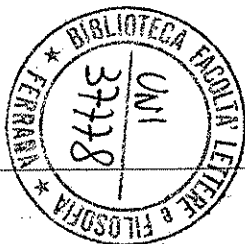


# Sociologia della salute

A cura di

Massimiano Bucchi e Federico Neresini

05-4275946



I lettori che desiderano  
informazioni sui volumi  
pubblicati dalla casa editrice  
possono rivolgersi direttamente a:

Carocci editore

via Sardegna 50,  
00187 Roma,  
telefono 06 42 81 84 17,  
fax 06 42 74 79 31

Visitateci sul nostro sito Internet:  
<http://www.carocci.it>



Carocci editore

# I

## Salute, malattia e medicina: lo sguardo sociologico

di Federico Neresini

Fra le grandi trasformazioni che hanno accompagnato l'avvento della modernità c'è sicuramente l'affermazione della medicina come sapere scientificamente organizzato e come istituzione sociale differenziata, gestita da professionisti cui affidare il contrasto della malattia, sia per intervenire con una cura quando si sia già manifestata, sia per programmare e realizzare piani d'azione finalizzati a prevenirla.

La transizione dalla società tradizionale a quella moderna, ovvero l'insieme dei cambiamenti generati sul piano economico, sociale e culturale dalla rivoluzione industriale e dalla stagione di enormi rivolgimenti che fra il XVIII e il XIX secolo hanno attraversato i paesi occidentali, è stata generalmente descritta dalla sociologia nei termini di un processo di crescente *differentiazione*. L'evoluzione verso la modernità ha portato alla progressiva sostituzione all'interno del sistema sociale di parti specificamente orientate ad assolvere i diversi compiti necessari al suo funzionamento, ovvero alla formazione di sottosistemi specializzati funzionalmente<sup>1</sup>. L'insieme delle attività svolte in passato con la regia di pochi e ben integrati centri organizzativi è andato via via ridistribuendosi in un complesso di organizzazioni che, sottraendo potere e competenze a quelle preesistenti, ne creavano di nuove.

Tra queste possiamo sicuramente annoverare la medicina. In quanto istituzione sociale deputata alla cura della malattia e alla tutela

1. Così, per esempio, mentre nelle società tradizionali l'organizzazione familiare provvedeva non solo ad assicurare ai suoi componenti il sostentamento materiale e affettivo, ma era anche luogo di trasmissione di conoscenze, di cura degli ammalati e di regolazione dei conflitti, nelle società funzionalmente specializzate le imprese e le istituzioni ad esse collegate sono deputate alla produzione di beni e servizi, la scuola si occupa dell'istruzione, i servizi sociali e sanitari si prendono cura di una parte considerevole della nostra salute, lo Stato e il sistema politico della regolazione dei conflitti, in modo tale che alla famiglia rimane una parte della funzione riproduttiva mentre viene enfatizzata la sua importanza affettiva.

della salute, la medicina ha infatti assorbito funzioni precedentemente assolute dalla famiglia e dalle istituzioni religiose in via pressoché esclusiva.

Certo, persone che per il benessere del corpo e dello spirito ricorrevano a specifiche pratiche e a un sapere comunque codificato ci sono sempre state; eppure la medicina, così come noi oggi la conosciamo, costituisce una novità che si manifesta solo in concomitanza della modernità e ne costituisce una delle espressioni più caratteristiche. Le parole che usiamo sono in buona parte le stesse, ma il loro significato è profondamente mutato: medico, medicina, salute, malattia, ambulatorio, laboratorio, ospedale, cura, guarigione, dolore... si scrivono e si pronunciano sempre nello stesso modo, ma trasciano con loro attese, convinzioni, paure, comportamenti e presupposti affatto diversi — per quanto certo non univoci — rispetto a un passato in fondo non molto lontano. E per di più si tratta di un intreccio quanto mai complicato, in cui gli slittamenti di significato di un termine implicano la contemporanea ridefinizione di tutti gli altri, indissolubilmente legati da un comune destino. Diventa così assai impegnativo scorgerne perfino le trame più grossolane<sup>2</sup>, anche perché l'ordito rimane strutturalmente impigliato nei retaggi di un passato questa volta remoto, in cui emozioni spesso recondite si confondono con elaborazioni culturali estremamente diversificate, che il tempo ha provveduto a stratificare e ad avvolgere le une sulle altre. Così la nostra medicina, insieme a ciò che chiamiamo salute e malattia, si trova continuamente a fare i conti con tradizioni, saperi e significati di cui abbiamo magari smarrito la memoria, ma che per questo non sono meno decisivi nell'orientare scelte, nell'attivare comportamenti e sollecitare aspettative. Che non si tratti di semplici incrostazioni, di rimasugli occasionali e comunque marginali rispetto a un corpus consolidato e coerente viene confermato dalla constatazione che «la medicina occidentale contemporanea, nelle tendenze di fondo, appartiene allo stesso modello teorico dell'esorcismo cristiano; oppure ancora, che l'«antipsichiatra» fa parte, non analogamente o per una vaga aria di famiglia, ma strutturalmente, dello stesso modello delle pratiche sciamaniche» (Laplantine, 1986, p. 43). Di conseguenza, «il medico preistorico di tipo sacerdotale, il medico ipocra-

2. Ciò risulta estremamente chiaro, ad esempio, seguendo il tentativo di classificazione proposto da Laplantine (1986).

3. Del resto è la stessa scienza moderna a condividere tensioni e prospettive con le tradizioni conoscitive che l'hanno preceduta, come, per esempio, ha mostrato David Noble (1997) nella sua ricostruzione degli archetipi religiosi che stanno alla base della moderna concezione tecnico-scientifica.

tico che cura razionalmente osservando con occhio imparziale il complesso dell'uomo e la sua situazione, il medico medievale aggrappato alle concezioni speculative derivanti dall'autorità, tutti costoro sono stati soppiantati da secoli dal moderno medico scienziato [...]. Ma, sensato o folle che sia, tutti i tipi del passato sono pur sempre ancora presenti e nuovamente attivi» (Jaspers, 1986, p. 1).

Difficile dunque descrivere l'insieme delle trasformazioni che hanno dato vita alla medicina moderna e ai suoi sviluppi più recenti, specie se questo compito viene affrontato entro i limiti angusti di un capitolo introduttivo. Ne proponiamo, tuttavia, una sommaria ricostruzione, nell'intento di far intravedere almeno le traiettorie più evidenti seguite dai processi di cambiamento che hanno portato alla nascita e al consolidamento della medicina moderna e di fornire, in questo modo, il contesto generale entro cui si colloca la riflessione sociologica su questo tema.

## 1.1

### Nascita ed evoluzione della medicina moderna

I passaggi salienti che conducono alla formazione e al consolidamento della medicina moderna sono per la gran parte riconducibili, da un lato, al suo progressivo organizzarsi come professione e, dall'altro, alla sua crescente dipendenza dallo sviluppo del sapere scientifico. Ovviamente i due processi sono fortemente interconnessi, al punto da poterli considerare come due facce della stessa medaglia.

#### 1.1.1. La medicina della modernità

Dal punto di vista sociologico, la nascita di una professione in senso moderno viene identificata dalla presenza di tre fattori: *a)* la definizione di uno specifico percorso di formazione realizzato da strutture riconosciute come competenti e adeguate; *b)* il controllo dell'accesso e dell'esercizio della professione da parte delle stesse organizzazioni professionali; *c)* l'idea che l'attività professionale si specializzi e venga istituzionalizzata come logica conseguenza della divisione del lavoro — o differenziazione — necessaria al funzionamento del sistema sociale e che corrisponda dunque a un servizio al quale si viene in certo qual modo chiamati per il bene della collettività.

Tutte queste caratteristiche sono facilmente individuabili nell'evoluzione della moderna medicina. I medici moderni vincono progressivamente la lotta che li contrapponeva a maghi e guaritori, divenendo titolari esclusivi del settore di attività finalizzato alla cura del corpo e della

mentre<sup>4</sup>, inoltre il predominio pressoché totale di questo ambito viene culturalmente legittimato sulla base di un "orientamento al servizio" verso le persone, specie quelle in qualche modo sofferenti; che si configura come la risposta a una vera e propria "vocazione"<sup>5</sup>.

Sotto questo profilo, l'esercizio della medicina come professione si inserisce nei processi di transizione verso la modernità non solo per quanto riguarda il campo specifico della definizione, studio e cura della malattia, ma anche della società nel suo complesso. Non è infatti un caso che l'analisi dello sviluppo e della configurazione della professione medica venga assunto dalla sociologia come archetipo della *professione* in termini generali. Come vedremo in séguito, ciò vale in modo particolare per l'analisi svolta dal sociologo statunitense Talcott Parsons.

Assumendo le caratteristiche di una moderna professione, la medicina tende a standardizzare una quota crescente delle proprie attività, che i medici possono così delegare ad altri. Tale processo di delega si sviluppa sostanzialmente in due direzioni.

Per un verso, la formalizzazione di pratiche originariamente realizzate attraverso l'abilità del singolo medico consente sia il loro trasferimento in appositi apparati tecnologici, specie in ambito diagnostico, sia una più agevole trasmissione durante il percorso di formazione delle nuove leve. Dall'altro, parte considerevole del lavoro di *routine* del medico e dei suoi collaboratori viene svolto da organizzazioni per questo scopo specificamente istituite - i singoli ospedali, ambulatori, labo-

4. In verità, come accade quasi sempre per le grandi trasformazioni sociali, si tratta di un cammino assai lungo, che inizia durante il medioevo con la nascita delle corporazioni. È significativo per esempio ricordare che già Federico II, nel 1231, aveva concesso la facoltà di esercitare la medicina solo a coloro i quali potevano esibire il diploma rilasciato dallo *Studium generale* della Scuola di Salerno (Cosmolini, 1997, p. 178). E pur tuttavia è solo nel corso degli ultimi due secoli che la medicina diventa professione in senso proprio. È necessario inoltre tenere presente che la sociologia ha fornito diverse interpretazioni del processo di formazione delle professioni così che, a fianco di quella orientata nella prospettiva strutturale-funzionalista adottata da Parsons, si può, per esempio, trovare quella proposta nell'ambito di una visione più conflittuale dei fenomeni sociali. Per il primo la nascita della professione medica deriva dalla naturale evoluzione dei sistemi sociali interessati da processi di differenziazione e trova giustificazione nella specializzazione del sapere, mentre per gli autori che si riconoscono nel secondo approccio l'affermazione della medicina come professione è il frutto di un conflitto fra diversi gruppi che ha visto infine prevalere i medici. Per una esauriente rassegna su questi temi cfr. Abbatecola, Melocchi (1977); Maccacaro, Martinelli (1977); Coburn, Willis (2000).

5. Max Weber, il sociologo che per primo ha analizzato in modo compiuto il nesso esistente fra la forma organizzativa per eccellenza delle società moderne - il capitalismo - e lo sviluppo delle professioni, usa il termine *Beruf* che, in tedesco, assume, per l'appunto, il duplice significato di professione e di vocazione.

ratori di analisi, centri di ricerca e la struttura che li integra nei vari sistemi di *welfare* dei diversi stati - seguendo quella logica della razionalizzazione burocratica che, secondo Max Weber, contraddistingue la linea evolutiva delle società moderne<sup>6</sup>. La medicina acquisisce in questo modo tutti i vantaggi, ma anche tutti i limiti, di una moderna burocrazia. Se infatti il principio organizzativo della burocrazia permette di integrare in modo efficiente insieme assai estesi di azioni individuali motivate nei modi più diversi e dunque di sollevare il singolo dalla responsabilità, tanto morale quanto pratica, di assolvere una serie di compiti necessari al raggiungimento di un determinato obiettivo, lo stesso Weber mostra come simili "vantaggi" scontino l'introduzione di un sistema di vincoli che finisce per costringere gli individui all'interno di una "gabbia d'acciaio" organizzativa, la quale non solo riduce la loro libertà d'azione, ma si traduce anche in rigidità che impediscono all'organizzazione burocratica di adeguarsi alle diversità dei bisogni individuali. Così, gli stessi principi che costituiscono la base del successo dell'organizzazione razionale del lavoro - la netta separazione tra funzione e soggetto che la svolge, ovvero la perfetta intercambiabilità di chi svolge un determinato compito con altri soggetti parimenti qualificati, la rigida suddivisione gerarchica e la definizione rigidamente formale delle mansioni e delle competenze mediante leggi e regolamenti - nascondono l'insidia dell'inefficienza che si manifesta nella deresponsabilizzazione derivante dalla spersonalizzazione delle funzioni e nella tendenza a privilegiare l'autoriproduzione piuttosto che l'utilità dei servizi erogati. Non è difficile vedere come l'analisi weberiana della burocrazia si possa applicare ai diversi sistemi sanitari nazionali oppure alle varie organizzazioni ospedaliere o territoriali, un esercizio che lasciamo volentieri al lettore (cfr. CAP. 2)<sup>7</sup>.

Infine, nel processo di istituzionalizzazione della professione medica non va dimenticato il ruolo giocato dalla nascita e dal consolidamento delle grandi imprese farmaceutiche, oggi divenute in molti casi multinazionali, nate fra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento. Il funzionamento di un "mercato" farmaceutico richiede infatti l'esistenza di una domanda costante e in qualche modo prevedibile come solo una medicina istituzionalizzata può garantire; di converso, le istituzioni sanitarie entro cui viene esercitata la professione del medico sono a loro volta con-

6. Per una introduzione al concetto di *razionalizzazione* e al suo rapporto con quello di *burocrazia* nel contesto della riflessione di Weber cfr. Jedlowski (1998). Un tentativo di utilizzare le categorie weberiane per l'analisi di fenomeni contemporanei, alcuni dei quali riferiti alla cura della salute, si trova in Ritzer (1996).

7. Per qualche suggerimento cfr. fra gli altri, Ardigò (1997, pp. 136-45).

dizionate dalle pressioni provenienti da tale mercato e, almeno in parte, sostenute dai beni (i farmaci, gli strumenti diagnostici e chirurgici) e dalle risorse — finanziarie, ma anche di relazione — che esso produce.

