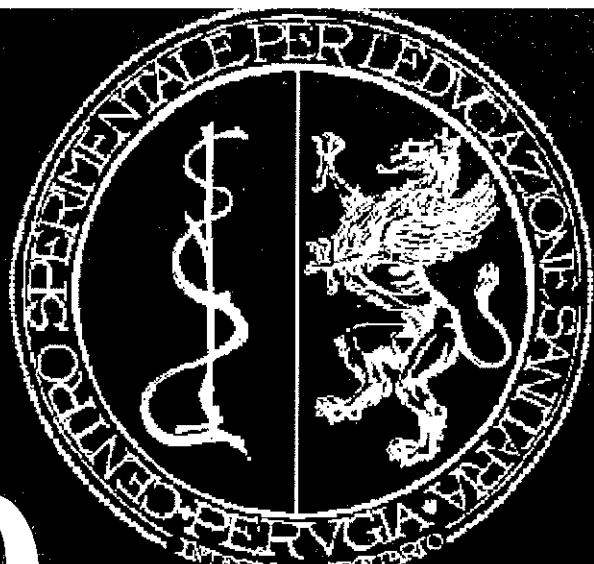


203-204

settembre-ottobre-novembre-dicembre 2006



# Salute umana

Rivista bimestrale di promozione ed educazione alla salute

## Dossier

### LA SALUTE GLOBALE - UN BENE COMUNE

Salute pubblica e governance globale

Le frontiere della salute

C'è una logica in quella follia

La morte nella medicina e le cure di fine vita

Verso una medicina integrata

Giustizia: una sfida per il futuro in un mondo multiculturale

L'assistenza sanitaria nel fronteggiare la povertà e l'esclusione sociale in Europa

# Sommario

- 2** AIES/NOTIZIARIO
- 5** Editoriale  
SALUTE GLOBALE  
*Maria Antonia Modolo*
- 8** GIUSTIZIA: UNA SFIDA PER IL FUTURO  
IN UN MONDO MULTICULTURALE  
*Vicente Navarro*
- 14** L'UNIONE INTERNAZIONALE PER LA PROMOZIONE  
EL'EDUCAZIONE ALLA SALUTE: IL CONTRIBUTO  
ALLE POLITICHE DELL'UNIONE EUROPEA  
*Maria Antonia Modolo*
- 17** DALLA SESTA ALLA SETTIMA CONFERENZA  
VERSO IL PROSSIMO FUTURO  
*Giancarlo Pocetta*
- 18** **D**ossier  
LA SALUTE GLOBALE - UN BENE COMUNE
- 21** PREMESSA
- 23** SALUTE GLOBALE E STRATEGIE PER LA SALUTE
- 24** LA SALUTE GLOBALE  
*Eduardo Missoni e Guglielmo Pacileo*
- 27** SALUTE PUBBLICA E GOVERNANCE GLOBALE  
*Enrico Materia*
- 32** LE FRONTIERE DELLA SALUTE  
*Gianfranco De Maio*
- 38** C'È UNA LOGICA IN QUELLA FOLLIA.  
LE PROSPETTIVE DELL'ETNOPSICHIATRIA E LE RAGIONI DELLE  
LOTTE ANTIMANICOMIALI
- 39** TRALA «RIVOLUZIONE PSICHIATRICA» ITALIANA E  
L'ETNOPSICHIATRIA  
*Piero Coppo*
- 42** C'È UNA LOGICA IN QUELLA FOLLIA  
*Francesco Scotti*
- 47** "FINE VITA" E CONCEZIONI DELLA MORTE NELL'ETÀ  
CONTEMPORANEA
- 48** LA MORTE NELLA MEDICINA E LE CURE  
DI FINE VITA  
*Fabio Conforti*
- 51** FINE VITA E CONCEZIONI DELLA MORTE NELL'ETÀ  
CONTEMPORANEA  
*Paolo Catanzaro*
- 57** VERSO UNA MEDICINA INTEGRATA.  
PLURALISMO DEI SISTEMI DI SALUTE E "CRITICA" DEL PARADIGMA  
BIOMEDICO
- 58** L'ANTROPOLOGIA MEDICA E IL CONCETTO DI  
"MEDICINA INTEGRATA". VERSO UNA MEDICINA  
INTEGRATA. PLURALISMO DEI SISTEMI MEDICIE  
"CRITICA" DEL PARADIGMA BIOMEDICO  
*Fabio Dei*
- 65** VERSO UNA MEDICINA INTEGRATA.  
PLURALISMO DEI SISTEMI DI SALUTE E "CRITICA"  
DEL PARADIGMA BIOMEDICO  
*Simonetta Marucci*
- 69** IL RUOLO DELL'ASSISTENZA SANITARIA NEL  
FRONTEGGIARE LA POVERTÀ E L'ESCLUSIONE  
SOCIALE IN EUROPA  
*Nicoline Tamsma e Philip C. Berman*
- 72** BLOCCO NOTES  
*a cura di Giuseppe Masanotti e Paola Beatini*

