

La salute come bene comune

Cristina PAPA

Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia

ABSTRACT: Comment on Tullio Seppilli, Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima, *Rischio epidemiologico e politiche delle salute. Un'intervista a Tullio Seppilli*, *Anuac*, 10, 1, 2021: 211-223.

In diversi contributi, come anche in questa intervista, Seppilli richiama più volte il concetto della “salute come bene comune”. Collocandolo all’interno del suo percorso scientifico, è utile approfondire questo concetto che ha molteplici valenze perché non solo implica una concezione della salute ma prefigura anche una soluzione rispetto a come garantirla. E mi pare che questa doppia faccia sia la differenza che separa l’analisi di Seppilli da altre analisi che si sono sviluppate all’interno dell’antropologia medica critica come quella di Paul Farmer (1992, 1996) che con l’espressione “violenza strutturale” si riferisce a quella particolare forma di violenza iatrogena che non implica un agente specifico, individuo o gruppo che sia, ma che è una conseguenza della struttura sociale stessa, dal livello locale a quello sovranazionale, che agisce attraverso le disuguaglianze di vario tipo (ambientali, sociali, economiche) che la caratterizzano e che creano anche disuguali condizioni di salute e speranze di vita per gli individui. Oppure le analisi che fanno riferimento al concetto di “sofferenza sociale” (Kleinman 1995; Kleinman, Das, Lock 1997) che rinvia ai meccanismi di oppressione iscritti nei corpi, al rapporto tra l’esperienza soggettiva della sofferenza e i rapporti di potere e subordinazione che in essa sono incorporati.

Anche nell’intervista, Seppilli insiste più volte sull’origine sociale, attraverso il sistema di potere e di classe, dei fattori che producono il rischio nel campo della salute, collocandosi lungo la stessa linea di analisi di coloro che utilizzano le categorie di violenza strutturale e di sofferenza sociale, ma pre-

This work is licensed under the Creative Commons © Cristina Papa

La salute come bene comune

2021 | ANUAC. VOL. 10, N° 1, GIUGNO 2021: 231-235.

ISSN: 2239-625X - DOI: 10.7340/anuac2239-625X-4845



ferisce utilizzare il concetto di salute come bene comune che va oltre la denuncia per prefigurare una soluzione possibile, agita e non subita dagli individui, in una sinergia tra dimensione scientifica e dimensione politica che costituisce la cifra del suo lavoro di antropologo, che si trova, si potrebbe dire con Fassin, fra “due spinte, fra la curiosità e l’indignazione, fra il desiderio di comprendere e la volontà di trasformare” (Fassin 2018: 268).

Già a partire dal 2005 Seppilli aveva cominciato a sviluppare il concetto della salute come bene comune, coordinando una serie di seminari in due diversi periodi, tra il 2005 e il 2006 (*La salute globale. Un bene comune*, 2006) e poi tra il 2009 e il 2010, che avevano coinvolto e studiosi, operatori della salute, amministratori. Il quadro di riferimento scientifico era costituito dal dibattito nazionale e internazionale intorno ai beni comuni, caratterizzato da una certa eterogeneità riguardo sia ai presupposti etici ed ideologici, sia alla titolarità dei beni che alla loro gestione (Cacciari 2010; Coccoli 2013), il quale aveva coinvolto e coinvolge tuttora non solo antropologi ma anche giuristi (Marella 2012; Rodotà 2013), economisti (Ostrom 2006; Hess, Ostrom 2009), storici del diritto (Grossi 1977). Il quadro di riferimento politico a livello internazionale era costituito dal Rapporto conclusivo della Commissione sui determinanti di salute dell’OMS in cui si afferma che l’assistenza sanitaria “deve essere considerata un bene comune e non una merce” (CSDH 2008: 8). La concettualizzazione della salute come bene comune si precisa infine in un documento (Seppilli 2010), di cui Seppilli è curatore e non autore, per valorizzare alla sua stesura il contributo di molti e i numerosi confronti sia all’interno che all’esterno della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, di cui esso rappresentava l’esito. E tuttavia la maturazione di questa posizione nasce in un contesto ancora più ampio. Quello della educazione sanitaria in cui egli si era impegnato fin dalla giovinezza anche per l’influenza di suo padre Alessandro, che ne è stato il promotore in Italia, di cui ne individua l’inizio nella sua lezione sul *Contributo dell’antropologia culturale all’educazione sanitaria* nel primo corso estivo di educazione sanitaria tenutosi a Perugia nel settembre 1958 (Seppilli 2000). A quarantacinque anni di distanza facendo il bilancio della sua esperienza egli sottolinea il rischio che, in assenza di oggettive condizioni che garantiscano la salute, l’educazione sanitaria si ponga “come una ipocrita copertura di politiche conservatrici che scaricano sulla popolazione gli effetti patogeni della carenza di investimenti pubblici per la sanità” a meno che essa non diventi un “fattore di consapevolezza e di azioni rivendicative, nelle lotte “dal basso” per un miglioramento delle condizioni di vita e di salute” (Seppilli 2000: 46). Ci sono già in queste affermazioni due elementi chiave del concetto della salute come bene comune.