Il trasferimento di compiti e funzioni dal medico ad apparati tecnologici e organizzativi viene ovviamente favorito dalla progressiva convergenza degli interessi e delle modalità di azione della medicina verso gli scopi e i metodi della scienza.

Il movimento che porta all'affermazione della medicina scientifica si confonde con quello che è all'origine della stessa scienza moderna, ma diviene particolarmente intenso nel periodo compreso fra il Settecento e l'Ottocento. Lo testimonia il successo dell'opera di personaggi come Louis Pasteur (1822-1895), Robert Koch (1843-1910), Claude Bernard (1813-1870) e Rudolf Virchow (1821-1902).

I primi due nomi sono legati, insieme ad altri, alla nascita della microbiologia e allo sviluppo di una medicina fortemente condizionata dalle acquisizioni di questa nuova disciplina. Nella seconda metà dell'Ottocento questa impostazione consente alla medicina di ottenere numerosi successi che, mostrando la genesi batteriologica di numerose malattie, introducono una vera e propria svolta nella direzione dell'immunologia. La capacità di identificare con precisione gli agenti patogeni e le tecniche in grado di contrastarli mediante il ricorso al metodo scientifico, in particolar modo alla sua applicazione nelle sperimentazioni di laboratorio, favorisce ovviamente il movimento verso la medicina scientifica e rafforza la convinzione che sia possibile associare a ciascuna malattia una causa precisa e univoca di tipo biologico. In questo modo la medicina tende a privilegiare in misura crescente un modello di spiegazione della malattia sempre più ripiegato verso l'interno dell'organismo del malato e sempre meno interessato alle sue relazioni con l'esterno, tanto sotto il profilo delle condizioni ambientali quanto sotto il profilo delle relazioni sociali.

Non che manchi la consapevolezza dell'importanza di tali fattori, anzi Pasteur, per esempio, non può non constatare che «i microrganismi patogeni possono batterarsi in fattori contrari al loro sviluppo» e che dunque «la loro forza è maggiore o minore a seconda dell'ambiente»; ma la forza dell'idea «singola causa — singola malattia» è tale da far prevalere il modello basato sulla relazione esclusiva di causa-effetto del microbo sull'organismo, relegando in secondo piano le cause di tipo ambientale (Laplanche, 1986, pp. 69-70). Inoltre, nel periodo di affermazione della medicina scientifica e di laboratorio il movimento degli igienisti è ancora piuttosto forte, mentre si sta consolidando, specie in Inghilterra e in Germania, il movimento della medicina sociale. L'esplosione della miseria e della povertà nelle grandi città industriali e

nella campagne a seguito della rivoluzione industriale spinge infatti molti medici, specie condotti, a indagare sull'ipotesi che possa esistere una relazione fra il diffondersi di certe malattie e le condizioni di denutrizione, povertà e ignoranza. Nel contempo gli stessi medici, non di rado potendo contare sull'appoggio di movimenti politici, sociali e sindacali, si adoperano per cercare di rimuovere quelle che vengono riconosciute come le con-cause sociali delle malattie. Tra questi, per esempio, Rudolf Virchow «cercò di convincere il governo prussiano che esisteva una connessione fra l'epidemia di tifo nell'Alta Slesia e le abiette condizioni di povertà e di marginalità in cui vivevano, in quella regione, i minatori e le loro famiglie. E come medico raccomandò migliori salari, istruzione e trasporti, per migliorare le condizioni materiali e spirituali di quelle popolazioni» (Ardigò, 1997, pp. 48-9). Ma lo stesso Virchow sosteneva di contro che, in linea generale, fare il medico significava «vagliare attraverso l'accertamento di sintomi lo stato di salute, decidere se c'è qualcosa di patologico e in quale parte nell'organismo umano, prescrivere un trattamento che, là dove non chirurgico, è quasi sempre di tipo farmacologico»<sup>8</sup>.

Erano dunque già chiaramente evidenti i segni dell'affermazione di quello che diventerà l'orientamento dominante nella medicina moderna: la malattia viene definita e affrontata a partire dall'assunto per cui «ogni alterazione funzionale, tradotta in sintomo, corrisponde necessariamente un'alterazione organica» in combinazione con il presupposto in base al quale «la lesione organica deriva sempre da una — e tendenzialmente una sola — causa precisa» (Laplanche, 1986, pp. 50-1). Il metodo migliore per indagare sulle cause delle malattie è quello scientifico, applicato tanto nell'osservazione del decorso della malattia sui corpi dei pazienti, meglio se ordinatamente riuniti nelle corsie degli ospedali, quanto nell'investigazione a livello microbiologico.

A questo si aggiunge il prevalere della convinzione che l'agente patogeno, proveniente dall'esterno, agisce come un elemento di rottura dell'equilibrio fisiologico — il normale funzionamento — del corpo umano, e parallelamente, della sua reazione finalizzata a ristabilire l'ordine funzionale. La lesione organica diviene così il prodotto di un disordine funzionale, per quanto innescato da agenti esterni. L'idea della malattia come «rottura dell'equilibrio fisiologico» resta dunque compatibile con quella della malattia come «lesione organica tendenzialmente monocausale»; anzi, le due prospettive si integrano in una visione della malattia di grande successo.

8. Il passo è citato in Von Engelhardt (1993), *La medicina di fronte alla sfida antropologica*, in *L'arco di Giano*, 1, pp. 21-40.

Decisiva in questo senso fu la spinta proveniente da Claude Bernard, tanto sul piano della ricerca empirica, quanto su quello della riflessione teorica.

Assumendo i principi della fisica e della chimica quale fondamento e orientamento della ricerca in campo medico, il fondatore della moderna fisiologia sancisce lo spostamento sul versante quantitativo, a scapito di quello qualitativo, della medicina scientifica: esiste una continuità fra malattia e salute, non più considerate come due diverse qualità in lotta fra loro, ma come semplici modificazioni fisiologiche, ovvero graduazioni dell'una rispetto all'altra. Patologico è tutto quanto si discosta dal normale, e questa alterazione da uno stato all'altro può essere misurata (Laplantine, 1986, p. 57). La medicina può dunque ricostruire con precisione i meccanismi e gli effetti a catena che, dalla rottura dell'equilibrio funzionale, portano alle lesioni organiche e dunque alla malattia.

La possibilità di localizzare la causa della malattia che la medicina acquisisce per questa via offre due grandi vantaggi: le malattie sono circoscrivibili e la loro rappresentazione diviene più rassicurante, dal momento che la persona del malato viene salvaguardata a scapito di una sua parte, su cui si può agire in modo specifico mediante farmaci appropriati o, al peggio, rimuovendola per via chirurgica. L'origine della lesione organica o del disordine funzionale è inoltre indipendente dal malato, proviene dall'esterno e la medicina può non solo identificarla, ma anche contrastarla, sia impedendo l'accesso all'organismo sano, sia rimuovendola da quello già da essa disturbato (Laplantine, 1986, pp. 52-70). Il malato è dunque "vittima" della malattia e pertanto non responsabile del suo stato: scientificamente accettabile come involontario; e il medico è, nel medesimo istante, colui che certifica oggettivamente la causa della malattia in quanto diversa e indipendente dall'individuo ammalato, e colui che lo può restituire alla normalità, ripristinando l'equilibrio salutare delle sue funzioni organiche.

La malattia viene dotata di un'essenza, di una propria identità che entra in conflitto con quella dell'ammalato, la quale, per di più, non coincide con la macchina organica del suo corpo, ma si identifica nella rappresentazione secolare dell'anima, la sua mente, in ossequio all'ormai preponderante visione dualistica cartesiana (Laplantine, 1986, p. 49).

Su queste basi prende forma il cosiddetto "modello biomedico", ovvero l'insieme dei presupposti generali che fanno da riferimento all'organizzazione e alla pratica della professione medica moderna, magari facendo torto alle sue pur non trascurabili differenze interne. Oltre alla appena menzionata distinzione fra corpo e mente di derivazione cartesiana, il modello biomedico assume al proprio interno i tratti tipici della concezione scientifica ottocentesca — ovvero la netta

separazione fra soggetto e oggetto, la prevalenza della prospettiva analitica e dunque quantitativa piuttosto che di quella olistica e qualitativa — e li coniuga alla concezione tendenzialmente monocausale del nesso che unisce ciascuna manifestazione patologica a specifiche lesioni organiche.

Alla configurazione della biomedicina concorre, e ne è insieme espressione, anche la trasformazione degli ospedali che si era nel frattempo avviata. Da luogo di mera cura e assistenza essi diventano strutture che affiancano al sostegno degli infermi l'osservazione clinica sistematica e la sperimentazione scientifica. La nascita della clinica, intesa sia come pratica medica, sia come nuova organizzazione dell'ospedale, ruota attorno ad alcuni punti-chiave che riescono a imporsi grazie alla diffusione della pratica dell'autopsia e alla progressiva affermazione del pensiero scientifico nella cultura moderna, ovvero di una delle condizioni necessarie affinché l'intrusione autoptica nei corpi potesse risultare accettabile<sup>9</sup>.

Innanzitutto i medici, come abbiamo già evidenziato, iniziano a concepire la malattia come il prodotto di specifiche lesioni organiche anziché come il risultato di sintomi confusamente collegabili fra loro; nello stesso tempo, il luogo di ricovero dei malati, l'ospedale, viene organizzato e gestito anche come spazio deputato allo studio della malattia e alla sperimentazione diagnostica e terapeutica, utilizzando in misura crescente nuove tecniche di investigazione rituite nella cosiddetta "diagnosi differenziale" quali l'auscultazione, la palpazione e la percussione (Shorter, 1984, pp. 63-6)<sup>10</sup>. Si pongono in questo modo le premesse per il definitivo abbandono dei quadri teorici cui la medicina aveva fino ad

9. L'acquisizione nel dominio della cultura moderna dei presupposti che fondano la prospettiva scientifica fa sì che «l'occhio diventa il depositario e la fonte della chiarezza» e apre «la possibilità per l'individuo d'essere insieme soggetto e oggetto della sua propria conoscenza» (Foucault, 1965, p. 210). Si deve a Foucault la ricostruzione e l'analisi che profonde trasformazioni che conduce alla nascita della clinica moderna e l'analisi che mostra come questa evoluzione dello sguardo medico faccia da sfondo alla nascita delle scienze sociali. Su questo punto cf. anche il PAR. 4. L'altro grande cambiamento culturale che favorisce l'accesso dello sguardo medico all'interno del corpo umano è collegabile alla penetrazione dell'idea cartesiana circa la separazione ontologica fra anima/mente e corpo: essendo infatti due entità diverse, in cui la seconda costituisce il merito supporto/contentitore della prima, la distruzione del corpo derivante dall'autopsia non rappresenta più una minaccia per l'incolumità dell'anima/mente una volta che questa l'abbia abbandonato.

10. Per l'introduzione di tecniche d'indagine più raffinate bisognerà tuttavia attendere i primi anni del Novecento quando lo sviluppo della radiologia, della misurazione della pressione arteriosa e dell'elettroencefalogramma aprirà la strada verso il sempre più ampio ricorso alla tecnologia che contraddistingue la medicina contemporanea.

allora fatto riferimento: la teoria degli umori e gli altri sistemi speculativi che l'avevano seguita<sup>11</sup>.

L'affermazione della medicina scientifica induce però altri due effetti destinati a produrre conseguenze considerevoli.

Da un lato, prende avvio il processo che condurrà all'imponente tecnologizzazione della professione odierna, un aspetto di cui torneremo a occuparci fra breve; dall'altro, diviene sempre più netta la separazione fra la medicina e quell'insieme di pratiche variamente definite come medicina alternativa, medicina non convenzionale, altra medicina<sup>12</sup>. Si tratta, in realtà, di un complesso di concezioni e di tecniche estremamente eterogenee, accomunate però dal fatto di discostarsi esplicitamente dall'impianto scientifico della medicina o di non essere riconosciute come scientifiche e, dunque, di non essere ritenute in possesso del requisito basilare per poter entrare a far parte della medicina convenzionale. In questo senso la distinzione fra medicina convenzionale e medicina non convenzionale può essere interpretata come espressione della più generale distinzione fra scienza e senso comune che si è culturalmente radicata proprio durante il periodo di istituzionalizzazione della medicina moderna. Il fatto che tale distinzione sia, almeno nel caso della medicina, il risultato piuttosto artificioso di una separazione socialmente e culturalmente costruita diviene evidente nel momento in cui si consideri non solo quanto poco scientifica si sia non di rado dimostrata la medicina convenzionale — al punto, per esempio, da far nascere l'esigenza di sviluppare una *evidence based medicine* nel corso degli ultimi vent'anni<sup>13</sup> — ma anche quanto la medicina non convenzionale sia ormai parte integrante del repertorio professionale di numerosi medici convenzionali (Secundulfo, 1987).

Tuttavia la medicina moderna si è senza dubbio accreditata come medicina scientifica e, in quanto tale, come una disciplina in cui sapere e pratiche hanno fondamenti e validità diversi e superiori rispetto alle altre possibili forme di terapia. Non sono certo mancate le critiche nei confronti di tale presunta superiorità, per esempio cercando di dimo-

11. Sulla teoria degli umori e altri sistemi speculativi in medicina cfr., fra gli altri, Cosmichini (1997) e Grmek (1993).

12. Per un approfondimento si vedano i suggerimenti inseriti nello specifico percorso bibliografico alla fine del capitolo.

13. La "medicina basata sull'evidenza" si propone di studiare scientificamente vecchi e nuovi rimedi allo scopo di valutarne l'effettiva utilità clinica, oltre che la convenienza sotto il profilo dei costi. Qualche esempio di comportamento scarsamente "scientifico" della medicina convenzionale si trova in Skrabanek, McCormick (1989) e in Cagliano (1993).

strare che una parte considerabile di quelli che si tende naturalmente a immaginare come suoi successi siano in realtà il prodotto di cambiamenti non riconducibili ad essa. Così, i miglioramenti riscontrati a livello di condizioni generali di salute e di prolungamento dell'attesa di vita sono più correttamente attribuibili all'innalzamento degli standard alimentari e delle condizioni igieniche piuttosto che alle campagne di vaccinazione e alla disponibilità di nuovi farmaci (McKeown, 1976).