LA SALUTE UMANA, Rivista bimestrale di educazione sanitaria fondata da Alessandro Seppilli

EDITORE: Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute. PRESIDENTE: Tullio Seppilli

DIRETTORE RESPONSABILE: Maria Antonia Modolo

REDAZIONE: Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria interuniversitario

HANNO COLLABORATO A QUESTO NUMERO: Maria Antonia Modolo, Lorna Davies, Graziella Tintisona, Didier Jourdan, Dominique Berger, Philippe Lecorp, Jeanine Pommier, Sylvie Fainzang, Arnaud Simeone, Edvige Mancinelli, Lee Jong-wook, Paola Beatini

SEGRETERIA DI REDAZIONE: Paola Beatini, M. Margherita Tinarelli

GRAFICA E IMPAGINAZIONE: Paola Beatini, M. Margherita Tinarelli

STAMPA: Grafiche Sabbioni s.n.c., Trestina (PG) / Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 551 del 22.11.1978

Per gentile concessione del "Comité français d'éducation pour la santé" e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, alcuni articoli, foto e disegni sono ripresi dalla rivista "La santé de l'homme" e dai documenti O.M.S.

Abbonamento 2007: Annuale per 6 numeri € 25,00. I versamenti vanno effettuati sul c.c.p. n. 10999068

intestato alla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, via del giochetto, 6 - 06126 Perugia / e-mail: abbriv@unipg.it

## L'antropologia medica e il concetto di "medicina integrata". Verso una medicina integrata. Pluralismo dei sistemi medici e "critica" del paradigma biomedico

Fabio Dei

1.

La riflessione sul concetto di "medicina integrata", così come in questi seminari è stata proposta dall'intervento di Simonetta Marucci, può forse giovare dell'approccio dell'antropologia medica. Medicina integrata e antropologia medica partono infatti da alcune basi comuni: senza rifiutare ideologicamente i saperi e le pratiche biomediche, non accettano però di assolutizzarli e, dunque, di "naturalizzare" i problemi riguardanti corpo, salute, malattia, guarigione. L'antropologia sottolinea come questi concetti siano sempre culturalmente e socialmente condizionati. Il modo in cui le categorie culturali e le relazioni sociali influenzano l'ambito medico si chiarisce ad esempio in riferimento alle tre diverse dimensioni della malattia che l'antropologia riconosce, che rimanda ai termini inglesi *illness*, *disease* e *sickness*. Com'è noto, si intende per *illness* la dimensione soggettiva della malattia, l'esperienza di sofferenza che essa implica, vista per così dire dall'interno; per *disease* la malattia

come entità nosologica, inclusa nelle classificazioni della scienza medica, con una propria autonomia e oggettività; per *sickness* l'essere malati in quanto ruolo sociale, determinante certi comportamenti, certe regole di condotta, certi obblighi o divieti e così via. Ridurre la malattia alla sola dimensione di *disease*, come tende a fare la biomedicina, può risultare per certi versi efficace ma per altri limitante e persino fuorviante.

Gli studi sulla storia della medicina moderna mostrano proprio come essa si sia costituita astraendo una dimensione dalle altre, privilegiando l'oggettiva materialità del corpo rispetto agli aspetti sociali e morali della malattia. In particolare, come sottolineato da Michel Foucault in *Nascita della clinica*, la medicina moderna separa radicalmente "salute" e "salvezza" (o "malattia" e "peccato"), tagliando fuori dalla scienza medica l'ambito del significato, le risonanze metaforiche (moralì, religiose, sociali). Sono fuori discussione il progresso conoscitivo e i successi in termini di efficacia diagnostica e terapeutica che questo passo