Il fatto che essa debba essere garantita in primo luogo da un impegno pubblico e che essa debba essere oggetto di consapevolezza collettiva dei cittadini, bene comune perché “opera che viene via via costruita insieme” (Seppilli 2010: 376). Seppilli, mentre prende le distanze da una impostazione culturalista di tradizione nordamericana per sottolineare la matrice sociale e politica della malattia, non esclude il ruolo della cultura come “coscienza sociale”, soggettività individuale e collettiva che diventa essa stessa fattore di salute in quanto consapevolezza alla base di lotte per affermare il diritto alla salute e in quanto “competenza” di massa. Nel concetto di comune c’è dunque per Seppilli la consapevolezza della necessità di andare oltre la gestione pubblica dei servizi sanitari, che pure ha rappresentato una importante conquista nei paesi europei e almeno in Italia la gestione pubblica della sanità è stata “conquista irrinunciabile esito soprattutto delle grandi ed estese battaglie di riforma, culturali, sindacali e politiche, condotte negli anni ‘60 e ‘70” (Seppilli 2010: 373). Pensare alla salute come bene comune non deve dunque lasciar presupporre una equidistanza tra privato e pubblico, perché “nel pubblico è possibile intravedere elementi di comune” mentre il privato presuppone la considerazione della salute come merce e non come diritto.

Il concetto di salute come bene comune per Seppilli non esclude neppure il concetto di salute come “bene globale e indivisibile” che presuppone che la salute non possa essere gestita solo localmente, a causa dell’estendersi delle connessioni di ogni genere a livello globale, come la pandemia del Covid-19 ha bene evidenziato. E neanche quello di salute come diritto egualitario per tutti, che comprende anche una serie di diritti individuali che ognuno deve affrontare come individuo, come il diritto a dare il proprio consenso alle cure, quello alla riservatezza delle informazioni sulla propria salute o all’espianto di organi. Al contrario lo riassume in sé in quanto il diritto alla salute è un diritto inseparabile dall’insieme dei cosiddetti diritti umani di cui “costituisce un nodo preliminare ed essenziale” (Seppilli 2010: 377). L’individuo nel concetto di comune non viene dunque annullato anzi ne viene esaltata l’agency perché andare oltre il pubblico per arrivare al comune significa, tra gli altri cambiamenti da perseguire su cui non è qui possibile soffermarsi, anche puntare a una partecipazione e gestione comunitaria della salute che Seppilli esemplifica nei “patti per la salute” e nelle “case della salute” (Seppilli 2010: 377). Al contempo è consapevole che per raggiungere questo obiettivo sia necessario da un lato risolvere numerose questioni di carattere giuridico operativo (dalla scala in cui situare il “comune”, al rapporto con il privato, alle forme giuridico operative) e dall’altro contrastare i freni di carattere politico sociale che ostacolano la sua realizzazione, dall’indebolimento della partecipazione collettiva al rafforzamento degli orientamenti