Nonostante i successi della medicina scientifica siano stati spesso ingiustamente enfatizzati, non deve essere per questo trascurato il fatto che la medicina moderna ha trovato ragioni di affermazione anche in virtù dei suoi successi, a partire dall'efficacia dei vaccini che consentono di avviare le popolazioni dei paesi industrializzati verso la cosiddetta "transizione epidemiologica", ovvero il progressivo superamento delle epidemie e la loro sostituzione con malattie croniche e degenerative di ampia diffusione.

La medicina acquisisce grandi capacità di contrasto, se non di completa guarigione, nei confronti di malattie che fino a quel momento avevano sempre avuto la meglio. Specie con la scoperta e l'impiego su vasta scala di sulfamidici e antibiotici dopo la seconda guerra mondiale, i medici divengono potenti come mai lo erano stati: pressoché debellate o comunque fortemente circoscritte le malattie infettive, scomparse le epidemie, sviluppati strumenti diagnostici di grande efficacia, sperimentate tecniche chirurgiche di crescente raffinatezza che consentono di ottenere risultati sorprendenti sullo sfondo di una considerevole riduzione dei rischi di insuccesso dopo l'introduzione della asepsi<sup>14</sup>, la moderna medicina inizia ad accarezzare il sogno di poter definitivamente sconfiggere la malattia.

Una medicina diventata potente contribuisce, inoltre, a trasformare anche il ruolo del malato, in concomitanza con i cambiamenti di carattere generale che spingono le società moderne a porre in primo piano l'individuo rispetto alla comunità, il soggetto invece che la collettività, il singolo isolato piuttosto che la rete delle relazioni in cui si trova inestricabilmente inserito. La predominanza di malattie croniche e degenerative non trasmissibili, come le malattie cardio-vascolari o il diabete, rinforza non questo processo di individualizzazione, del resto già iniziato, sul versante più strettamente medico, con la diffusione della prima malattia dai tratti tipicamente moderni, la tubercolosi (Herzlich, Adam, 1994, P. 32) (cfr. CAP, 4).

14. Nel 1867 il chirurgo inglese Lister pubblicò il suo metodo per ottenere l'asepsi chirurgica. Da ricordare inoltre che pochi anni prima si era assistito anche a un notevole sviluppo dell'anestesia.

1.1.2. Il sogno infranto

L'idea che vita, morte e infermità possano essere scientificamente dominate e pacificate costituisce, secondo Daniel Callahan, l'origine dei peccati della medicina moderna. Essi derivano, a suo parere, dalla radicata convinzione che il raggiungimento di questo orizzonte utopistico richieda «soltanto una scienza rigorosa e zelante, una saggezza paziente, grosse disponibilità finanziarie per la ricerca e il sostegno dello Stato» (Callahan, 1998, p. 23). Ma il sogno della medicina moderna – proseguita nella sua serrata requisitoria uno dei padri fondatori della bioetica (cfr. CAP. 7) – viene intracciato alle radici dalla sempre più evidente impraticabilità delle aspirazioni che ne hanno costituito il presupposto: dominare la natura per asservirla; ai progetti e ai desideri degli uomini, ritenere che esistano infinite possibilità di miglioramento della condizione umana e che dunque la medicina si muova verso uno sviluppo senza fine, giustificare l'aggressivo espansionismo che conduce la medicina a occupare un numero crescente di ambiti culturali e sociali in virtù della nobiltà dei suoi obiettivi (estirpare la malattia, la morte e la sofferenza) e della potenza dei suoi metodi, associati di fatto a quella della scienza<sup>15</sup>. Nel corso degli ultimi anni emerge infatti con grande chiarezza sia che aumentare gli investimenti nella sanità non significa elevare automaticamente la qualità della salute della popolazione<sup>16</sup>, sia che le risorse da

15. A proposito di questo "aggressivo espansionismo" Callahan osserva che «oggi, per esempio, rientrano fra gli obiettivi degli interventi della medicina le gravidanze delle adolescenti, l'abuso di sostanze tossiche, lo stress psicologico della vita quotidiana e la violenza [...]». Inoltre si usano i poteri della medicina per incrementare le possibilità di scelta e l'autonomia delle persone: basti pensare alla chirurgia estetica, al controllo delle gravidanze mediante la contraccezione e l'aborto sicuro, all'uso dell'ormone umano della crescita per aiutare i bambini ad avere una più elevata competitività sociale e alla diagnosi prenatale per selezionare il sesso del nascituro» (Callahan, 1998, p. 29) e, possiamo aggiungere, agli interventi di fecondazione assistita. A questo proposito è stata coniata l'espressione "medicina del desiderio" proprio per indicare la tendenza della medicina a soddisfare esigenze culturalmente imposte invece che concentrarsi sulla prevenzione e cura di ciò che non funziona nell'organismo umano. In sostanza una parte della medicina tenderebbe a modificare il nostro corpo più che a mantenerlo in salute o porre rimedio alle sue malattie. Sulla "medicina del desiderio" cfr. anche il CAP. 7.

L'espansionismo della medicina sarebbe implicitamente contenuto anche nella famosa definizione di salute adottata dall'OMS nel 1947: «La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non semplicemente l'assenza di malattie o di infermità». Sulle critiche a questa definizione cfr. Ardigò (1997, pp. 89-91) e Bellinguer (1994, pp. 19-20).

16. Sembra ormai accertato, per esempio, che oltre una certa soglia di spesa non vi sia più una correlazione fra aumento degli investimenti e aumento della qualità della salute nella popolazione, tanto è vero che «le nazioni occidentali più longeve, in termini di speranza media di vita alla nascita, non sono oggi quelle che spendono di più per la cura della salute» (Ardigò, 1997, pp. 21-7). Nello stesso tempo gli Stati Uniti risulta-

destinare al sostegno dei sistemi di *welfare* sanitario non sono illimitate e che gli stati non possono comunque sostenere impegni di spesa per la sanità più consistenti di quelli attuali, se non sottraendo risorse ad altri settori di eguale importanza come, per esempio, la scuola o la previdenza sociale. D'altro canto, anche se fosse possibile riservare alla ricerca biomedica e alla sanità una quantità di risorse molto più ampia, raggiungere il completo controllo della malattia e della morte rimane comunque un desiderio destinato ad alimentare delusioni dal momento che il corpo umano è per definizione corruttibile: «non solo noi non usciamo mai vivi da questo mondo, ma, a parte i casi di incidente, non usciamo mai vivi per effetto di una malattia letale risolutiva» (Callahan, 1998, p. 24). Certo alcuni miglioramenti, anche considerevoli, rispetto alla situazione attuale sono plausibili oltre che auspicabili; ma ciò non toglie che il sogno della medicina – il sogno del corpo perfetto e incorruttibile che oggi ha ricevuto una nuova spinta dagli sviluppi della genetica – sembra destinato a rimaner tale<sup>17</sup>.

Siano o meno condivisibili le riflessioni di Callahan, esse costituiscono comunque un utile introduzione al paradosso più evidente della medicina moderna: nel momento in cui la capacità dei medici di intervenire per curare e prevenire le più diverse malattie raggiunge livelli mai così elevati e sorprendenti, la medicina scientifica viene messa sempre più in discussione, al punto che si ribadisce in continuazione la necessità di riforma, se non addirittura di cambiarla radicalmente. In sostanza, proprio quando la medicina moderna mostra tutta la sua potenza, l'insoddisfazione nei suoi confronti risulta parimenti cresciuta (Jaspers, 1986, p. 45).

Alla base di questo paradosso e, in generale, dell'oderna condizione della medicina scientifica, si possono rinvenire una serie di trasformazioni che, a partire dalla seconda metà del secolo scorso, ne hanno profondamente ridisegnato la fisionomia.

Per iniziare possiamo considerare un fatto che è ormai sotto gli occhi di tutti: l'iperspecializzazione del sapere e della pratica medica. Hanno concorso a determinarla diversi fattori, derivanti dallo sviluppo della medicina come professione organizzata all'interno dei moderni sistemi di *welfare* e dalla replicazione in ambito medico delle suddivisioni disci-

no, fra le nazioni industrializzate, il paese dove la più elevata spesa sanitaria corrisponde alla minore qualità della salute della popolazione (Callahan, 1998, pp. 12); cfr. anche Bellinguer (1994); Vines, Capri (1994).

17. Sull'utopia di un corpo perfetto, sano ed eterno cfr. Noble (1997, pp. 228-67). In questo modo la medicina ha giocato un ruolo di primo piano nel processo di rimozione della morte dal nostro orizzonte culturale (cfr. CAP. 10).



plinati che caratterizzano la ricerca scientifica. Tale esito si può anche interpretare come una delle espressioni del più generale processo di differenziazione che abbiamo visto essere insieme conseguenza e causa della transizione alla modernità. In questa prospettiva, risulta subito chiaro come la medicina abbia ereditato tutti i vantaggi e i limiti della moderna spinta verso la specializzazione: estrema profondità conoscitiva e grande capacità d'intervento nell'ambito specifico da un lato, perdita della visione d'insieme e sottovalutazione degli effetti derivanti dalla combinazione di fattori altrimenti considerati in modo isolato, dall'altro. Nel caso della medicina, peraltro, l'unità in cui si ricompongono gli elementi separati dalla frammentazione specialistica assume una valenza del tutto particolare e per noi estremamente significativa poiché coincide con la persona ammalata e con la rete delle relazioni in cui si trova inserita. Così il risvolto negativo più evidente dell'iperspecializzazione medica viene riconosciuto nella spersonalizzazione del rapporto medico-paziente, nella riduzione del malato alla sua malattia e, dunque, alla lesione organica a cui essa viene ricondotta: gli ortopedici si occupano di ossa e di articolazioni, gli oculisti di occhi, i nefrologi di reni e via a seguire, ma nessuno sembra occuparsi del paziente in quanto tale. È vero che esistono specialità di orientamento generale, come la medicina interna, la geriatria e la medicina di base, ma nel momento in cui il quadro clinico evidenzia una specifica patologia, il paziente viene normalmente affidato allo specialista competente. Senza contare poi che anche all'interno delle discipline "generali" esiste comunque una suddivisione del lavoro spesso assai rigida, alla stessa stregua di quanto avviene per le discipline "specialistiche".

Conseguenze negative sul piano della relazione medico-paziente derivano anche dalla sempre più pervasiva tecnologizzazione della medicina moderna. Sul versante diagnostico è stato infatti osservato come la crescente delega ad apparati tecnologici di azioni in precedenza affidate all'abilità del medico abbia potenziato le sue possibilità conoscitive, ma abbia anche contribuito a rendere sempre più mediata la relazione con il paziente, ovvero sempre più indiretto e distaccato il loro contatto. A partire dall'introduzione dello stetoscopio, «il medico, dal contatto diretto col malato e con il suo ambiente, è passato per gradi a un rapporto sempre più mediato: una mediazione tecnologica spesso esasperata ed esauriente, che tende a chiudere gli spazi che spettano alla persona. La scienza positivamente applicata si è riflessa in una antropologia negativamente gestita» (Cosmacini, 1998, p. 5). La situazione sembra essersi deteriorata al punto che, da qualche anno, il coro di voci critiche si fa sempre più insistente anche all'interno della stessa medicina convenzionale per segnalare sia le disconomie derivanti dal

ricorso frequente a tecnologie diagnostiche costose e spesso inutili o che potrebbero essere sostituite efficacemente dalla diagnostica manuale, sia il disagio avvertito dai pazienti a causa della mancanza di contatto fisico con il medico che viene sempre più interpretato come distacco e disinteresse.<sup>18</sup>

Nel contempo, sul versante terapeutico, la disponibilità di tecnologie sempre più avanzate ha consentito interventi fino a pochi anni prima impensabili, ma ha anche alimentato attese non sempre sostenibili, sia sul piano economico, sia sul piano dei risultati sperati dai pazienti. Così, «il boom tecnologico della medicina contemporanea e il corrispettivo incontenibile aumento della spesa sanitaria rischiano di essere pagati, oltreché da un decremento di redditività di questa spesa in termini economici, da una crescente insoddisfazione degli esercenti e soprattutto degli utenti in termini di benessere» (Cosmacini, 1998, p. 5)<sup>19</sup>.

Vale forse la pena di notare che la proliferazione della tecnologia diagnostica e terapeutica, mentre tende a rendere sempre più mediato il rapporto medico-paziente, ha reso nel contempo la stessa medicina uno dei più significativi mediatori del nostro rapporto con la tecnologia e la scienza nel loro complesso. La visione che oggi condividiamo della malattia e della medicina contiene infatti «alcuni nostri interrogativi e alcune nostre angosce fra le più acute di fronte a due tratti salienti dell'evoluzione sociale: il posto crescente occupato dalla scienza e dalla tecnica, e l'importanza del movimento verso la professionalizzazione». Fino a pochi anni fa, «l'individuo si integrava o si sentiva escluso dalla società attraverso la salute e la malattia. Oggi, il suo rapporto con il male è diventato, in un modo più esclusivo che nel passato, un rapporto con la medicina: con una "professionalità" che se ne fa carico, con un sapere e una pratica contrassegnate dall'impronta della scienza e della tecnica» (Hertzlich, 1983, pp. 193-4). La medicina è diventata la via di accesso forse più rilevante dei profani nei confronti di quel gigantesco "sistema esperto" costituito dalla scienza; attraverso la medicina tutti coloro i quali non hanno diretto accesso al misterioso mondo della ricerca scientifica e che pure percepiscono di essere fortemente condizionati da quanto vi accade, cioè la grande maggioranza delle persone, si fanno un'idea di ciò che la scienza rappresenta per la nostra società e possono decidere in quale misura accordarle fiducia o coltivare dubbi. Di

18. Una breve sintesi di questo dibattito si può trovare nell'articolo di Margherita Fronte pubblicato su "L'Espresso" del 26 agosto 1999 con il significativo titolo *Dottore, mi tocca!*

19. Per una rassegna sul tema della sostenibilità dello sviluppo tecnologico in medicina cfr. Callahan (1998, pp. 89-120).

converso, quanto più si diffonde un atteggiamento di sospetto o di aperta critica nei confronti della scienza, tanto più ne risente la fiducia che viene riposta nella medicina<sup>20</sup>.