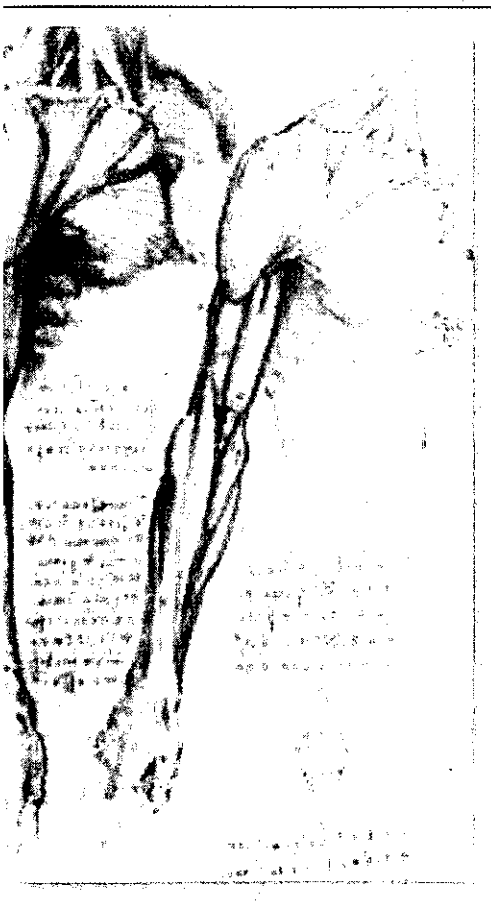


ha consentito. Il rischio consiste nell'assolutizzare una pur efficace astrazione metodologica, ritenendo non degni di considerazione quegli aspetti dell'esperienza del corpo e della malattia su cui insistevano i sistemi medici tradizionali, quelli classicamente studiati dall'antropologia, nei quali l'esperienza di malattia è costantemente associata a disturbi nelle relazioni sociali.

### 2.

Questa ristrettezza di prospettiva viene fatta rimarcare oggi dalle correnti mediche e più generalmente culturali che vanno sotto la generica etichetta di "medicine non convenzionali" (MNC). Si tratta di un movimento eterogeneo e assai complesso, che in Italia come in Europa e nei paesi cosiddetti occidentali rappresenta uno dei principali fattori di mutamento nel pensiero e nella pratica medica a partire dall'ultimo quarto del XX secolo. Non è nuova la gran parte delle discipline, delle tecniche diagnostiche o delle pratiche terapeutiche che rientrano nell'ambito delle MNC: è nuova invece la loro ampia diffusione e il loro massiccio ingresso nei canali della comunicazione di massa. Ne fa parte una gran quantità di "medicine", molto diverse fra loro ma disposte in una sorta di continuum, che va da saperi di origine orientale (come la medicina cinese tradizionale o quella ayurvedica), a tradizioni minoritarie della stessa medicina occidentale (come l'omeopatia, la naturopatia, la medicina antroposofica), a varie tecniche basate sul massaggio e sulla manipolazione corporea (chiropratica, osteopatia etc.), a tradizioni di origine popolare e folklorica (erboristeria, pranoterapia e forme di guarigione spirituale), a una miriade di discipline legate all'ambito della cultura e della spiritualità *new age*. Cosa accomuna pratiche e saperi

così diversi? Si possono forse individuare alcuni tratti caratterizzanti o somiglianze di famiglia che percorrono il continuum. In modo particolare: a) un approccio olistico, che invita a prendere in considerazione l'inscindibile unità di corpo, mente e spirito dell'individuo, e ritiene impossibile curare una parte del corpo separatamente dall'intero contesto; b) un approccio individuante, secondo il quale ogni paziente è unico e non può esser curato semplicemente come "caso" di una più generale categoria patologica; c) un approccio "naturale", che tende a rifiutare l'uso di farmaci chimicamente sintetizzati in quanto estranei all'organismo e potenzialmente "inquinanti", preferendo rimedi considerati appunto naturali (e, più in generale, considerando l'allontanamento dal naturale in direzione dell'artificiale come causa principale della malattia); d) la reintroduzione di un lessico "morale" nel discorso su corpo, salute e malattia. La malattia non insorge per caso, ma come conseguenza di una vita sbagliata (ritmi stressanti, cattiva alimentazione, etc.), e la guarigione passa attraverso la riconquista di una sorta di rettitudine morale (in questo senso è sempre un'auto-guarigione, che la terapia può agevolare ma non produrre dall'esterno); e) una concezione energetica del complesso corpo-mente, al posto della concezione meccanicistica che sarebbe propria della biomedicina. La malattia è vista come conseguenza di uno squilibrio energetico, e la terapia consiste non nel curare un sintomo o un organo specifico, ma nella restaurazione di questo equilibrio complessivo, attraverso un apporto energetico esterno o interventi che stimolano le capacità auto-reattive del paziente stesso. Come si vede, le MNC sono portatrici di una serie di istanze recuperate dalle medicine pre-moderne; in particolare, pur sostituendo un moderno lessico "energetico" al