neoliberisti e forme di aziendalizzazione tecnocratica nella organizzazione dei sistemi compreso quello sanitario, in molte parti del globo. Se confrontiamo lo scenario delineato da Seppilli con quello che è accaduto nell'ultimo anno, caratterizzato da una crisi mondiale causata da una pandemia provocata da un virus prima sconosciuto, possiamo rilevare dei cambiamenti positivi rispetto al valore riconosciuto alla salute e all'assistenza sanitaria. La pandemia ha spostato in avanti la consapevolezza a livello planetario che la salute, bene globale e indivisibile, non può essere garantita con iniziative adottate singolarmente dagli stati o con soluzioni escludenti parti della popolazione sia a livello locale che mondiale. Da più parti si sono levate proposte compresa la presidenza degli Stati Uniti per eliminare le protezioni dei brevetti sui vaccini, per renderli accessibili anche alle popolazioni più povere del pianeta, con intenti non tanto morali quanto utilitaristici considerata la diffusione globale del virus. Non sembra ad oggi che questa proposta possa avere un esito positivo almeno nel breve termine, grandi interessi geopolitici ed economici vi si oppongono. Tuttavia l'estendersi progressivo della globalizzazione e dei suoi effetti può avere ricadute ora impensabili sul piano dei diritti, ampliando insieme alle disuguaglianze, evidenziate anche dall'epidemia del Covid-19, le contraddizioni e i conflitti per ridurle, così come la coscienza degli esiti distruttivi che ne derivano. In questo contesto complesso il concetto della salute come bene comune rilancia una sfida non facile al livello globale, quello in cui i problemi oggi si pongono.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Cacciari, Paolo, ed, 2010, *La società dei beni comuni. Una rassegna*, Roma, Ediesse.
- Coccoli, Lorenzo, 2013, *Commons/beni comuni. Il dibattito internazionale*, Firenze, goWare.
- CSDH, 2008, *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, Geneva, World Health Organization.
- Farmer, Paul, 1992, *Aids and accusation: Haiti and the geography of blame*, Berkeley, University of California Press.
- Farmer, Paul, 1996, On suffering and structural violence: a view from below, *Daedalus*, 125, 1: 261-283.
- Fassin, Didier, 2018, *Ragione umanitaria. Una storia morale del presente*, Roma Deriveapprodi.
- Grossi, Paolo, 1977, *Un altro modo di possedere. L'emersione di forme alternative di proprietà alla coscienza giuridica postunitaria*, Milano, Giuffrè.
- Hess, Charlotte, Elinor Ostrom, eds, 2009, *La conoscenza come bene comune. Dalla teoria alla pratica*, Milano, Bruno Mondadori.

- Kleinman, Arthur, 1995, *Writing at the margin: Discourse between anthropology and medicine*, Berkeley, University of California Press.
- Kleinman, Arthur, Veena Das, Margaret Lock, eds, 1997, *Social suffering*, Berkeley, University of California Press.
- La salute globale. Un bene comune*, 2006, Dossier de *La Salute Umana. Rivista bimestrale di promozione ed educazione alla salute*, 203-204: 19-68.
- Marella, Maria Rosaria, ed, 2012, *Oltre il pubblico e il privato. Per un diritto dei beni comuni*, postfazione di Stefano Rodotà, Verona, Ombre Corte.
- Ostrom, Elinor, 2006, *Governare i beni collettivi. Istituzioni pubbliche e iniziative delle comunità*, Venezia, Marsilio.
- Rodotà, Stefano, 2013, *Beni comuni*, Modena, Consorzio festivalfilosofia.
- Seppilli, Tullio, 2000, Il contributo dell'antropologia culturale alla educazione sanitaria: quarantacinque anni dopo, *Educazione sanitaria e promozione della salute*, 23, 1: 41-48.
- Seppilli, Tullio, ed, 2010, Salute e sanità come beni comuni: per un nuovo sistema sanitario, *La Salute Umana. Rivista bimestrale di promozione ed educazione alla salute*, 33, 4: 369-381.