La considerazione del fatto che «negli ultimi decenni i costi della tecnologia sono stati di gran lunga il fattore più significativo dell'aumento dei costi dell'assistenza sanitaria» (Callahan, 1998, p. 97) mette in luce un altro importante fattore di cambiamento della medicina moderna, ovvero la crisi di sostenibilità del modello di *welfare* sanitario che rappresenta - insieme alle organizzazioni professionali - l'espressione dell'istituzionalizzazione della medicina.

Ovviamente, il problema del contenimento della spesa sanitaria non trae origine solo dalla deriva tecnologica che rende la medicina moderna sempre più costosa. È necessario tener conto anche di altri fattori, come l'invecchiamento della popolazione e la crescita quantitativa e qualitativa della domanda di salute proveniente dalle popolazioni dei paesi industrializzati<sup>21</sup>.

Fra le cause dell'aumento della spesa sanitaria non dovrebbero poi essere dimenticate le conseguenze economiche derivanti dall'ampliamento degli ambiti di competenza della medicina. Il processo di "medicalizzazione" della società contemporanea ha ormai assunto dimensioni talmente imponenti che diventa difficile mostrarne le mille sfaccettature. Limitandoci alle manifestazioni più note possiamo qui richiamare la generale tendenza a utilizzare il sapere biomedico come criterio interpretativo e modello d'intervento nei confronti dei più diversi fenomeni sociali in qualche misura percepiti come "problematici"<sup>22</sup>: la tossicodipendenza, il suicidio, la violenza, tanto per citare alcuni esempi, diventano malattie e in quanto tali sono di immediata ed esclusiva competenza della medicina.

Tale tendenza viene alimentata dal potente effetto di rassicurazione che in questo modo si ottiene rispetto a ciò che viene percepito come minaccioso, come risulta evidente anche nelle espressioni tipicamente mediche cui facciamo ricorso in simili occasioni: controllare i flussi migratori significa "stendere un cordone sanitario", il problema della disoccupazione è un "cancro" che va estirpato, la pedofilia è un "male

20. A questo proposito il rimando quasi obbligato non può che essere alla riflessione di Giddens sulle condizioni di vita nei moderni sistemi sociali (Giddens, 1990).

21. Sulla crisi del *welfare state*, con riferimenti più o meno diretti al comparto sanitario, sono disponibili molte analisi e molte riflessioni. Fra queste segnaliamo Ardigo (1997); Donati (2000); Ferrara (1994, 1998); Ferrara, Zancone (1986); Flora, Heidenheimer (1986); Ritter (1998).

22. Sul processo di costruzione sociale dei "problemi sociali" cfr. Griswold (1994).

che va curato". La medicalizzazione viene d'altro canto incoraggiata dalla stessa medicina, facendo leva sull'idea che i successi ottenuti nel contrastare le lesioni organiche all'origine delle malattie siano parimenti raggiungibili nell'affrontare qualsiasi altro problema. Basterà lasciar fare ai medici: i quali hanno dimostrato di possedere un metodo efficace per individuare le cause dei problemi e dunque la loro soluzione. In questa prospettiva la medicalizzazione si può considerare come una delle espressioni del processo di secolarizzazione che, mentre sottrae alla religione il monopolio delle spiegazioni inerenti al dolore e alla morte, sposta sulla medicina una parte delle attese salvifiche e, nel medesimo istante, genera una fiducia religiosa nelle possibilità di guarigione messe a disposizione dalla ricerca medica (Binbi, 1994, p. 271). Ciò giustifica, fra l'altro, la delega che viene sovente affidata ai medici di fornire prescrizioni comportamentali e dunque etiche che riguardano ambiti di vita quotidiana e di esperienza soggettiva fino a non molto tempo fa riservati all'esclusivo dominio di altre istituzioni sociali - la famiglia, la Chiesa, la scuola - o dei singoli individui<sup>23</sup>.

Sotto l'egida della conservazione della salute, una salute divenuta a questo punto un concetto onnicomprensivo, la medicina ha così colonizzato, con il nostro consenso, anzi talvolta dietro nostra esplicita richiesta, ampi settori della nostra esperienza<sup>24</sup>. Per questa via, «la nostra vita quotidiana è diventata oggi il terreno per interventi di guarigione, in una misura che non ha paragone con le culture del passato. Invece di essere spazio di esperienza essa sembra trasformarsi in un campo di problemi: questi prendono la forma o la definizione di malattia (fisica, psicologica, relazionale) e danno luogo a interventi specialistici che operano secondo la logica "diagnosi-cura", o meglio "definitive della patologia-promessa di guarigione". I servizi socio-sanitari alimentano questa tendenza, proprio grazie all'estendersi delle politiche di prevenzione e degli screening di massa. Infatti questi interventi pro-

23. Significativo a questo proposito quanto è di recente avvenuto con la diffusione dell'Aids. In assenza di farmaci efficaci, la medicina ha dovuto far leva sulla prevenzione per contrastare l'epidemia ed essendo l'Aids, come noto, una malattia che si trasmette in buona misura per via sessuale, le prescrizioni preventive dei medici si sono trasformate immediatamente in precetti sulla buona condotta delle pratiche sessuali (usare il preservativo, fare attenzione ai rapporti occasionali, in taluni casi ridurre la frequenza di rapporti sessuali).

24. In questo senso la medicalizzazione corrisponde a una delle forme di colonizzazione dei mondi vitali - ovvero di quelle forme di relazione interpersonale improntate a una forte condivisione di riferimenti e alla piena comprensione - da parte delle forme di colonizzazione tipiche delle istituzioni sociali, vale a dire impersonali e orientate a uno scopo prettamente utilitaristico, che caratterizza le società complesse (Donati, 1987, pp. 88-9).

ducono effetti ambivalenti e in parte sfuggono alle intenzioni per cui vengono attivati [...]. Nella vita quotidiana l'effetto perverso delle politiche preventive è la moltiplicazione dei messaggi di allarme e l'estendersi di interventi volti a risolvere problemi che sono stati esaltati dall'allarme stesso» (Melucci, 1994, pp. 255-56).

Ma parallelamente all'erosione degli spazi di autonomia individuale da parte della medicina, si è assistito a un processo di progressiva riappropriazione da parte dei soggetti di un ruolo attivo nella gestione della salute. Non si tratta di fenomeni completamente contrastanti, dal momento che la responsabilizzazione dei soggetti di fronte ai compiti di tutela e a quelli di ripristino del loro benessere psico-fisico è, almeno in parte, uno degli esiti del fenomeno della medicalizzazione. Viviamo in società salutiste; immersi in una cultura che ci spinge a confrontarci continuamente con standard elaborati in buona misura dalla medicina, bombardati senza tregua da richieste di condurre una vita sana, di essere attenti alla dieta, di tenere sotto controllo il peso, la pressione arteriosa, la glicemia, la vista, la masticazione, di ascoltare e scrutare il nostro corpo senza interruzione alla ricerca di sintomi che potrebbero segnalare una disfunzione nascosta, "piccoli mali" che potrebbero preannunciare "grandi mali" (Melucci, 1991, pp. 78-81).

Mentre paghiamo con dosi aggiuntive di ansia questa condizione di perenne diagnosi, acquistiamo maggiori conoscenze e competenze, o anche la semplice illusione di possederle, comunque quel che basta per interpretare in termini più contrattuali il nostro rapporto con i medici e per sentirci in grado di divenire medici di noi stessi. Il paziente post-moderno è più attento e preoccupato dei suoi sintomi e più fermamente intenzionato rispetto al passato a ricorrere all'assistenza sanitaria per liberarsene qualora si facessero insistenti oppure a far da sé nei casi in apparenza meno gravi (Shorter, 1984, p. 165). I fenomeni dell'autodiagnosi e dell'autocura si diffondono a vista d'occhio: secondo l'ISTAT circa il 9% della popolazione fa ricorso a farmaci senza consultare il medico (ISTAT, 1996), una percentuale che sale al 25% nel caso della popolazione giovanile (Buzzi, 1994).

Non di rado, la domanda di autonomia e di maggiore autodeterminazione rispetto ai medici, percepiti come depositari di un sapere esoterico, trova sbocco in pratiche collettive che assumono la forma di associazioni di malati, gruppi di autocura e di autoaiuto.

In ogni caso, ciò che accomuna questi fenomeni collettivi alle spinte verso l'autodeterminazione del singolo paziente è che «la tecnica e il sapere medico vi sono messi in causa ma, più ancora, ciò che si rifiuta è il rapporto di dipendenza dal medico. Il "professionista" non deve più decidere da solo e imporre la sua visione del male» (Herzlich, 1983, p. 198).

Inoltre, la diffusione di malattie croniche ha creato le condizioni per cui i malati di lungo corso potessero acquisire conoscenze e competenze circa la loro patologia sullo stesso piano tecnico di quelle dei medici. È quanto si è potuto per esempio verificare nella relazione fra persone affette da AIDS e i loro dottori, osservando che «man mano che i malati di AIDS acquisivano sempre più informazioni sulla malattia, divenne sempre più difficile separare nelle sperimentazioni cliniche il loro ruolo di "pazienti" o "soggetti di ricerca" da quello di co-ricercatori» (Collins, Pinch, 1998, p. 176).

Nel frattempo si è diffusa una nuova cultura del corpo, una rinnovata attenzione alla cura del sé che ingloba la dimensione fisica e che spesso sembra anzi coincidere esclusivamente con essa. «Il corpo invade la nostra esperienza quotidiana» (Melucci, 1991, p. 75), assumendo significati e ottenendo un riconoscimento che per molti versi costituiscono un tratto inedito della cultura contemporanea. Lo prova il crescente ricorso alla chirurgia estetica per adeguare l'immagine di sé ai canoni della bellezza socialmente condivisi e, di nuovo, l'importanza assegnata alla linea, alla "bella presenza", alla prestanza fisica (cf. CAP. 9).

La maggiore attenzione verso il proprio corpo, la più elevata consapevolezza e autonomia di chi si trova nella condizione di malato, la diffusione delle pratiche dell'autodiagnosi e dell'autocura, insieme alla spersonalizzazione della relazione medico-paziente provocata dall'iper-tecnicismo, dalla specializzazione e dall'organizzazione burocratica della professione medica sono i fattori che vengono chiamati in causa il più delle volte nel tentativo di spiegare il crescente ricorso alle medicine non convenzionali. Un analogo modello esplicativo viene utilizzato anche per rendere conto della capacità di presa di cui godono terapie non validate dalla medicina convenzionale, come è accaduto di recente nel caso Di Bella (cf. CAP. 5). Al di là dei fattori causali specifici, la diffusione delle medicine non convenzionali e il ricorrente verificarsi di casi simili a quello della terapia anticancro ideata dall'anziano medico modenese vengono generalmente interpretati come la manifestazione più eclatante della crisi della medicina moderna, dei suoi fondamenti epistemologici e del suo modello organizzativo. La medicina costruita sulle basi del "modello biomedico" sembra in queste occasioni mostrare i suoi limiti, la sua incapacità di concretizzare il sogno che ha a lungo accarezzato e che l'ha condotta, magari inconsapevolmente, a tramutare l'utopia in arroganza.

I medici si sono trovati davanti a una domanda troppo grande anche per loro: come possiamo guarire per sempre, essere liberati dal "male"? Ma la medicina non si è sottratta a questa sfida, anzi ha risposto allmentando il mito della guarigione assoluta, potendo contare sull'aiuto,

tutt'altro che neutrale, dei media nell'enfatizzare promesse che non avrebbe potuto mantenere (cfr. CAP. 5). E forse è consistito proprio in questo il suo peccato più grande: «funzionario del sistema di *welfare* e nello stesso tempo terminale di un apparato scientifico-tecnologico gigantesco, di cui controlla appena qualche piccola area, il medico si trova a far fronte a una domanda quotidiana che viene dagli strati più intimi della condizione umana: *libera nos a malo*. Mai non possiede ormai che la sua tecnica, sempre più specializzata e settoriale, per incontrare il dolore o la sua minaccia, per misurarsi con l'aspettativa smisurata dei suoi pazienti che vogliono cancellare la sofferenza e tacitare la paura». A fronte di simili, esagerate attese resta d'altro canto la constatazione che «la medicina per una parte consistente della sua pratica non guarisce» (Melucci, 1994, p. 254).

Di conseguenza, le parziali revisioni e le timide ammissioni di impotenza che hanno iniziato a comparire qua e là nel panorama della medicina moderna<sup>25</sup>, altrimenti appiattito dall'illusione delle sicurezze già raggiunte, sono risultate tardive e comunque troppo deboli per impedire la comparsa di vecchi e nuovi antagonisti.

### Salute, malattia e medicina: tre prospettive a confronto

Buona parte delle considerazioni sviluppate mentre cercavamo di seguire la nascita e l'evoluzione della medicina moderna si possono riordinare osservando l'intreccio che connette salute, malattia e medicina da tre diversi punti di vista: quello del medico, quello del paziente e quello che li mette in relazione all'interno di un dato contesto socio-culturale. Della malattia — e dunque della salute e della medicina — si può infatti parlare utilizzando la terza persona, assumendo così la prospettiva del medico; oppure si può parlarne in prima persona, nella qualità di soggetto ammalato; o ancora, si può parlarne come fenomeno sociale, cercando di tenere presente che né la medicina, in quanto sapere oggettivo che dà luogo a pratiche altrettanto impersonali, né la malattia, in quanto vissuto soggettivo, sono costrutti indipendenti dalla cultura entro cui si concretizzano (Laplantine, 1986, pp. 15-7).

25. Degna di nota, sotto questo profilo, la parziale revisione che ha spinto la medicina moderna a ridare rilevanza alle dimensioni psicologiche e relazionali attraverso l'interazione, per quanto sempre in forma ancillare, della psicologia, della psicoanalisi, della psicoterapia e di alcune espressioni delle medicine non convenzionali come l'agopuntura e l'omeopatia nella pratica (Laplantine, 1986, pp. 82-3, 162; Herzlich, 1983, p. 185; Callahan, 1998, p. 126; Ardigò, 1997, pp. 51, 56, 186-7).

Mostrare le differenze che contraddistinguono tali prospettive e mettere in luce le loro interconnessioni, come proveremo a fare in questo paragrafo, costituisce un'importante acquisizione delle scienze sociali.