Leonardo da Vinci, *Studi anatomici*, 1509-1518

# Dossier

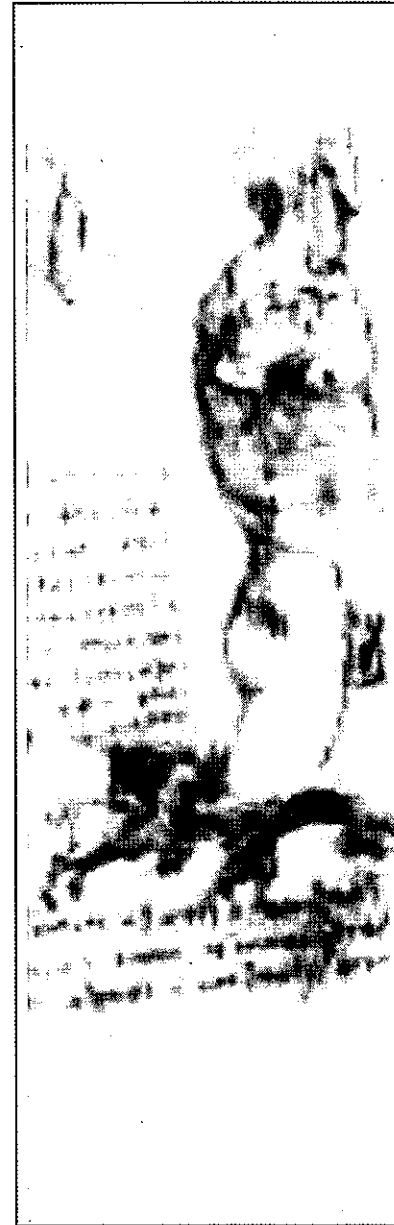
tradizionale lessico religioso, pongono con forza il problema che tanto interessa l'antropologia, quello del nesso fra malattia e relazioni sociali.

3.

I motivi della diffusione delle Mnc sono complessi, e ci tornerò più avanti. Vorrei sottolineare che non necessariamente, come da più parti si è sostenuto, esse sono alimentate dai punti deboli della biomedicina: ad esempio, dai suoi fallimenti nei confronti delle malattie degenerative, o dalla sua presunta "inumamità" (le accuse rivolte alla biomedicina di trascurare il problema del rapporto tra medico e paziente e di trattare quest'ultimo come un puro oggetto da riparare, se non infondate, si basano tuttavia su un'immagine caricaturale della reale pratica clinica). Si può anzi pensare che le radici delle Mnc facciano presa proprio sui successi della medicina convenzionale, sull'aspettativa molto alta di salute e di qualità della vita, nonché sulla ipertrofica domanda di terapia che essa ha creato e diffuso nel senso comune. Per certi versi, la biomedicina ha prodotto esigenze cui essa stessa non è più in grado di rispondere, sia in termini di efficacia sia per quanto riguarda la dimensione "significativa" della salute e della malattia. Se è così, sarebbe avvalorata la tesi della necessità di una medicina integrata, nella quale i diversi approcci si presentino come complementari più che alternativi.

L'integrazione presenta però una serie di problemi, che possono essere affrontati dal punto di vista del dibattito sul riconoscimento legislativo delle Mnc. Verso la fine degli anni '90, il parlamento europeo ha a lungo lavorato su questo tema (e così il Parlamento italiano, come altre assemblee legislative dell'Unione europea), senza tuttavia arrivare a soluzioni significati-

ve. Il parlamento europeo ha discusso in modo molto acceso una risoluzione proposta dal deputato verde Paul Lannoye, incentrata sui seguenti punti: a) il riconoscimento di fatto della diffusione delle Mnc; b) la constatazione di diverse condizioni della loro pratica nei diversi stati membri, e della necessità di uniformare i criteri di riconoscimento (un terapeuta che opera legalmente in un paese potrebbe altrimenti essere denunciato in un altro per esercizio abusivo della professione medica, ad esempio); c) il riconoscimento del principio della libera scelta terapeutica, da parte sia dei medici che dei pazienti, vale a dire la libertà per il medico di impiegare gli strumenti terapeutici che ritiene più validi, e per il paziente di orientarsi secondo le proprie convinzioni all'interno di un'offerta terapeutica di fatto differenziata (in quello che potremmo forse chiamare un sistema di pluralismo medico); d) la necessità di procedere al riconoscimento e alla regolamentazione di almeno alcune Mnc, in modo da garantire ai pazienti che esercitano la libera scelta



