

Introduzione

di Mara Tognetti*

Il processo di globalizzazione, di transnazionalizzazione e di digitalizzazione che connota la società nel nuovo millennio pongono sfide e interrogativi per la salute e il benessere degli individui e delle collettività non immaginabili nel secolo passato.

In particolare la digitalizzazione e tutte le forme di eHealth costituiscono per la salute e il sistema della salute, nel suo complesso, una delle maggiori sfide. Per alcuni si tratta di un cambiamento culturale paragonabile all'introduzione della stampa (Tognetti Bordogna, 2017). Tale processo, oltre che incidere sulle pratiche sanitarie, ridefinisce la relazione medico-paziente liberandola da vincoli di competenza in quanto molte conoscenze sulla malattia sono alla portata di tutti. In particolare la diffusione di nuove tecnologie, l'@care in generale, richiede un forte impegno da parte del singolo chiamato a compiere direttamente pratiche sanitarie, a trasmettere e produrre in autonomia dati, che nel precedente secolo erano di esclusiva spettanza dei professionisti della sanità. Un concorso alla produzione della salute non immaginabile alcuni decenni fa. Inoltre, le nuove tecnologie consentono di disporre di una quantità di informazioni sia di tipo sanitario che biografico, tali da permettere una definizione del processo di cura culturalmente competente e coerente anche con le singole identità, gli specifici percorsi biografici, oltre che personalizzata in relazione allo specifico patrimonio genetico.

Anche la globalizzazione della società pone nuovi interrogativi e richiede di guardare ai determinanti globali della salute quali i cambiamenti climatici, l'innovazione tecnologica ma anche alle dinamiche macroeconomiche, e in particolare al meticciamiento dei comportamenti di salute, nonché all'incremento delle possibilità di contagio al di là dei tradizionali confini

* Docente di Politiche sanitarie nella Facoltà di Sociologia, Università di Milano-Bicocca, dirige l'Osservatorio e Metodi per la Salute della medesima Università, è componente del Direttivo della Sezione di Sociologia della Salute e Sociologia della Medicina, Associazione Italiana di Sociologia.

geografici azzerati dai viaggi e dagli scambi intercontinentali. Si pensi alla diffusione anche sul territorio italiano della cosiddetta malattia del Nilo.

Così come il processo di transnazionalizzazione presenta caratteri particolari sul piano della salute, a partire dalle pandemie globali per arrivare a vissuti e comportamenti di salute, i cui elementi culturali fondanti si sono strutturati nei contesti di origine degli individui. Tali elementi si sono poi concretizzati nei comportamenti e nelle pratiche in contesi dai caratteri geoculturali differenti, che costituiscono i nuovi ambiti di vita, dai sistemi sanitari specifici. Inoltre saranno sempre più diffusi i comportamenti di salute transnazionali: alcune prestazioni saranno richieste in un dato Paese perché meno costose, altre in un altro Paese perché più specialistiche o perché si vive prevalentemente in un nuovo contesto.

A questi nuovi fattori si aggiungono le disuguaglianze di salute che oltre ad aumentare (Marmot, 2016) ed essere «specchio di tutte le altre disuguaglianze», assumono caratteri nuovi: *digital divide*, disuguaglianze di accesso, disuguaglianze da cattiva *literacy*, razializzazione della relazione di cura.

Il nuovo millennio richiede dunque di guardare alle transizioni epidemiologiche e demografiche (cronicità, invecchiamento della popolazione, ecc.) ma anche ai grandi cambiamenti culturali e tecnologici, nonché alla dimensione locale e globale della salute e della malattia, per comprendere appieno i nuovi scenari, i nuovi sviluppi e le nuove pratiche di salute.