#### 1.2.1. Il punto di vista medico

Sarebbe senza dubbio riduttivo pensare che la medicina moderna si esaurisca completamente nel «modello biomedico», che pure rimane di gran lunga quello dominante<sup>26</sup>. Accanto ad esso si possono in effetti rinvenire almeno altri due orientamenti che, seppur minoritari, concorrono all'elaborazione delle concezioni di malattia e di salute che sono attualmente disponibili nella cultura professionale della nostra medicina.

È possibile, infatti, distinguere tre principali «modelli» che esemplificano altrettante prospettive sulle relazioni tra salute e malattia elaborate in ambito medico (Ardigò, 1997; Taylor, Field, 1993).

Per il *modello biomedico* la malattia consiste nell'esito di una lesione organica che induce il cattivo funzionamento del corpo, una lesione che ha cause genetiche o è determinata dall'esposizione ad agenti nocivi. La medicina viene definita come una scienza oggettiva che scopre le cause della malattia e i rimedi per ristabilire la salute. Gli elementi caratteristici su cui si fonda e che fanno da guida per la ricerca medica e la pratica terapeutica si possono riassumere nel modo seguente:

- un netto dualismo che separa la mente dal corpo, dualismo che giustifica — e richiede — un separato trattamento tra «affari della mente» e «affari del corpo»;
- l'utilizzo della metafora meccanica che rappresenta il corpo come una macchina, composta da parti separate funzionanti in modo armonico. Una macchina soggetta ad avarie e a usura delle sue parti funzionali e che necessita di un'opera continua di manutenzione per conservarne inalterata la produttività e l'efficienza;

26. Il termine «modello» sostituisce qui quello di «paradigma» utilizzato da altri autori. Abbiamo preferito usare il primo dal momento che il secondo risulta piuttosto problematico, forse anche in funzione di un uso eccessivamente sviluppato e reiterato. Il concetto di «paradigma» fu introdotto dallo storico della scienza Thomas Kuhn all'inizio degli anni sessanta per indicare l'insieme di assunti teorici, di schemi operativi e di esempi che in un determinato periodo orientano la pratica di ricerca degli scienziati (Kuhn, 1962). Le difficoltà insiste in tale concetto derivano, in primo luogo, dal fatto che, come molti hanno evidenziato, contiene una gamma di significati troppo estesa per non correre il rischio di risultare generico, se non addirittura ambiguo (Slaten, 1978; Masterman, 1974); in secondo luogo, esso tende a escludere la possibilità della compresenza di più «paradigmi», mentre invece questo pare essere un caso piuttosto frequente (Neresim, 1995).

— un imperativo tecnoscientifico che porta a considerare la salute come un riflesso diretto del grado di conoscenza dei processi patogeni e dello sviluppo di trattamenti curativi efficaci. La malattia è "errore" (naturale, genetico) oppure contatto con sostanze che alterano il perfetto funzionamento della macchina-corpo; il miglioramento della salute è legato al progresso tecnico e scientifico che consente di agire sulla macchina-corpo in modo sempre più efficace, preciso, puntuale;

— un accentuato riduzionismo biologico, che porta a considerare connessi alla salute e alla malattia solo i fattori del funzionamento interno della macchina-corpo trascurando quelli psicologici o sociali;

— lo sviluppo di una dottrina dell'eziologia specifica che porta a considerare ogni malattia come derivata da una singola e ben identificabile causa e curabile con una singola e ben identificabile terapia (Taylor, Field, 1993).

Sulla base di simili presupposti, la medicina moderna ha, da una parte, reciso il legame della descrizione del male organico dalla trama delle relazioni sociali in cui si trova inserito il suo portatore; mentre, dall'altra, ha ridotto tale descrizione a una pura lettura, a una decodificazione oggettiva del dato biologico. In questo modo essa ha relegato in uno spazio residuale il problema, centrale per il soggetto, del significato da attribuire all'esperienza della malattia, del senso da dare al "male": «questo sembra essere il prezzo che noi paghiamo alla conoscenza acquisita» (Augé, Herzlich, 1983, p. 22).

In ogni caso, come abbiamo potuto notare nel precedente paragrafo, accanto alla visione dominante che informa la medicina moderna prende corpo una prospettiva che, pur non divenendo completamente alienativa alla prima, se ne differenzia per aspetti non marginali. Il *modello comportamentale* o della *medicina sociale* agisce già durante il XIX secolo e si consolida a partire dalla constatazione che il miglioramento delle condizioni di salute, l'allungamento della vita media e l'eliminazione di numerose malattie, specie quelle a carattere epidemico, sono legate soprattutto a miglioramenti nelle condizioni sociali e culturali piuttosto che a progressi scientifici. Si fa strada in questo modo l'idea che la malattia sia il risultato di comportamenti, condizioni e stili di vita (Badura, 1994). I pericoli per le persone non derivano più principalmente da germi e batteri che colpiscono il corpo, ma dai comportamenti degli individui e dalle condizioni economico-sociali in cui si trovano a vivere. L'attenzione della medicina si sposta pertanto dalla cura alla prevenzione; interpretata sia come azione finalizzata alla rimozione delle cause ambientali che determinano le patologie, sia come movimento di educazione e di responsabilizzazione degli individui affinché adottino comportamenti adeguati per mantenere o guadagnare un perfetto stato di salute.

Critiche più radicali all'impostazione biomedica, che pure rimangono inscritte nel quadro della medicina sociale, evidenziano la stretta connessione esistente tra struttura sociale e malattia (Milich, 1973). Queste critiche sottolineano, da un lato, le relazioni esistenti tra posizioni di classe, interesse politico ed economico e distribuzione sociale della morbilità (Cochrane, 1972); dall'altro, individuano le strette connessioni esistenti tra controllo medico e controllo sociale (Mitscherlich, 1966). Sostengono, inoltre, che l'eccessiva medicalizzazione e l'eccessivo uso di farmaci inducono il diffondersi di patologie causate dall'intervento medico (*iatrogenesi*) che influiscono sensibilmente sulla mortalità, come accade nel caso di allergie ai farmaci, complicazioni a seguito di interventi chirurgici, incidenti ed errori negli ospedali.

Una presa di distanza ancora più decisa dal modello biomedico proviene dalla prospettiva *olistica*. Chi adotta questo modello di riferimento sottolinea come l'intero corpo umano possa essere concepito come una rete interdipendente di sistemi informativi: genetico, immunologico, ormonale, psicologico, relazionale, sociale, e come la salute sia il risultato della continua relazione e comunicazione tra questi sistemi (Engel, 1977). La medicina olistica si contrappone alla visione riduzionista del modello biomedico suggerendo di considerare l'individuo come una totalità in cui biologia, mente, corpo, emozioni e relazioni sociali non possono essere isolate e trattate separatamente (Ardigo, 1997; Galimberti, 1987; Badura, 1994).

I medici che si riconoscono in quest'ultimo orientamento hanno facilitato l'integrazione nella medicina convenzionale, spesso più nella pratica che nella dottrina, di metodi d'intervento provenienti dalle cosiddette medicine tradizionali, così come hanno riconosciuto rilevanza alla psicologia e alla psicoterapia.

Nonostante la medicina sociale e quella olistica abbiano guadagnato riconoscimenti crescenti nel corso degli ultimi decenni, il modello biomedico rimane ancora di gran lunga quello preminente, come osservavano in precedenza. Anzi, in tempi recenti, l'accelerazione ricevuta dai successi della biologia molecolare e di quella che gli studiosi anglosassoni chiamano la *new genetics*, vale a dire quell'insieme di ricerche e di applicazioni mediche che fanno capo alle biotecnologie e all'ingegneria genetica, hanno se mai rafforzato la posizione di predominio della prospettiva biomedica.

## 1.2.2. Il soggetto malato

Chiunque abbia sperimentato, anche per una volta soltanto, la condizione di ammalato, si convincerà facilmente del fatto che «per la perso-

na malata – come del resto per il medico – la malattia è vissuta come presente nel corpo, ma per chi soffre il corpo non è semplicemente un oggetto fisico o uno stato fisiologico: è una parte essenziale del sé» (Good, 1994, p. 177). Nessuno più del malato può affermare: “io sono il mio corpo!”.

Eppure questa semplice verità ha faticato non poco per essere accettata dalla medicina, e ancor oggi, come abbiamo appena sottolineato, la visione dominante che la caratterizza stenta a riconoscere piena cittadinanza; anzi, essa tende piuttosto a «costruire un proprio corpo» che si trasforma «da luogo dell'io a oggetto in esame» (Young, 1997, p. XVII). Dal punto di vista del soggetto, si viene così a creare una situazione per cui uno dei momenti più rilevanti nell'esperienza del proprio corpo – la menomazione funzionale, il dolore – gli viene quasi sottratto dall'intervento medico attraverso la separazione fra il *corpo-come-io* e il *corpo-come-oggetto* e la netta prevalenza del secondo sul primo.

Ma se la capacità della medicina di imporre ai soggetti nuove definizioni della loro identità, delle loro emozioni, delle loro relazioni sociali appare quanto mai pervasiva, gli stessi soggetti non figurano affatto come attori completamente passivi sul palcoscenico della malattia, sia perché riescono a ricrearsi spazi di autonomia anche nei contesti più costrittivi, come accade, per esempio, nelle corsie ospedaliere e perfino in quell'archeipo delle istituzioni totali che sono i manicomi<sup>27</sup>, sia perché la loro partecipazione, il loro contributo attivo risultano comunque decisivi nel determinare l'azione del medico e il destino della malattia.

L'analisi delle scienze sociali sulla medicina e sulla malattia ha contribuito a far emergere la soggettività del paziente nelle sue molteplici espressioni, come quando ha messo in evidenza l'intervento nella formazione e nello sviluppo del rapporto terapeutico di credenze e pratiche relative alla salute da parte di profani (Idler, 1979) e di fattori latenti riconducibili, fra l'altro, a concezioni sciamaniche e magiche (Valabrega, 1962; Kleinman, 1980), o quando fa risaltare la dimensione negoziale del rapporto medico-paziente (Freidson, 1960); oppure ancora, quando ha mostrato l'attività di ridefinizione del senso e della funzione degli apparati tecnologici che dominano la scena della medicina moderna. In quest'ottica si è potuta per esempio osservare la trasformazione subita dall'ecografia effettuata durante la gravidanza, passata nel giro di pochi anni da strumento diagnostico prenatale a “macchina fotografica” in grado di anticipare l'immagine del futuro figlio/a

27. Esemplare, a questo proposito, il famoso studio di Goffman sulla vita “sotterranea” dei pazienti all'interno di un ospedale psichiatrico (Goffman, 1961). Cfr. oltre il PAR, 132.

(Saethan, Oudshoorn, Kireczyk, 2000). Si tratta di un uso certamente “improprio” rispetto alle intenzioni di chi ha progettato la macchina e dei medici che la utilizzano, ma ciò non ha impedito di modificare entrambi, come dimostrano l'introduzione di schermi sempre più grandi e con migliore risoluzione per consentire ai futuri genitori di vedere meglio, le descrizioni sempre più minuziose di quel che si vede offerte dai medici a loro beneficio, la stampa di alcuni fotogrammi oppure la registrazione su videocassetta dell'ecografia completa non tanto per poterle conservare come documentazione d'interesse medico, quanto per inserirle nell'album delle foto del neonato o per poterla consegnare ai futuri genitori in modo che la possano visionare con parenti e amici.

Considerazioni analoghe possono derivare dallo studio delle modalità di utilizzazione dei farmaci. Lungi dal circoscrivere il ruolo e la funzione del medicinale alla sola relazione che collega il suo principio attivo al corpo del malato, la sociologia ha mostrato che essi «rappresentano uno dei dispositivi attraverso i quali gli individui qualificano il loro stato (“il medico mi ha dato questo, nelle avvertenze dicono che... vuol dire dunque che...”), verificano i loro sintomi, costruiscono un'interpretazione del loro stato e distribuiscono degli effetti e delle cause “va meglio, significa dunque che avevo questo” o “questo medicinale non mi fa niente, lo smetto”» (Akrich, 1999, p. 132). In questa prospettiva appare chiaro che l'efficacia del principio attivo dipende da una serie di condizioni preliminari e dal “corretto” comportamento di numerosi attori, fra i quali assumono importanza strategica gli utilizzatori finali dei farmaci. E dunque «capire l'uso dei medicinali significa ricostruire il mondo nel quale acquistano senso, significa interrogarsi sulle risorse mobilitate dai loro utilizzatori, ricostruire le operazioni attraverso le quali se ne impadroniscono, sciogliere il groviglio dei legami nei quali li stringono» (ivi, p. 133).

Che i pazienti intervengano nel processo di costruzione della malattia anche sul piano più strettamente medico risulta evidente: non solo perché essi partecipano attivamente all'attività di ricerca che li riguarda, ma perché entrano in gioco anche quando si tratta di definire la malattia stessa. Il caso dei malati di AIDS è in questo caso emblematico. La ricerca sociologica ha infatti potuto dimostrare che i pazienti hanno affiancato in modo attivo i medici impegnati nella ricerca – come abbiamo già ricordato in precedenza – e che la stessa sigla AIDS è frutto di una negoziazione fra medici e pazienti: «la prima sigla impiegata per identificare la sindrome, GRID (*Gay Related Immunodeficiency Disease*, vale a dire: malattia da immunodeficienza legata all'omosessualità), che era stata suggerita ai patologi dalla concentrazione pressoché esclusiva dei primi casi tra gli omosessuali, fu rapidamente liquidata e infine sostituita

ta con la nuova sigla AIDS (stavolta priva di riferimento all'omosessualità) dietro pressione della comunità gay» (Bucchi, 1998, p. 122).

Ancoia, guardare la medicina e la salute dal punto di vista del paziente conduce a valorizzare le diversità di genere, di età, di strato sociale, di provenienza culturale che la riduzione della malattia a puro fatto organico riesce invece ad appiattire nell'indifferenza fondata sul presupposto che tutti hanno un fegato o che tutti respirano nella stessa maniera.