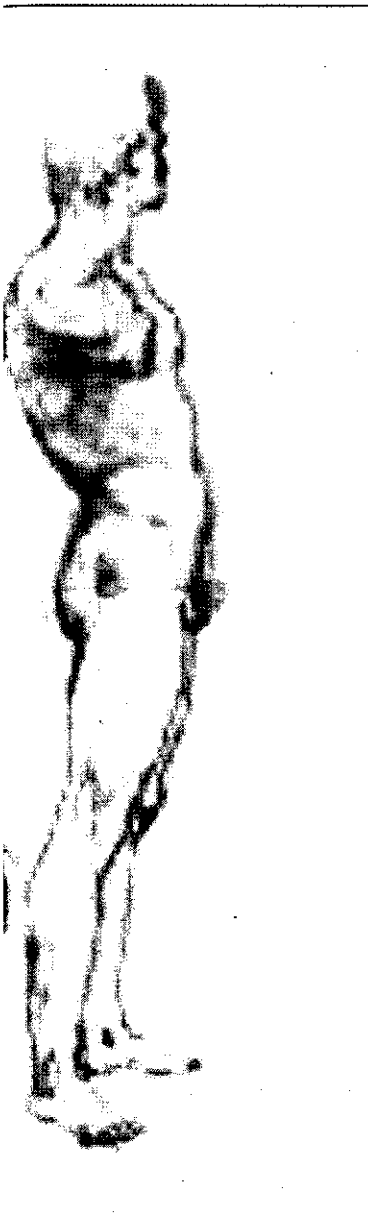
terapeutica adeguate condizioni di sicurezza e di informazione. La risoluzione, approvata nel 1997, è stata alla fine privata dei tratti più caratterizzanti, e si limita ad auspicare ulteriore ricerca sulle condizioni di sicurezza e di efficacia nella pratica delle MNC; uno svuotamento che ha portato il suo stesso proponente a non votarla. Sorte non molto diversa ha avuto un successivo disegno di legge lungamente discusso dal parlamento italiano nella legislatura conclusasi nel 2001. I motivi del mancato accordo sul riconoscimento delle MNC sono stati attribuiti da qualcuno alle pressioni negative della "lobby biomedica" e dei difensori degli interessi delle case farmaceutiche. Senza negare questo aspetto, occorre però considerare anche una serie di difficoltà e contraddizioni interne al progetto di riconoscimento.

#### 4.

Queste difficoltà si addensano proprio attorno al concetto di libera scelta terapeutica. Questo viene talvolta presentato come una semplice estensione dei diritti individuali in una società *liberal*, ma le sue implicazioni sono in realtà più ampie e ambigue. La libera scelta in un regime di pluralismo medico configura una situazione nuova nei moderni stati-nazione, che storicamente hanno basato le loro politiche sanitarie sull'alleanza e il reciproco supporto fra un'amministrazione centralizzata e burocratizzata della salute e un unico sapere, quello biomedico. È vero che la biomedicina non è mai stata veramente l'unico modello esistente, e ha sempre convissuto con "sopravvivenze" di pratiche e saperi più antichi, con una persistente cultura popolare della prevenzione e della guarigione, con la consapevolezza dell'esistenza di altre tradizioni mediche al di fuori dell'Occidente. Ma lo stato ha guardato sempre a queste

alterità come a mere "resistenze" che si opponevano a una piena affermazione del modello biomedico; ha inteso le differenze nelle arti della guarigione in termini di arretratezza e progresso, di lotta per l'affermazione della scienza contro le forze dell'oscurantismo. La figura del dottore di campagna che combatte la sua battaglia illuminista contro i maghi, l'ignoranza e le superstizioni popolari, o quella del missionario che distribuisce chinino agli indigeni di una qualche tribù africana, sono rimasti a lungo i paradigmi del rapporto fra diversi sistemi medici.

