

✘Alessandro Rinaldi

Abbiamo capito che il medico non può limitarsi a riparare i guasti ignorandone le cause, poiché il suo ruolo è in sé politico e quindi la sua funzione deve essere anche quella di denunciare e mettere in discussione situazioni e strutture sociali potenzialmente patogene.

Ogni volta che mi capita di tenere delle relazioni sulla salute globale e sulla [Rete Italiana Insegnamento Salute Globale](#) (RIISG) provo ad ascoltare i commenti delle persone che hanno assistito. Tra queste ce ne sono alcune che mi dicono di non aver capito quale tipo di novità porti questo approccio, e altre che rimproverano alla salute globale di avere un'impostazione troppo teorica che si limita a descrivere processi a livello macro-sociale. Dopo aver ascoltato, mi rendo conto con rammarico e un pizzico di frustrazione che il principale responsabile di questa incomprensione sono io che non riesco a tradurre in un linguaggio nuovo e comprensibile quello che dico, quello in cui credo.

Per questo motivo ho deciso di provare a descrivere la salute globale e la RIISG attraverso il racconto della mia esperienza di vita, rinunciando ai confortanti schematismi accademici.

Posso dire che il mio percorso all'interno della RIISG sia iniziato ancora prima della sua istituzione, avvenuta nel 2010. Stavo per finire l'università e facevo parte di un'associazione di studenti di medicina: il [Segretariato Italiano Studenti in Medicina](#) (SISM). **A partire dal 2007 ci siamo iniziati a interrogare criticamente su alcuni progetti di cooperazione sanitaria internazionale a cui l'associazione partecipava.** Ci chiedevamo quanto fosse legittima la nostra presenza come medici "occidentali" in contesti a noi sconosciuti, e da cosa scaturisse tutta quella disperazione e miseria che prendeva forma nel corpo delle

persone malate e che noi volevamo aiutare. Ci rendevamo conto che le cose erano molto più complesse di quanto avevamo pensato e siamo arrivati alla conclusione che, per quanto in buona fede, i nostri tentativi di aiuto rischiavano di alimentare e legittimare la subalternità culturale e politica dei sud del mondo nei confronti di quello occidentale.

Per questo motivo abbiamo deciso di avvalerci dell'esperienza di alcuni docenti e operatori sociosanitari che facevano parte dell'[Osservatorio Italiano sulla Salute Globale](#) (OISG). Grazie a questa collaborazione siamo riusciti a organizzare un evento di formazione nazionale di tre giorni che abbiamo chiamato [Laboratorio di Mondialità](#)[1].

Questo incontro ha contribuito alla nascita della RIISG, che da subito si è caratterizzata per una elevata eterogeneità interna (studenti, docenti, ONG come [Medici con l'Africa CUAMM](#), società scientifiche) e per una partecipazione sostanziale e non formale delle diverse anime che la compongono: docenti, discenti e 'società civile' impegnati nello sforzo comune di cercare un altro approccio formativo per garantire il diritto di tutti alla salute.

La riflessione critica sulla cooperazione internazionale ci ha portato a interrogarci su quali siano state le cause storiche, politiche ed economiche alla base delle grandi disuguaglianze tra Nord e Sud del mondo. Abbiamo analizzato in profondità il colonialismo e la fase di decolonizzazione, i processi politici che hanno portato i Paesi "in via di sviluppo" a indebitarsi progressivamente e i meccanismi economici loro imposti per saldare i debiti contratti (Piani di Aggiustamento Strutturale).

Questo percorso iniziale ci ha fatto capire che eseguire un atto medico senza tener conto del contesto sociale patogeno rende il medico "come il secondo del pugile, che alla fine del round gli cuce rapidamente la spaccatura del sopracciglio, gli massaggia un po' il torace e poi lo butta un'altra volta sul ring perché si faccia picchiare un'altra volta da quell'altro"[2].

Così facendo abbiamo capito che il medico non può limitarsi a riparare i guasti ignorandone le cause, poiché il suo ruolo è in sé politico e quindi la sua funzione deve essere anche quella di denunciare e mettere in discussione situazioni e strutture sociali potenzialmente patogene.

Abbiamo poi cercato di inserire queste riflessioni all'interno di un quadro ben più ampio, un quadro globale. Per poterlo fare abbiamo approfondito la globalizzazione e le politiche neoliberiste che l'hanno principalmente caratterizzata a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso, e che di fatto hanno sancito il passaggio del concetto di salute intesa come diritto a quello salute intesa come bene economico[3].

Questo lungo percorso, riassunto brevemente, ci ha consentito di elaborare un percorso formativo da proporre nei corsi di salute globale che non può prescindere da questi temi: la salute e i suoi determinanti sociali, le disuguaglianze in salute, l'origine e lo sviluppo dei sistemi sanitari e l'influenza della globalizzazione sui sistemi sanitari e sulla salute delle persone.