Anche il concetto di razionalità, principio e criterio del modello biomedico, viene ad essere ridefinito. La constatazione che molte persone risultano pericolicamente resiste a seguire le prescrizioni mediche, la facilità con cui riorganizzano le indicazioni del medico entro schemi interpretativi che le portano ad assumere comportamenti diversi se non addirittura contrastanti da quelli attesi, il crescente ricorso a pratiche non riconosciute e osteggiate dalla medicina convenzionale hanno eroso la plausibilità dell'interpretazione ufficiale che riconduce tutti questi fenomeni nell'alveo dell'ignoranza e dell'irrazionalità.

È nata di conseguenza l'esigenza di capire quali fattori inducano simili comportamenti, per rispondere alla quale sono stati messi a punto numerosi modelli esplicativi. Fra questi spicca l'*Health Belief Model* messo a punto da Becker nel corso degli anni settanta, in base al quale i comportamenti messi in atto per la tutela della salute e per far fronte alla malattia sono condizionati in buona sostanza da fattori come la predisposizione alla malattia e la sua gravità, gli ostacoli che impediscono l'attuazione della prescrizione e la percezione dei benefici che essa induce, altri possibili elementi di rinforzo<sup>28</sup>. Non è difficile cogliere come questo modello riconosca ampio spazio e rilevanza ai processi interpretativi del soggetto, ai suoi stili di vita, alla sua appartenenza culturale, alla sua esperienza personale. Per suo tramite divenne sempre più chiaro che quanto appare irrazionale agli occhi del medico o di un terzo osservatore, può non esserlo affatto per il diretto interessato; la riflessione promossa dalla ricerca sociale concorda nel ritenere che «si è di fronte non a comportamenti irrazionali, ma a comportamenti che acquistano una loro unitarietà e logicità rispetto al senso a essi attribuito dai soggetti» (Di Nicola, 1987, p. 50).

Nel contempo, la ricerca e l'analisi sociologica hanno prima fatto affiorare e poi consolidato la consapevolezza del fatto che la fiducia riconosciuta dai soggetti alla medicina in generale, e a quel medico in particolare, interviene in misura decisiva nella costruzione della relazio-

ne medico-paziente e nella stessa definizione/percezione della malattia. Il venir meno della relazione fiduciaria con il medico, infatti, «rende più difficili le collaborazioni, il rispetto delle prescrizioni e dei patti successivi, rende più insicure le strategie e, trattandosi di un bene prezioso come la salute, le rende anche più ansiose, aggiungendo sofferenza a sofferenza» (De Sandre, 1994, p. 249).

La crisi della fiducia nel medico è diventata, del resto, il tratto distintivo del paziente post-moderno, in parte riflesso delle difficoltà in cui si dibatte la medicina, in parte pegno, forse necessario, per l'acquisizione di un ruolo maggiormente attivo e dunque meno dipendente dall'autorità del medico (Shorter, 1984)<sup>29</sup>.

### 1.2.3. Culture, concezioni e rappresentazioni della salute e della malattia

Dal punto di vista del sistema sociale, sembra perfino banale affermare che "ammalarsi" non è dappertutto e per tutti la stessa cosa: salute, malattia e quindi medicina non sono invarianti culturali che si mantengono inalterate a prescindere dal contesto entro cui vengono definite e sperimentate.

Che non si tratti di una banale constatazione lo prova la resistenza che la prospettiva delle scienze sociali ha incontrato e incontra tuttora, specie nell'ambito della cultura professionale dei medici. In realtà, esse - ammalati - o sani - non è mai «un atto solitario [...] Le "professioni" sanitarie, le "politiche" e i "programmi" sanitari, l'"industria" sanitaria, tutti concorrono attivamente allo "stato" di salute delle società moderne. La raccolta istituzionalizzata di documentazione, gli implegnativi programmi di educazione sanitaria, la comoda disponibilità di medicine e di personale medico e la disposizione legale che alcune classi di persone debbano ricevere trattamenti medici (psicologici, bambini, chi va in certi paesi) creano, nell'insieme, i contesti entro cui le persone comprendono le proprie condizioni, prendono le decisioni sulla necessità di cure mediche e sono rappresentati in modo aggregato dalle strutture sanitarie» (Pearce, 1994, pp. 41-2).

All'interno di questo quadro, cercare di capire quali sono le "rappresentazioni sociali" della salute/malattia che caratterizzano un determinato contesto sociale diviene allora un'ulteriore prospettiva da cui

28. Un'utile sintesi e discussione dell'*Health Belief Model*, insieme ai necessari riferimenti bibliografici, si trova in Di Nicola (1987, pp. 44-9).

29. Il concetto di fiducia riveste un'importanza centrale nella riflessione sociologica, essendo riconosciuto come un elemento decisivo della relazione sociale. Su questo tema generale cfr. Mutti (1987); Prandini (1998).

osservare come l'ambiente socio-culturale intervenga a plasmare il rapporto che ogni soggetto ha con il proprio corpo e la rete delle sue relazioni interpersonali (cfr. CAR, 4). Le rappresentazioni sociali sono ciò di cui ci serviamo per rendere qualcosa di inconsueto familiare e, nello stesso tempo, sono insieme di idee, classificazioni, convinzioni, immagini che orientano in modo inconsapevole il nostro pensiero e le nostre azioni: «nessuna mente è libera dagli effetti del condizionamento che viene imposto attraverso le rappresentazioni, il linguaggio, la cultura che le sono proprie. Noi pensiamo per mezzo di una lingua; organizziamo i nostri pensieri in base a un sistema che è condizionato sia dalle nostre rappresentazioni che dalla nostra cultura; e vediamo solo quello che le convenzioni sottostanti ci permettono di vedere, senza essere consapevoli di tali convenzioni» (Moscovici, 1984, p. 28) (cfr. CAR, 4). Nel caso specifico, ciò equivale a dire che la salute e la malattia che noi sperimentiamo sono quel che la nostra cultura, le nostre rappresentazioni, il nostro linguaggio ci suggeriscono di sperimentare.

Così, per esempio, lo studio pionieristico condotto da Claudine Herzlich durante gli anni sessanta la conduce a individuare tre diverse concezioni di salute variamente diffuse nella società francese: la salute come assenza di malattia, la salute come capacità di contrastare la malattia, la salute come equilibrio nel rapporto con se stessi e con gli altri; sull'altro versante, la malattia può essere interpretata come un evento distruttivo che, minando le basi dell'integrazione sociale, mette a dura prova l'identità personale, oppure come forza liberatrice che consente al soggetto di sfuggire a una collocazione sociale ritenuta costrittiva e inadeguata; o ancora, come una sorta di mestiere. In quest'ultimo caso, la malattia «non comporta una trasformazione radicale dell'immagine che la persona ha di se stessa; questa conserva un ruolo valorizzato e preserva la sua identità sociale nella lotta contro la malattia. Questo combattimento diventa l'elemento centrale della sua vita, l'equivalente di un'attività professionale, e la base di un'integrazione sociale specifica, ma persistente» (Herzlich, Adam, 1994, pp. 72-4). Focalizzare l'attenzione sui processi di costruzione sociale della salute e della malattia consente inoltre di vedere come le diverse rappresentazioni si distribuiscono e si combinano in modo diverso anche all'interno del medesimo ambiente socio-culturale, contribuendo a identificare i gruppi e le formazioni sociali in cui si differenzia. A questo proposito si può citare lo studio che ha consentito a Pierrat di evidenziare come le classi popolari tendano a concepire la salute in termini strumentali, specie in riferimento alla possibilità di lavorare, mentre per le classi medie la salute viene vissuta in termini di valore di riferimento, capace di orientare scelte che definiscono lo stile di vita, l'alimentazione, i comportamenti sessuali (Pierrat, 1983).

Il corpo sano e il corpo malato sono dunque elementi costitutivi dell'identità personale e dell'interazione sociale; e alla loro definizione contribuisce in misura rilevante la medicina, intesa sia come insieme di saperi e di pratiche, sia come componente più generale dell'orizzonte culturale entro cui ciascun individuo conduce la sua esistenza.

Ma le scienze sociali si sono spinte non di rado ben oltre l'analisi del ruolo giocato dalla cultura e dalle istituzioni sociali nella costruzione delle esperienze soggettive della salute e della malattia, fino a ipotizzare che «l'ordine sociale e l'ordine biologico siano governati dalla stessa logica, che esista, in una società data, una sola griglia di interpretazione del mondo applicabile sia al corpo individuale che alle istituzioni sociali. Più esattamente che, se esiste una logica, è da essa che dipendono contemporaneamente la costituzione del corpo e le istituzioni del sociale» (Augé, 1983, pp. 33-4).

Di conseguenza, l'univocità dei significati dati ai concetti di salute e malattia, o, al contrario, l'incertezza e la conflittualità che li attraversano, sono interpretabili come indicatori del livello di complessità e del grado di integrazione che caratterizza un dato sistema sociale nelle varie fasi della sua evoluzione. Essi sono espressione degli assunti fondamentali sul senso della vita e della morte, e su che cosa si debba intendere come «vita buona» in senso morale. Così, nelle società tradizionali o pramoderne, le credenze relative alla salute e alla malattia sono inestricabilmente connesse alle nozioni di «purezza e pericolo» (Douglas, 1966) e dunque le persone si ammalano non a causa della mancanza di igiene, ma perché hanno trasgredito rispetto a norme sociali che separano il sacro dal profano. Con il processo di modernizzazione, le nozioni di salute e malattia vengono trasferite in un quadro interpretativo più secolare e alla fine vengono inserite a pieno titolo nel discorso scientifico, con le relative conseguenze che abbiamo già potuto vedere. E tuttavia, le nozioni mediche continuano ad evocare modelli morali di comportamento (Turner, 2000, pp. 9-10).

Introciciando le due dimensioni *sacro/profano* (relativa alle cause della malattia) e *individuale/collettivo* (relativa alla responsabilità dell'insorgenza dello stato morboso) è dunque possibile ottenere una tipologia dei modi di concepire la salute e la malattia:

- a) causa sacra e responsabilità individuale (sante antecessiche, asceti ecc.);
- b) causa profana e responsabilità individuale (medicina allopatrica);
- c) causa profana e responsabilità collettiva (medicina sociale);
- d) causa sacra e responsabilità collettiva (tabù e sciamanesimo) (Turner, 2000, p. II).



La classificazione proposta da Turner ci porta nuovamente a considerare che se nelle società occidentali ha finito per prevalere la medicina allopatrica inscritta nel modello biomedico (tipo *b*), la sua predominanza viene continuamente messa in discussione sia dalla prospettiva della medicina sociale (tipo *c*), sia dalla diffusione delle medicine alternative (tipo *a* e tipo *d*).

Un mix di tipi diversi che, essendo riscontrabile tanto sul piano individuale quanto su quello collettivo, sembra l'epitome della condizione moderna.

## 1.3

## La relazione medico/paziente

L'avvento della medicina moderna si accompagna — come abbiamo già avuto modo di considerare — alla progressiva organizzazione delle sue pratiche e del suo sapere in termini professionali. Non è dunque un caso che la sociologia abbia posto particolare attenzione all'analisi della relazione in cui la dimensione professionale della medicina si manifesta in tutta la sua novità e complessità: quella fra medico e paziente (cfr. CAP. 5). Anzi, la nascita della stessa sociologia della medicina coincide con lo studio dell'interazione fra medico e paziente in quanto relazione fra un professionista e il suo cliente.

## 1.3.1. Il contributo di Talcott Parsons

Pur risultando fortemente condizionata dai riferimenti alla società e alla cultura statunitensi del secondo dopoguerra, l'analisi di Parsons resta un modello per molti versi ancora insuperato, specie per quanto concerne il suo tentativo di sviluppare una teoria sociologica in grado di integrare funzionalmente il punto di vista del sistema sociale con quello dei singoli soggetti<sup>30</sup>.

La riflessione del sociologo statunitense prende avvio dalla considerazione che «il problema della salute è intimamente connesso con i requisiti funzionali del sistema stesso» (Parsons, 1951, p. 438), ovvero che lo stato di salute degli attori sociali incide sulla capacità del sistema sociale di assolvere con successo i compiti necessari alla sua sopravvivenza. La malattia — almeno oltre un certo tasso d'incidenza — diventa infatti un fenomeno disfunzionale all'equilibrio del sistema sociale per-

30. Per una introduzione generale alla teoria parsoniana rimandiamo a Collins (1988) e Jedlowski (1998).

ché rende i soggetti incapaci di svolgere efficacemente i diversi ruoli sociali<sup>31</sup>.

Nello stesso tempo, però, essa si dimostra connessa con i processi motivati di interazione fra i soggetti, dal momento che in numerose occasioni essa non è “qualcosa che capita” ma è anche il risultato di una condotta motivata: si pensi, per esempio, al differente grado di esposizione alle lesioni e alle infezioni come espressione del desiderio inconscio di ammalarsi per potersi sottrarre a responsabilità divenute troppo pesanti, alle malattie psicosomatiche, alle malattie mentali.

Di conseguenza, la malattia si può definire come «uno stato di turbamento nel funzionamento “normale” dell'individuo umano nel suo complesso, in quanto comprende sia lo stato dell'organismo come sistema biologico, sia i suoi adattamenti personali e sociali. Essa viene così definita in parte biologicamente e in parte socialmente» (Parsons, 1951, p. 440).

Se dal punto di vista del soggetto la malattia è dunque insieme sofferenza fisica e disagio sociale in quanto turbamento delle relazioni intersoggettive che ne costituiscono l'identità, dal punto di vista del sistema sociale essa non può che essere interpretata in termini di devianza — vale a dire mancata conformità ai ruoli necessari al funzionamento del sistema sociale — alla stessa stregua del barbone o dell'ladro.