Indubbiamente, tale paradigma comincia a incrinarsi a partire dagli ultimi decenni del Novecento. Uno dei motivi consiste in quella che possiamo chiamare la "democratizzazione cognitiva" delle società occidentali, che con l'istruzione di massa e lo sviluppo dei mezzi di comunicazione vedono ridursi la distanza tra il sapere e l'autorità del medico e quella dei pazienti, e consentono ad ampie fasce di cittadini di "riappropriarsi" delle decisioni e dell'autorità riguardanti il proprio corpo e la propria salute. Sono elementi di questo quadro, ad esempio, le battaglie politiche degli anni '70 a favore della prevenzione e di un concetto di sanità centrato sulla tutela delle condizioni ambientali, e della qualità della vita prima che sugli interventi di "riparazione" dei corpi (e delle menti) individuali (si ricorderà che questa era la "filosofia" – peraltro non realizzata – che ha portato in Italia alla creazione delle Unità socio-sanitarie locali come perno della gestione pubblica della salute); e ancora, in questa prospettiva può esser letta la nascita delle associazioni di pazienti che rivendicano un ruolo attivo nella determinazione delle politiche sanitarie, lo straordinario sviluppo della divulgazione medica e delle pratiche di *self-help*, e infine, per l'appunto, la diffusione delle MNC. È significativo che alcuni piani sanitari



Leonardo da Vinci, *Studi anatomici*, 1509-1518

# Dossier

regionali, come ad esempio quello toscano di fine anni '90, si propongano di aiutare il cittadino a "orientarsi tra i vari 'modelli' di salute e sanità": una formulazione in cui dev'esser notata l'esplicita e quasi relativistica menzione di "vari modelli" medici, che almeno in teoria si pongono tutti sullo stesso piano di fronte alle possibilità di scelta del soggetto-utente (definito in questo caso "cittadino" e non "paziente"). È una concezione assai diversa da quella di un sapere-potere medico che si esercita su corpi di individui, spogliati della loro personalità sociale; ai quali si chiede solo una passiva non-interferenza con l'autorità tecnico-amministrativa dello specialista; la medicina si configura invece sempre più come un servizio sottoposto alla scelta e alla valutazione dell'utente, che anzi proprio in questa scelta esprime appieno la propria personalità sociale e i propri orientamenti culturali.

5.

Fin qui tutto bene, in apparenza. Siamo di fronte a un mutamento di clima culturale che, comunque lo si voglia giudicare, appare netto e irreversibile. Le ambiguità nascono tuttavia dalla difficoltà di conciliare il criterio della libera scelta con i criteri che guidano lo sviluppo della conoscenza scientifica. Nella modernità classica, lo stato ha dato per acquisite delle concezioni di verità ed efficacia basate sul consenso della comunità scientifica: così come nell'organizzazione dei servizi scolastici ha assunto obiettivi didattici e psicologici elaborati dalle scienze pedagogiche, nel governare il territorio assume i saperi della geologia e dell'urbanistica, e così via. In altre parole, la sua pratica amministrativa poggia su saperi esperti, su sfere cioè tendenzialmente autonome da quella politica e governate da proprie regole. Oggi, nella tarda modernità, vi sono segni evidenti di sgretolamento di



Leonardo da Vinci, *Studi anatomici*, 1509-1518

questa indipendenza di politica e scienza-tecnica. I saperi esperti sono in una netta crisi di credibilità e autorevolezza. Il crollo del mito della loro indipendenza può anche essere un fatto assai positivo, come sostiene ad esempio Bruno Latour. Ma cosa accade quando l'autorità dei saperi esperti, la loro idea di razionalità, viene soppiantata da quella di un'opinione pubblica plasmata dallo strapotere dei mezzi di comunicazione di massa? Il problema con il pluralismo medico e il principio di libera scelta è proprio questo. Quali conseguenze implica la sostituzione del consenso della comunità scientifica, come base di indirizzo delle politiche sanitarie, con le preferenze di un "mercato" della salute orientato dai media? In Italia si è avuta un'avvisaglia di questa situazione con il caso del professor Di Bella, in cui una campagna di stampa è

riuscita a imporre decisioni di politica sanitaria (l'avvio di una sperimentazione, poi risultata negativa) contro il parere praticamente unanime della comunità scientifica. L'ostilità dell'*establishment* medico alla terapia antitumorale di Di Bella è stata presentata dai media come la chiusura pregiudiziale e corporativa di un ceto privilegiato; e si è parlato immancabilmente delle pressioni e degli interessi delle case farmaceutiche. Ma nel dibattito che si è aperto, l'aspetto più sconcertante e istruttivo è stata la dimostrazione di strapotere del linguaggio e dei canali comunicativi giornalistici (ovviamente della televisione, in primo luogo) rispetto al discorso scientifico. La razionalità critica che quest'ultimo sembra ancora in grado di garantire è un valore a cui non possiamo facilmente rinunciare.

