguardo *altro* rispetto all'oggettività e neutralità della scienza.

All'occultamento del dominio maschile sull'intera cultura, attraverso valori, regole, strutture dei saperi – su cui si sono alimentate le istituzioni pubbliche e le relazioni private – si è opposta la faticosa ricerca del pensiero femminista. Contro la pervasività di una costruzione sociale univoca, che proprio per questo appariva "naturale", il movimento delle donne ha cercato di riappropriarsi delle proprie individualità, ricomponendo i diversi dualismi, *in primis* quello tra pensiero e corpo. Proprio la scissione tra biologia e storia, tra natura e cultura ha determinato l'esclusione delle differenze sotto l'egida della superiorità maschile, gerarchizzando così non solo i ruoli ma anche le competenze e le capacità. La razionalità ha eliminato i punti di vista con la pretesa di raggiungere la certezza; l'osservazione distaccata,

proprio attraverso la confusione tra sentimenti e affetti, ha invece determinato il più duraturo dei rapporti di potere, quello esteso attraverso la violenza simbolica.

Ne deriva, sempre citando Hughes, che la reputazione scavalca le abilità e le peculiarità individuali, quest'ultime appaiono come ascritte e, pertanto, invisibili. L'assoggettamento parte dall'incorporazione di simili stereotipi e, come per la scelta del medico, facendo tutte le possibili combinazioni di etnia, sesso, religione, ruolo familiare le qualità del maschio bianco sono quelle che risultano maggiormente gradite ai pazienti di ogni tipo. Sempre su questo modello anche il paziente stesso avrà le stesse caratteristiche agli occhi di chi deve curarlo, per cui le differenze vengono assorbite da un unico soggetto/oggetto androcentrico ed etnocentrico.

La prevalenza di questo punto di vista ha prodotto evidenti semplificazioni da cui è derivata una critica feconda al sapere medico e alla conoscenza esperta, la conseguente riflessività ha aperto a teorie e pratiche che si stanno sempre più consolidando nei diversi ambiti professionali, come testimoniano i contributi del volume.

Quindi perché parlare di culture di salute? Perché è necessario portare avanti gli obiettivi descritti e tentare quell'impresa teorica tanto auspicata di abbattere le barriere tra cultura e natura, tra scienze umane e scienze dure; per parlare, in questo caso, di scienza della vita.

La categoria di genere, pur a sua volta criticata da altre interpretazioni, consente tale obiettivo in quanto la lettura dei fondamenti epistemologici di una scienza costruita sul neutro maschile ne ha mostrato le contraddizioni e, di conseguenza, i limiti gnoseologici di un'ideologia opposta all'obiettività tanto ricercata.

In questo percorso di riavvicinamento, anche una parte della medicina ha superato, idealmente, il suo impianto bio-medico affrontando il soggetto, la complessità dell'animo umano, i suoi sentimenti e lo fa in una cornice in cui indubbiamente tale branca del sapere attraversa un ripensamento ontologico.

Nel nostro volume non si intende, quindi, affrontare i diversi argomenti dal punto di vista antropologico, o di culture altre, cioè di un sapere medico che sia quello del clinico o dello sciamano e del guaritore, ma riconoscere che questo sapere è comunque conoscenza di tratti peculiari della realtà, mediata da forme simboliche e pratiche interpretative che descrivono una dimensione cruciale dell'esperienza umana, quella della salute (Good, 1994).

Il lettore/ricerca potrà verificare come, attraverso il paradigma di genere, molte questioni si aprono ad ermeneutiche diverse dalla violenza contro le

donne ai processi di *decision-making* nella *governance* sanitaria; dalle trasformazioni della relazione terapeutica alle politiche integrative di welfare aziendale nei luoghi di lavoro.

Il settore esperienze propone, inoltre, una serie di articoli che sono il frutto di un lavoro multidisciplinare attivato con il progetto europeo TRIGGER (*Transforming Institutions by Gendering contents and Gaining equality in Research*) dell'Università di Pisa e che continua in gruppi di ricerca consolidati in ambito clinico, farmacologico, ingegneristico e giurisprudenziale.

L'ultimo apporto sulla costruzione dei luoghi della salute è un ambito di studio molto trascurato in passato, ma attualmente, in una diversa visione del rapporto con i pazienti e dell'umanizzazione delle cure, ha acquisito rilevanza e costituisce un terreno di grande interesse non solo teorico ma anche applicativo. I diversi aspetti riguardano sia l'organizzazione territoriale delle strutture sanitarie e la loro fruibilità, sia l'importanza di focalizzare l'attenzione sugli utenti e sul livello di appagamento del personale, poiché il confort degli spazi interagisce positivamente su entrambi.

Non può sfuggire, in base a quanto brevemente argomentato, lo sforzo compiuto dagli Autori/Autrici del volume per attuare una svolta cognitiva, a partire dalla complessità dell'oggetto di studio, attraverso la condivisione di metodi, linguaggi e strumenti. Solo lavorando insieme, aprendosi al confronto e abbattendo gli steccati nei gruppi di ricerca, in ottemperanza a quanto la progettazione europea si propone, potremmo conseguire esiti significativi per contrastare, certamente, i fattori di rischio legati a variabili maggiormente note inerenti gli stili di vita e avviare, grazie alla multidisciplinarietà, percorsi innovativi di approfondimento per superare le disegualianze dovute ai più ampi determinanti: distali e prossimali, relazionali e sociali.

Infine, non per importanza, nella sezione tematiche generali si affrontano due aspetti che aprono a scenari significativi per una riflessione sulla salute. Il primo fornisce un'analisi dei cambiamenti nella vita quotidiana delle persone e l'uso/abuso di psicofarmaci. La ricerca collega l'incertezza e le problematiche esistenziali con la medicalizzazione. Si assumono i "farmaci stampella" per sedare il disagio sociale; a questa traiettoria di dipendenza, le donne risultano più esposte. Il secondo mette in connessione gli effetti della globalizzazione sull'alimentazione; interessante risulta la lettura delle nuove tipologie lavorative e le conseguenze fisiche, la diffusione del *junk food* e della stretta relazione con l'obesità.

Anche questi contributi confermano la rilevanza del genere per approfondire le nostre conoscenze in un tema così decisivo per la qualità della vita come la salute.

Bibliografia di riferimento

- Giarelli G., Vignera R., a cura di (2012). *Sociologia e sociologia della salute: andata e ritorno*, Salute e Società, 2. Milano: FrancoAngeli.
- Good B.J. (1994). *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino: Einaudi.
- Hughes E.C. (2010). *Lo sguardo sociologico*. Bologna: Il Mulino. (ed orig. 1984. *The Sociological Eye*. New Brunswick: Transaction Publishers).