In questa prospettiva, «la professione medica costituisce un “meccanismo” del sistema sociale per far fronte alle malattie dei suoi membri [...] sulla base dell'applicazione della conoscenza scientifica ai problemi della malattia e della salute, cioè al controllo della “malattia”» (Parsons, 1951, p. 440). Ma, come vedremo fra un attimo, proprio questa funzione di controllo della medicina fa sì che la malattia sia una devianza “istituzionalizzata”, una disfunzione in certo qual modo “nor-

31. Nella prospettiva dello struttural-funzionalismo parsoniano il ruolo viene definito come l'insieme di norme e di aspettative convergenti su un determinato individuo posto in una particolare posizione sociale (attore sociale). Una volta che una persona è socialmente collocata, ad esempio, nella posizione di figlia, di madre, di medico o di malato, sorgono precise attese sociali che definiscono ciò che è opportuno o non opportuno fare in quella posizione. Il ruolo ha come effetto principale quello di rendere prevedibile e regolabile, e quindi integrabile con quello altrui, il comportamento dell'attore sociale. Il grado di conformità al ruolo, cioè il livello di corrispondenza tra il comportamento effettivo e quello socialmente atteso, può essere molto variabile anche se, normalmente, è sufficiente a garantire un notevole grado di prevedibilità dei comportamenti.

La nozione di “attore sociale”, strettamente connessa, come abbiamo visto, a quella di ruolo, è oggetto di continue riflessioni e ricerche in ambito sociologico. Qui sarà sufficiente definirlo come chiunque interpreti un ruolo e segnalare che, per estensione non sempre condivisa dalle varie prospettive sociologiche, il concetto viene utilizzato anche per designare soggetti collettivi come gruppi, organizzazioni e istituzioni, come accade per esempio nel CAP. 7 di questo manuale.

malizzata" perché il sistema sociale riesce a mitigarne gli effetti tanto sul piano organico quanto su quello dell'interazione. Al punto che un individuo può dirsi "ammalato" solo se il suo malessere soggettivamente percepito viene socialmente sancito come "malattia" attraverso l'intervento dell'organizzazione professionale appositamente specializzata a tale scopo: la medicina.

La struttura sociale della medicina è composta, secondo Parsons, dall'interazione del ruolo del medico e di quello del malato.

In quanto appartenente alla classe generale dei ruoli "professionistici", il ruolo del medico richiede un orientamento all'azione che privilegia relazioni di tipo universalistico (relazioni basate su norme generali, che mettono tutti sullo stesso piano non riconoscendo la particolarità dei possibili diversi interlocutori) in cui prevalgono l'aspetto della pre-stazione (vale ciò che si fa non quel che si è), della specificità (il medico agisce come specialista), della neutralità affettiva (le decisioni sull'opportunità di intervenire e su come farlo sono indipendenti dalla simpatia o dal coinvolgimento emotivo nei confronti del paziente e della sua condizione) e dell'interesse collettivo (il medico non agisce per sé, per il suo tornaconto, ma per il bene comune).

Per quanto attiene al ruolo del malato, Parsons sottolinea innanzi tutto che esso comporta un'esenzione dalle responsabilità normalmente connesse ai vari ruoli sociali e che questa esenzione non è solo un diritto, ma anche un obbligo: Il malato, infatti, più che "curarsi" deve "essere curato" e deve quindi accettare di farsi aiutare; tuttavia ci si attende che il malato desideri con il massimo impegno di voler guarire e che pertanto egli cerchi l'aiuto *tecnicamente competente* che può trovare nel medico, con il quale si impegna a collaborare seguendo i consigli e prescrizioni.

Il ruolo del malato è dunque per definizione "contingente", nel senso che può essere interpretato da qualsiasi soggetto, indipendentemente da quello che è il suo status per altri aspetti, ma è "contingente" anche perché è un ruolo temporaneo.

Si tratta, inoltre, di una condizione che viene definita mediante criteri oggettivi (sotto questo profilo è un ruolo universalistico, essendo indipendente dalle particolari caratteristiche di ciascuno) e che riguardano in modo esclusivo l'ambito della salute (è dunque un ruolo specifico). Nonostante Parsons ammetta la rilevanza delle sensazioni individuali e degli aspetti emotivi, il ruolo del malato rimane infine affettivamente neutrale, essendo una condizione che deriva da un problema oggettivo come una patologia organica, e orientato alla collettività, dal momento che il paziente assume l'obbligo di fare tutta la sua parte per guarire e riprendere il suo ruolo funzionale nel sistema sociale.

All'interno di questa struttura di reciprocità, anche la professione medica viene interpretata da Parsons come risultante dell'incontro fra la prospettiva d'azione del paziente e quella del medico.

Così, per quanto il malato sia un "deviante", il suo ruolo si differenzia dagli altri devianti per il fatto che il soggetto non viene considerato responsabile della sua condizione. È per questa ragione che «il malato ha diritto a essere aiutato» (Parsons, 1951, p. 449), anche perché il malato non possiede la competenza necessaria per poter ristabilire da solo la sua condizione di normalità — ovvero di salute — e deve quindi ricorrere all'aiuto di chi invece può intervenire in tal senso. Vale la pena di notare che, nonostante per Parsons «questa mancanza di qualificazione non è naturalmente assoluta» e i malati «sanno qualcosa nel campo specifico, e hanno qualche base oggettiva di giudizio» (Parsons, 1951, p. 450), la relazione medico-paziente risulta nettamente sbilanciata a favore del primo, relegando il secondo in una posizione subalterna di collaboratore all'opera del medico. Tale squilibrio costituirà una delle critiche più frequenti nei confronti del modello parsoniano.

Sempre dal punto di vista del malato, Parsons ritiene che la malattia determini complessi problemi di adattamento emotivo sia nel diretto interessato, sia in coloro che gli sono vicini. Ciò significa che la malattia costituisce per la persona "normale" una frustrazione, in quanto si sente menomata rispetto al proprio modello di vita normale, e di conseguenza si producono, in genere, due tipi di reazione: uno shock emotivo iniziale, seguito dall'ansia per il proprio futuro. Il tentativo di negare la malattia oppure un'auto-commiserazione esagerata sono le due risposte più comuni al disadattamento derivante dalla malattia. L'attenzione alla dimensione emotiva del ruolo di malato porta Parsons a considerare come «sia che essi decidano a questo fatto un'attenzione esplicita in senso tecnico o meno, ciò che i medici fanno influisce inevitabilmente sugli stati emotivi dei loro pazienti; e ciò può avere un'influenza importante sullo stato delle loro malattie» (Parsons, 1951, p. 452).

Ci sono due conseguenze generali particolarmente importanti per l'istituzionalizzazione della professione medica che derivano dalle caratteristiche appena descritte della condizione del paziente.

In primo luogo il malato risulta particolarmente esposto allo sfruttamento in virtù della condizione di oggettiva debolezza — fisica, psicologica e relazionale — in cui si viene a trovare, e ciò contribuisce a spostare ulteriormente a favore del medico lo squilibrio che caratterizza la loro relazione.

In secondo luogo, la situazione del malato è tale per cui gli risulta particolarmente difficile agire con elevata razionalità; egli «si trova esposto a un'intera serie di credenze e di pratiche irrazionali o non

razionalis» (Parsons, 1951, p. 454) con evidenti conseguenze per la professione medica.

Sul versante più propriamente medico, il rapporto fra gli strumenti tecnici messi a disposizione dell'operatore dalla scienza medica e i compiti che egli è chiamato ad assolvere può assumere due configurazioni:

a) il medico svolge un lavoro di "semplice" applicazione/utilizzo di tecniche. In questo caso il suo lavoro sembra molto simile a quello di altri specialisti tecnici, fatta salva «la penombra di reazioni emotive dei pazienti e delle loro famiglie» (Parsons, 1951, p. 456);

b) ma in molti casi la semplice applicazione di tecniche non è sufficiente a raggiungere il risultato sperato, ovvero la guarigione, a causa di limiti assoluti per cui a fronte di diagnosi certe non si dispone ancora di cure appropriate, oppure per l'*intrinseca incertezza* delle situazioni che il medico si trova ad affrontare, derivante dall'impossibilità di stabilire in anticipo la relazione esatta tra elementi conosciuti ed elementi sconosciuti.

In ogni caso, tutto ciò fa sì che anche il medico sia esposto a una forte tensione emotiva che gli rende più difficile comportarsi razionalmente. Ciò vale sia per il suo orientamento personale, sia per gli atteggiamenti del malato e dei suoi familiari, i quali da un lato si aspettano che il medico sia competente e faccia tutto il possibile, dall'altro hanno sentore dei limiti e delle incertezze che caratterizzano la sua professione. E questa tensione — osserva Parsons — è così forte che può spingere i medici ad assumere atteggiamenti e comportamenti irrazionali o non razionali, esattamente come accade per il malato e per i suoi familiari.

La scientificizzazione della medicina è dunque un processo tutt'altro che lineare, non solo perché l'istituzionalizzazione della scienza all'interno della professione medica è lungi dall'essere completata, come dimostra l'esistenza delle cosiddette "superstizioni" mediche e delle resistenze alla medicina scientifica, ma anche perché nella pratica medica è insito un importante aspetto simbolico/espressivo che sembra contrastare con la componente scientifica della professione. Inoltre, «la considerazione della malattia come problema di scienza applicata deve essere ritenuta problematica, e non è qualcosa di scontato per il senso comune»; di conseguenza, «non è sorprendente il fatto che, in una società in cui la medicina scientifica si è istituzionalizzata in misura elevata, gli orientamenti popolari nei confronti del problema della salute non siano affatto confinati a livello scientifico» (Parsons, 1951, p. 441).

Nonostante la rilevanza unanimemente riconosciuta al modello parsoniano, non sono ovviamente mancate le critiche. A parte quelle più generali rivolte alla teoria strutturale-funzionalista nel suo complesso, nel caso specifico i rilievi più ricorrenti si possono sostanzialmente ricon-

durte a tre aspetti. In primo luogo al modello parsoniano viene imputato di dare per scontato il carattere eminentemente organico della malattia e dunque di rendere prioritario il dato biologico, assegnando alla sociologia il compito di studiare solo gli effetti sociali della malattia. Anche per questa ragione l'analisi di Parsons sarebbe, in secondo luogo, troppo sbilanciata a favore del medico di cui viene enfatizzata la preminenza professionale basata sulla competenza tecnica. Ciò impedirebbe di riconoscere l'apporto del paziente nella costruzione dell'interazione con il medico e nella definizione della situazione entro la quale malattia e pratica medica trovano collocazione.

La definizione della malattia come devianza risulterebbe, infine, riduttiva, non solo perché assegna al paziente un ruolo passivo in quanto oggetto dei processi di controllo sociale, ma anche perché lascerebbe nelle sole mani del medico il potere di stabilire l'eventuale stato patologico e di legittimare l'assunzione del ruolo di malato.

### 1.3.2. La prospettiva fenomenologica e il contributo di Goffman

Negli stessi anni in cui Parsons sviluppava il suo modello di interpretazione della relazione medico-paziente, la stessa tematica attirava l'attenzione di altri sociologi e antropologi collocati in prospettive diverse.

Sul versante antropologico, un variegato complesso di ricerche realizzate nel corso degli anni settanta pose in evidenza, soprattutto attraverso analisi comparative, l'esistenza di diverse "medicine" a seconda della cultura di riferimento, e introdusse il concetto di *sistema medico* come frutto della combinazione di tradizioni popolari e saperi professionali. Su queste basi si è ampliato e consolidato un filone di studi ancor oggi molto vivace che viene raccolto sotto l'etichetta di *antropologia medica* (Del Vecchio Good, Good, 2000).

In ambito più strettamente sociologico, l'approccio fenomenologico — invero piuttosto composito — ha progressivamente acquisito una certa rilevanza, sollecitato, per esempio, dal tentativo di estendere la riflessione di Schutz sulla relazione fra vita quotidiana e le altre «provincie finite di significato» che organizzano l'esperienza individuale fino a comprendere anche quella della malattia (Idler, 1979)<sup>32</sup>. Su queste basi diventa possibile valutare criticamente il modello parsoniano, accusato di enfatizzare le funzioni di controllo sociale della medicina come conseguenza della concezione della malattia come devianza e di

32. Una buona introduzione all'approccio fenomenologico proposto da Schutz per le scienze sociali si trova in Protti (1995).

reflettere la malattia assumendo acriticamente il modello biomedico: «la limitazione teorica derivante dalla base biomedica "oggettiva" (della malattia) e la limitazione pratica derivante dal subordinare l'ingresso nel ruolo di malato alla legittimazione professionale sono due vincoli che hanno escluso dalla speculazione sociologica due ampie aree di realtà sociale: il senso soggettivo della malattia e le attività terapeutiche dei soggetti extramedici» (Idler, 1979, pp. 8-10).

Da non trascurare poi i contributi di matrice etnometodologica e sociolinguistica, come per esempio l'analisi di Sudnow sulla organizzazione sociale della morte e quella di Cicourel sulla comunicazione fra medico e paziente (Sudnow, 1967; Cicourel, 1982, 1988).

Alla prospettiva fenomenologica si può inoltre ricondurre anche il lavoro di Erving Goffman, noto come l'ideatore dell'approccio *drammatico* allo studio dell'interazione sociale (cfr. CAP. 9)<sup>33</sup>. Fra i suoi studi più conosciuti possiamo senza dubbio annoverare il resoconto della ricerca etnografica svolta in un ospedale psichiatrico dove si era fatto assumere per un anno come infermiere (Goffman, 1961). Dopo aver definito l'ospedale psichiatrico come una «sostituzione totale», cioè come un'istituzione in cui gli internati vivono segregati rispetto al mondo esterno ed esauriscono tutta la gamma dei propri ruoli sociali, la sua analisi si sofferma sui processi di disgregazione dell'identità personale e sulla sua ricostruzione secondo modelli imposti dall'istituzione stessa. Chi entra a far parte di una istituzione totale — osserva Goffman — viene dapprima privato di tutti i riferimenti su cui poggiava la sua identità personale, che viene in questo modo pressoché annullata, per acquisire successivamente una nuova identità funzionale all'istituzione. Così, gli internati in un manicomio sono progressivamente condotti a identificarsi con l'unica definizione di sé disponibile in quel particolare contesto, ovvero l'identità del «malato di mente»<sup>34</sup>. D'altro canto, la spinta a raggiungere una definizione di sé originale e dunque non appiattita dai vincoli istituzionali sembra comunque riemergere attraverso quella che Goffman chiama la «vita sotterranea dell'ospedale», un insieme di piccoli stratagemmi a cui gli internati ricorrono per ricostruirsi un'identità

33. Nessuna introduzione a Goffman è migliore del suo *La vita quotidiana come rappresentazione* (Il Mulino, Bologna 1969).