Si dirà allora: ma perché nel caso delle MNC non è possibile una verifica e un processo di integrazione con la medicina convenzionale interamente basato sui criteri della ricerca scientifica? In effetti, questo è il punto cui arrivano (e dove spesso si concludono) le risoluzioni e le prese di posizione parlamentari: incrementare la ricerca scientifica, la sperimentazione, la ricerca di “prove” di efficacia. Se questo fosse possibile, si riuscirebbe a conciliare i criteri di scientificità e la libera scelta terapeutica. Sfortunatamente, le cose non sono così semplici. Le prove di verifica sulle MNC non sono la stessa cosa della sperimentazione interna al consolidato sistema biomedico, per almeno due motivi. Il primo ha a che fare con quella che potremmo chiamare una incommensurabilità epistemologica fra i diversi sistemi. Ad esempio, come detto, la natura “individuale” delle terapie omeopatiche e di altre terapie non convenzionali, per cui si cura il paziente e non la malattia, implica che uno stesso rimedio possa non andar bene per due malattie simili, o al contrario che uno stesso rimedio possa curare tipi diversi di disturbo. Dipende dal singolo paziente. Ciò contravviene a un principio fondamentale della misurazione di efficacia nella biomedicina, e impedisce l’applicazione delle più comuni metodologie di validazione, come il doppio cieco. Inoltre, anche nel caso fosse possibile accordarsi su protocolli sperimentali (come in alcuni casi in effetti accade), resta fra i diversi sistemi una fondamentale incommensurabilità cognitiva, riguardo i modelli esplicativi della malattia e dell’azione dei farmaci. Vi sono seri tentativi, ad esempio, di promuovere la sperimentazione nel campo di MNC come l’agopuntura o l’omeopatia, e la letteratura riporta risultati interessanti. Resta il fatto che gli eventuali risultati positivi riscontrati

non sarebbero spiegabili in termini di modelli teorici. L’efficacia dei rimedi omeopatici ad alta diluizione, com’è noto, non ha spiegazioni possibili in termini allopatrici, e più generalmente nei termini della “visione del mondo” scientifica. In altre parole, se è vera l’omeopatia dovrebbe logicamente essere falsa la visione allopatrica, e viceversa. I sistemi non sono conciliabili sul piano teorico, e lo stesso vale per l’agopuntura (nonostante i tentativi di una rilettura in termini di “riflessologia”) e per molte altre MNC.

Il secondo elemento che rende difficile l’integrazione scientifica e sperimentale fra la tradizione biomedica e le MNC (e complica dunque enormemente i tentativi legislativi di riconoscimento) è l’incredibile proliferazione del numero delle stesse MNC. Non è semplice farne un censimento: comunque, se consideriamo come fonti le riviste specializzate, i repertori enciclopedici, le offerte di centri di cura e le divulgazioni tramite internet, arriviamo a contare alcune centinaia di denominazioni disciplinari. Com’è possibile riconoscerle tutte? La loro stessa varietà e costante moltiplicazione non testimonia forse contro la loro compattezza epistemica? Si può pensare che le diversissime rappresentazioni, filosofie, tecniche diagnostiche e terapeutiche che propongono siano tutte e al tempo stesso valide? Le recenti proposte di legge per il riconoscimento risolvono il problema attraverso una duplice limitazione. Prima di tutto, riservando l’esercizio delle MNC a medici laureati e appartenenti all’ordine; in secondo luogo, compilando una lista di alcune “principali” MNC, quelle che dispongono di una organizzazione internazionale e di solidi canali di formazione. La lista compilata dalla risoluzione del parlamento europeo comprende così 8 MNC: chiropratica, omeopatia, antroposofia, medicina tradizionale cinese (inclusente l’ago-

puntura), shiatsu, naturopatia, osteopatia, fitoterapia. È un elenco eterogeneo, che include alcune pratiche complementari e altre invece decisamente alternative, alcune che fanno uso di farmaci o rimedi e altre che si basano soltanto sulla manipolazione corporea, con storie e origini completamente diverse. Soprattutto, è un elenco che tiene fuori molte altre discipline, alcune delle quali fortemente radicate nella tradizione e nella cultura popolare europea: è il caso della pranoterapia o dello *spiritual healing*, che godono di ampia diffusione ma che evidentemente provocano maggior imbarazzo per le loro implicazioni magico-religiose, e appaiono dunque meno presentabili in una prospettiva di aspirazione a uno statuto “scientifico”. Ma se è solo la forza delle rispettive organizzazioni a consentire il riconoscimento, non viene meno ancora una volta il principio della libera scelta individuale?