Attualmente, all'interno della RIISG stiamo ragionando non più soltanto su cosa insegnare ma anche e soprattutto su come insegnare. Questa riflessione è scaturita anche dall'incontro e dalla riscoperta del pensiero della medicina critica degli anni '60-'70 del secolo scorso. Nel 1974 Giorgio Bert, nel suo libro **"Il medico immaginario e il malato per forza"** apparso nella collana "Medicina e Potere" diretta da Giulio A. Maccacaro, affermava che "contenuti in sé buoni vengono vanificati da una metodologia scorretta[4]. Ad esempio, in un contesto didattico di tipo nozionistico i contenuti vengono in genere trasformati e frammentati in materie di esame e perciò svuotati di vita e di verità. [...] Per questo motivo non è ciò che si insegna che disturba, contrariamente a quel che credono i mediocri più zelanti e i riformisti più ingenui, ma il modo con cui lo si insegna, oltre al fine cui tale insegnamento tende. Ora il nostro sistema scolastico è costruito in modo tale che possono essere impunemente introdotte come materie di insegnamento la rivoluzione, la lotta di classe, la fame nel mondo e il neo colonialismo, la guerra del Vietnam, la storia della FIAT, rendendo questi argomenti irreali, sganciati dalla vita, privi di mordente e di realtà, come se si trattasse di avvenimenti o di esperimenti, così da suscitare noia o al massimo blando interesse. [...] Tuttavia siamo ancora al punto che docenti e autorità hanno paura perfino dei contenuti, così che questi mantengono una certa carica eversiva, se non altro a livello di richieste".

Il moderno sapere medico si è formato attraverso un metodo che ha trasformato le persone in casi da osservare e numeri da ordinare. Questo metodo è nato all'interno degli ospedali negli ultimi anni del XVIII secolo, e ha allenato lo sguardo del medico a ridurre e a neutralizzare la persona che aveva davanti a sintomo, malattia, accidente[5].

Questo tipo di formazione confina l'intervento del medico ai soli problemi diagnostico-terapeutici e il medico la deve accettare o per lo meno "subire" nella convinzione che non vi siano alternative. In cambio "egli ha possibilità di guadagno ignote alla maggior parte dei lavoratori e può esercitare il suo potere all'interno di tale logica allo scopo di ottenere vantaggi economici o di prestigio. Raramente questo tipo di potere viene impiegato per la pubblica denuncia di situazioni sociali patogene come lo sfruttamento, l'emarginazione o l'uso anomalo della scienza. Questo perché la facoltà di medicina è finalizzata a produrre un certo tipo di medico che serva, senza disturbare, un certo tipo di società."[4].

Per questi motivi, come RIISG abbiamo capito che a nulla vale parlare di determinanti e disuguaglianze in salute o di modelli di assistenza proattivi, senza cambiare radicalmente la formazione. Come si può pretendere infatti anche solo di pensare a modelli assistenziali centrati sulla persona quando le persone che dovrebbero animarli con la loro professionalità sono state educate all'obbedienza e alla riduzione dell'essere umano al sintomo, della responsabilità al compito, della vita ad accidente statistico?

Ritengo che le principali lacune nella nostra formazione di professionisti della salute non siano legate al funzionamento dell'università (numero degli studenti per corso e delle aule, contenuti diversi, durata della formazione, ecc...) ma alla sua inadeguatezza nel formare persone "capaci di inserirsi utilmente in una comunità urbana o rurale, di averne cura, di intenderne i problemi di malattia e difenderne il diritto alla salute"[6].

Per capire infine cosa è necessario apprendere/insegnare, è importante comprendere quale funzione vogliamo svolgere come professionisti all'interno della società. E questo tipo di riflessione non può avvenire senza l'analisi critica della società in cui viviamo e senza l'ascolto delle persone che ne subiscono le contraddizioni patologiche e disumanizzanti. **Non è più sufficiente partire dalla malattia ma nemmeno "soltanto" dalla salute; è necessario ripartire dalle persone e dalle loro vite. Solo lavorando insieme con le persone sarà possibile ricostruire e ridare nuovo senso alle nostre pratiche, alla nostra funzione.**

Alessandro Rinaldi (Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva, Sapienza Università di Roma)

[Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale](#) (RIISG)

Nota. Il post è estratto da una relazione tenuta dall'autore in occasione del workshop "La formazione del medico igienista", organizzato dalla Prof.ssa Leila Fabiani e dalla sua équipe presso la Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi dell'Aquila.

Bibliografia

1. Segretariato Italiano Studenti in Medicina. [Il Laboratorio di Mondialità: il nostro approccio per la formazione in Salute Globale](#). Saluteinternazionale.info, 06.10.2010
2. Laura Conti in L'uso Di Classe Della Medicina relazione di apertura di G. A. Maccacaro nel dibattito su "L'uso di classe della medicina" svoltosi a Modena il 25 febbraio 1972. Questo testo corrisponde alla registrazione di quanto detto in apertura del dibattito.

3. Maciocco M. *Politica, Salute e Sistemi Sanitari. Le Riforme dei Sistemi Sanitari nell'Era della Globalizzazione*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2009.
4. Bert G. *Il medico immaginario e il malato per forza*. Milano: Feltrinelli, 1974.
5. Foucault M. *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*. Milano: Einaudi, 1998.
6. Maccacaro G.A. *Una Facoltà di Medicina capovolta*. Intervista pubblicata su "Tempo Medico", novembre 1971. In Maccacaro Giulio, "Per una medicina da rinnovare". Milano: Feltrinelli, 1979.