34. Questo lavoro di Goffman ebbe grande risonanza anche in ambito psichiatrico, come testimoniano per esempio gli scritti di Franco Basaglia, lo psichiatra ispiratore della riforma — la famosa legge 180 del 1978 (cfr. CAP. 2) — che fattosamente ha portato alla chiusura dei manicomi o, quanto meno, alla loro profonda ristrutturazione. Cfr. Basaglia F. (a cura di) (1968), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino.

personale pur nel contesto estremamente costrittivo del manicomio: l'uso personalizzato dei pochi oggetti comuni accessibili, la rielaborazione individuale delle regole pur senza violarle, lo sfruttamento degli spazi interstiziali lasciati scoperti dalla rigida organizzazione dell'ospedale psichiatrico.

L'ultima parte del libro di Goffman è dedicata all'analisi del modello medico e del ricovero psichiatrico. Qui il sociologo statunitense propone uno schema analitico generale della relazione medico-paziente, che egli intende poi applicare al caso specifico della psichiatria. Tralasciando quest'ultimo, cercheremo di fornire una breve descrizione del modello medico generale proposto da Goffman<sup>35</sup>.

I medici si possono inserire nella categoria professionale dei *prestatori di servizi personali*. All'interno di tale categoria, un tipo particolare di professionisti si può identificare nella figura del tecnico: «il tipo di rapporto sociale che prenderò in esame in questo lavoro è quello nel quale alcune persone (i clienti) si pongono nelle mani di altre (coloro che prestano il servizio)» (Goffman, 1961, p. 342) ovvero il tecnico/professionista, nel nostro caso il medico.

Fatta questa premessa, Goffman procede in prima istanza alla descrizione del modello che in generale mette in relazione i tecnici con i loro clienti. In un secondo momento farà emergere le peculiarità che contraddistinguono i medici, i pazienti e il loro rapporto come caso particolare del modello generale d'interazione fra tecnici e clienti. Si tratta, come vedremo, di un parallelismo che può apparire molto forzato, eppure il suo valore euristico rimane elevato. Esso merita quindi uno spazio adeguato nella nostra riflessione, nonostante lo stesso Goffman gli dedichi poche pagine.

Goffman inizia rilevando che, nel quadro di tale rapporto, il pagamento non è un prezzo, sia perché non viene contrattato ma imposto dal tecnico, sia perché, essendo un lavoro di riparazione — per di più spesso definito come aiuto all'umanità in quanto tale — il tecnico può dimostrare una partecipazione disinteressata per cui il pagamento figura piuttosto come una specie di rimborso spese.

Egli osserva inoltre che le informazioni teoricamente rilevanti di cui ha bisogno un tecnico derivano da due fonti: il cliente e l'oggetto della riparazione. Di conseguenza, il tecnico ha contatto con due entità fondamentali: il cliente e ciò che non funziona del cliente, ossia l'oggetto

35. Per inciso, vale la pena di notare che tutta l'opera di Goffman si rivela in realtà estremamente utile alla comprensione del rapporto medico-paziente, per quanto non sia esplicitamente orientata in questa direzione salvo il lavoro di cui ci stiamo occupando.

della riparazione. Ciò costringe il tecnico a riconoscere, almeno parzialmente, la competenza del cliente. E pur tuttavia «il successo di questa prestazione di servizio sta nel fatto che il tecnico tenga separati questi due tipi di entità diverse, dando a ciascuna ciò che le è dovuto» (Goffman, 1961, p. 345). Le implicazioni che ne derivano a proposito del rapporto medico-paziente sono evidenti: il medico potrà operare con successo solo se tratta l'oggetto della riparazione — cioè il corpo del malato — come se fosse un'entità separata dal malato stesso in quanto individuo.

A questo punto Goffman descrive ciò che chiama il «ciclo di riparazione dell'oggetto», definendo l'oggetto come quel «sistema fisico posseguito dal cliente che ha bisogno dell'attenzione di un tecnico». Le fasi del ciclo di riparazione individuate sono le seguenti: a) osservazione; b) diagnosi; c) prescrizione; d) trattamento. Dopo il trattamento può esserci bisogno anche di un periodo di convalescenza durante il quale vengono richieste all'oggetto riparato prestazioni ridotte.

Secondo Goffman, uno dei cambiamenti fondamentali che si sono riscontrati nei servizi di riparazione negli ultimi cento anni è la riduzione dei venditori ambulanti e lo sviluppo del sistema di laboratorio (Goffman, 1961, p. 348). Il rapporto di ospitalità in questo modo si inverte cosicché il cliente diventa l'ospite, una trasformazione che di fatto aumenta lo sbilanciamento dei rapporti di forza a favore del tecnico. Anche a questo proposito si pensi al possibile trasferimento di queste considerazioni sul piano del rapporto medico-paziente: la progressiva perdita di rilevanza del medico condotto e la parallela affermazione della hegemonia ospedaliera fanno sì che il malato si trovi sempre più spesso nella condizione di "ospite" del medico e dunque in una situazione che lo costringe ad adeguarsi a regole, ritmi e costumi diversi da quelli della sua quotidianità, con tutte le implicazioni che ne possono derivare.

Dopo aver chiarito una serie di presupposti necessari all'instaurarsi del rapporto tecnico-cliente e all'avviarsi del ciclo di riparazione<sup>36</sup>,

36. Molto sinteticamente tali presupposti si possono elencare come segue: a) relativi all'oggetto (= il funzionamento dell'oggetto ha una qualche relazione con il fatto che chi lo possiede sia o no capace di usarlo; l'oggetto è di proprietà del cliente ed egli può fare ciò che vuole; l'oggetto consiste in un sistema, relativamente chiuso e trasportabile; gli oggetti sono classificabili, nel senso di essere riconducibili a modelli base di costruzione/funzionamento che consentono al tecnico di intervenire su differenti oggetti conoscendo il loro comune modello; il cliente può separarsi almeno temporaneamente dall'oggetto); b) relativi alla struttura della clientela (= essa esercita un potere di controllo tecnico solo sull'insieme di individui isolati e non come collettività; tanto il tecnico quanto il cliente possono ritirarsi dal rapporto; teoricamente il servizio esprime un rispetto reciproco fra cliente e tecnico).

Goffman conclude che mentre «il tecnico è nella condizione di sostenere una definizione di sé come di colui che, in cambio di un semplice bisogno penso, offre un servizio tecnico di cui il cliente ha veramente bisogno [...] il cliente sarà nella condizione di credere che, nella società, esistono persone estranee di buona volontà, profondamente competenti, che si dedicano a tal punto alla loro competenza da occuparsi degli affari altrui, in cambio soltanto di un compenso» (Goffman, 1961, p. 352).

Questa situazione, tuttavia, vale solo a livello tecnico perché nel nostro contesto sociale il rapporto tecnico/cliente si iscrive in una matrice di ansietà e di dubbio su entrambi i versanti. Ciò risulta particolarmente evidente nel caso del rapporto medico-paziente, come abbiamo già potuto constatare quando abbiamo affrontato il tema delle basi fiduciarie di tale rapporto.

Nella versione medica del modello di servizio di riparazione è infatti necessario tener conto — sempre a detta di Goffman — di alcuni aspetti che la contraddistinguono e che la rendono un caso specifico da guardare con particolare attenzione.

In primo luogo, il corpo è altamente valorizzato nella nostra società e dunque gli individui non lo affidano facilmente all'assistenza del tecnico/medico e, qualora si trovassero nella necessità di farlo, hanno bisogno di essere continuamente rassicurati. Anche in questa occasione si ripropone il tema del fondamento fiduciario della relazione medico-paziente.

Per la stessa ragione, i medici sono sottoposti a forti tensioni quantitative non sanno fare una diagnosi accurata o quando sanno di non poter effettuare la "riparazione"<sup>37</sup>. Senza contare che ciò che il tecnico/medico ritiene di dover fare per la riparazione può essere nettamente contrario ai desideri del cliente/malato.

Il corpo, inoltre, è un oggetto da cui il proprietario non può distaccarsi per poterlo depositare nel laboratorio/ospedale. Ma qui vengono adottate due possibili strategie di adattamento: la prima corrisponde alla pratica dell'anestesia, la seconda al trattamento impersonale riservato ai degenti; per cui il cliente/malato viene trattato durante la permanenza nel laboratorio/ospedale non come se fosse «una persona sociale ma solo un oggetto che qualcuno ha dimenticato» (Goffman, 1961, p. 357)<sup>38</sup>.

37. Si noti la piena corrispondenza con quanto osservava Parsons a proposito della forte tensione emotiva cui il medico sarebbe esposto proprio in rapporto all'incertezza e alla debolezza delle sue possibilità di intervento.

38. Si pensi alla separazione fra il corpo-come-io e il corpo-come-oggetto operata dalla medicina moderna cui abbiamo fatto cenno all'inizio del par. 1.2.2.

Infine, la ricerca del servizio tecnico del medico spesso non è libera, o perché il proprietario del corpo non è in grado di decidere autonomamente o perché la decisione di affidarsi al medico avviene dietro pressione dell'ambiente sociale di cui il malato fa parte o, aggiungiamo noi, perché non sono disponibili alternative accessibili.

### 1.3.3. La relazione medico-paziente come negoziazione

Prendendo le distanze dal modello parsonsiano, ritenuto eccessivamente sbilanciato sul versante medico al punto da assegnare al malato un ruolo fin troppo passivo ed esclusivamente focalizzato sui problemi di equilibrio del sistema sociale per contemplare anche i contrasti che possono sorgere nell'interazione fra medico e paziente, numerose ricerche e riflessioni hanno cercato di mostrare le dinamiche di negoziazione, se non addirittura di conflitto, che alimentano tale rapporto (Abbatecola, Melocchi, 1977).

Sotto questo profilo meritano di essere almeno menzionati i lavori di orientamento neo-marxista, all'interno dei quali la relazione medico-paziente viene interpretata in termini di sfruttamento del primo nei confronti del secondo e come meccanismo di perpetuazione di disuguaglianze strutturali più generali<sup>39</sup>.

In questo paragrafo, però, vorremmo concentrarci sulla descrizione del modello proposto per analizzare questa relazione nell'ottica di «un'interazione tra due diversi e talvolta contrastanti sistemi di norme» sulla base del presupposto che la professione del medico «non può esistere senza i clienti e spesso i clienti hanno idee su ciò che vogliono decisamente diverse da quelle dei medici a cui si rivolgono» (Freidson, 1960, pp. 226-8). Seguendo il ragionamento di Freidson potremo infatti mettere in luce altri aspetti del rapporto medico-paziente finora rimasti in penombra.

Perché l'interazione con il medico possa iniziare e possa poi proseguire sarà necessario innanzi tutto che il futuro paziente senta il bisogno di essere aiutato e che sia convinto della opportunità di rispondere a tale esigenza ricorrendo a un medico. Né la prima, né la seconda circostanza — sottolinea Freidson — si possono dare per scontate. Infatti il processo di decisione che conduce a rivolgersi al medico è, nella maggior parte dei casi, piuttosto laborioso e offre molte possibilità di scelta alter-

39. Rappresentativi di questa prospettiva si possono considerare i lavori di V. Navarro (*Medicine under capitalism*, Prodist, New York 1976), di H. B. Waitzkin (*The second sickness*, Free Press, New York 1983) e ancora di Waitzkin insieme a B. Waterman (*The exploitation of illness in capitalist society*, Bobbs-Merrill, Indianapolis 1974).

nativa: tentare l'autodiagnosi e l'autoterapia, seguire i consigli di un familiare, «ricorrere a qualche altra persona che ha sofferto degli stessi sintomi e ne è guarita, a qualcuno che un tempo era infermiere e quindi di queste cose se ne intende, a un farmacista che una volta ha rimesso in sesto uno dandogli un meraviglioso tonico marone [...]». Questa rete di consulenti [...] potrebbe chiamarsi «struttura di riferimento profana». Se consideriamo anche le nozioni culturali coinvolte nel processo, potremmo definirla come «sistema di riferimento profano» (Freidson, 1960, p. 230).

Una volta deciso di andare dal medico, lo stesso sistema di riferimento fornisce i criteri e le informazioni che il malato utilizza per stabilire se quel medico è un «bravo» medico e se merita dunque di essere interpellato nuovamente oppure di essere sostituito.

Per quanto riguarda il medico, anch'egli compie scelte e assume comportamenti sulla base di parametri e di orientamenti, acquisiti però in quanto membro di una comunità professionale di cui in genere non fanno parte i suoi clienti. Il medico, in sostanza, usa un «sistema di riferimento professionale» che è diverso o addirittura opposto a quello profano.

L'esistenza di questi due sistemi di riferimento interviene a complicare il rapporto medico-paziente per entrambi: il medico si trova infatti costretto a mediare fra la sua appartenenza professionale e la necessaria relazione con i sistemi di riferimento profano dei suoi pazienti; questi ultimi devono fare i conti con il sistema di riferimento professionale dei medici, cercando di negoziare al meglio soluzioni che soddisfino anche il proprio orizzonte.

Abbiamo parlato non a caso di «sistemi» di riferimento profani per ricordare che ne possono esistere una grande varietà. Freidson propone di classificarli incrociando due dimensioni: da un lato il grado di conformità tra la cultura della clientela e quella della professione, dall'altro l'ampiezza della rete di consulenti profani di cui un determinato soggetto dispone. Dei quattro tipi di sistema di riferimento profano che si possono in questo modo ottenere, Freidson si sofferma solo su due. Il primo si configura come molto distante dalla cultura medica e si caratterizza per una rete di consulenti molto estesa; il secondo, al contrario, offre al soggetto pochi riferimenti profani, ma tende ad assimilare al proprio interno pari considerevoli della cultura professionale.

Il secondo tipo sembra per noi più interessante in quanto descrive una condizione molto diffusa nel nostro sistema sociale, all'interno del quale possiamo trovare sovente reti interpersonali di ampiezza piuttosto ridotta e, nel contempo, una forte assimilazione del modello biomedico. In questo caso, fa notare Freidson, «il cliente eventuale è molto più solo, più o meno guidato da conoscenze culturali e dalla propria esperienza».