### 7.

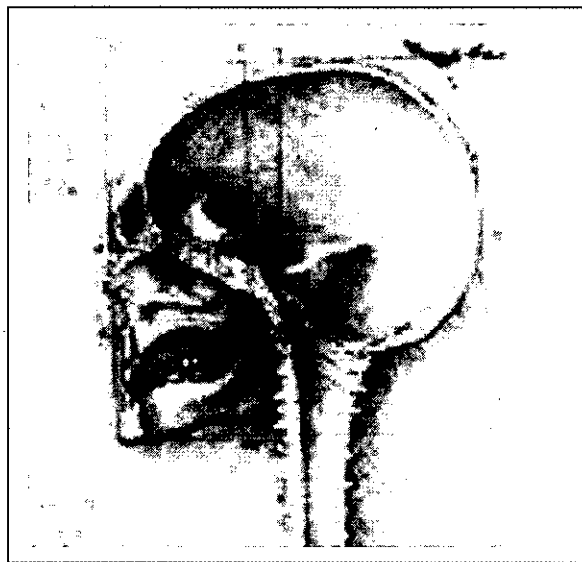
Queste mi sembrano alcune delle principali difficoltà che si incontrano sul cammino verso una medicina integrata. Quest’ultima diviene possibile in una fase di mutamento sociale e culturale caratterizzata, come abbiamo visto: a) dalla crisi di autorevolezza dei saperi esperti; b) da un processo che potremmo chiamare di democratizzazione cognitiva, a sua volta legato a c) una esplosione informativa globale che rende possibile una circolazione di idee e una moltiplicazione di “stili” culturali senza precedenti. Tutto questo contribuisce ad accentuare, rispetto al passato, una maggiore presa in carico dei problemi della salute, del benessere, della malattia e della guarigione da parte dei singoli individui. L’affidamento al medico non è più totale e passivo, e un ruolo importante gioca la responsabilità individuale per le scelte riguardanti



# Dossier

stili di vita, analisi diagnostiche e persino soluzioni terapeutiche. Questa accentuata individualizzazione, legata evidentemente alla istanza della "libera scelta terapeutica", si accompagna inoltre a un'attenzione più marcata per il corpo, il benessere, il "fitness" (anche in riferimento ai modelli promossi dai media), che pone alla medicina richieste sempre più pressanti per una fitta rete di problemi (sia fisiologici che psicologici, in passato non necessariamente medicalizzati). Infine, come abbiamo visto, in questo quadro emergono con forza concezioni "moralì" della salute e della malattia, che legano queste ultime a sistemi simbolici e, per il loro tramite, all'ambito delle relazioni sociali; in altre parole, emerge di nuovo alla superficie quella dimensione del "significato" che la moderna rivoluzione biomedica aveva cercato di espungere radicalmente. Agli elementi di indubbio progresso presenti in questo quadro si accompagnano tuttavia rischi ed ambiguità piuttosto evidenti. Come ho detto, la prospettiva di una sostituzione dell'autorità scientifica con la propaganda mediale è particolarmente preoccupante. Già qualcosa del genere è accaduto nel campo della politica, divenuto sempre più terreno di conquista dei mass-media con il rischio di uno svuotamento della democrazia. Le prospettive di una medicina integrata hanno a che fare con il difficile tentativo di conciliare il pluralismo medico e la responsabilità individuale per la salute sulla base della libera scelta terapeutica, da un lato, e dall'altro i valori e gli assetti istituzionali di una razionalità critica che, sola, può garantire lo sviluppo scientifico.

*Fabio Dei*  
antropologo, professore associato di  
antropologia culturale nella Università  
degli studi di Pisa / membro del  
Consiglio direttivo della Società italiana  
di antropologia medica (SIAM)



Leonardo da Vinci, *Studi anatomici*, 1509-1518

## SUGGERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Fra le monografie esistenti sulle MNC si segnalano il recente volume di E. COLOMBO e P. REBUGHINI, *La medicina che cambia*, Il Mulino, Bologna, 2003, ma anche i più datati lavori di N. LOSI, *Gli amici dell'acqua*, Franco Angeli, Milano, 1989 e P. LALLI, *L'altra medicina e i suoi malati*, Clueb, Bologna, 1988. Il volume della rivista "Religioni e società" dedicato a *Salute e salvezza* (vol. XIX, n. 48, gennaio-aprile 2004) propone un'ampia riflessione sulla dimensione etica e religiosa della guarigione nella cultura contemporanea. Per un quadro generale della prospettiva dell'antropologia medica su corpo, salute, malattia, si possono vedere fra gli altri i volumi di G. PIZZA, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma, 2005 e di B. GOOD, *Narrare la malattia*, Edizioni di Comunità, Milano, 1999.