Quello che appare sempre più chiaramente, agli studiosi e non, è che la salute e la malattia non sono più solo campo dei singoli e dei sistemi sanitari, bensì questioni collettive, relazionali e culturali. Siamo di fronte a beni comuni (Seppilli, 2010), quali diritti fondamentali ed essenziali affinché l'individuo possa essere tale a pieno titolo, ma dai caratteri declinati sia localmente che globalmente. Sono i contesti e come questi determinano i comportamenti dei singoli, le loro relazioni locali e transnazionali, la loro agency ad assumere un ruolo sempre più centrale nella costruzione del benessere sia individuale che collettivo.

Certamente il forte processo di cronicizzazione e di degenerazione delle patologie determinerà nuovi compiti e nuove responsabilità, sia di tipo diagnostico che terapeutico, per i singoli, per il loro gruppo di appartenenza, ma tali responsabilità saranno sostenute e accompagnate anche dalle nuove tecnologie e da competenze e conoscenze sanitarie sempre più diffuse e alla portata di tutti, proprio grazie alla società della comunicazione, delle *App*, dei big data, e di internet. Avremo così forme di monitoraggio remoto, di analisi automatizzata, una vera e propria «riconfigurazione del paziente».

Cresce la competenza degli individui circa le malattie della società ma cresce anche la ricerca e con essa la disponibilità di farmaci finalizzati a

migliorare le proprie prestazioni. Farmaci o vere e proprie droghe che vengono assunte senza la mediazione del medico o del farmacista. Un processo di farmacologizzazione della società che cresce grazie a internet e al ruolo dei promotori farmaceutici nonché al marketing del farmaco e alle assicurazioni (Busfield, 2006, 2010; Tognetti Bordogna, 2017). Tutti promotori del processo di farmacologizzazione che *offrono*, secondo un modello molto aggressivo, sia agli individui che ai medici, un mercato ricco di farmaci prestazionali per trattare *nuove malattie*, nuovi rischi (*disease mongering*). Tale processo è ulteriormente accelerato dal sempre più ampio utilizzo delle *App* per la salute (Maturò, Moretti e Atzori, 2018), per la misurazione delle normali attività quotidiane. Misurare il numero di passi fatti, la quantità di acqua ingerita nel corso della giornata, il numero di calorie e di grassi ingeriti, mediante supporti tecnologici sempre più sofisticati, è diventata un'abitudine quotidiana per molti. L'immagazzinamento di dati, la loro trasformazione in grafici consente proprio attraverso il *self-tracking* o *quantified-self*, di avere un quadro teoricamente oggettivo del proprio stato fisico ed emotivo. Pratiche di automonitoraggio considerate sempre più centrali per il proprio stato di salute (Piras e Miele, 2016) rese ancora più accattivanti dalla gamificazione delle pratiche stesse (Jagoda, 2013).

Le molte sfide della nostra società richiedono dunque un forte cambiamento culturale che va ben oltre la sola capacità di governare i nuovi strumenti e le nuove pratiche di salute. Una nuova riorganizzazione del sistema salute e un ripensamento delle competenze professionali, dei processi di lavoro e di cura, proprio per il mutamento che la sfida tecnologica e la transizione epidemiologica pongono, sia sul piano individuale delle pratiche che dell'assetto organizzativo.

Il numero monografico di *Welfare & Ergonomia*, intitolato *Benessere e Salute nel terzo millennio* affronta diverse di queste questioni e tematizza con particolare attenzione un aspetto, che pur in uno scenario di forte mutamento come abbiamo sinteticamente delineato, è ancora troppo misconosciuto, ossia la medicina di genere.

La medicina di genere, partendo dalle discriminazioni che anche nella cura sono a carico delle donne, evidenzia come a loro carico vi siano un numero maggiore di errori diagnostici, ricevano meno cure e siano poco rappresentate nella sperimentazione di nuovi farmaci. Finalmente il riconoscimento (Healy, 1991) che gli uomini e le donne si ammalano in modo diverso e che pertanto anche la ricerca scientifica deve tenerne conto, costituirà una nuova rivoluzione in medicina, in quanto nella diagnosi, cura e trattamento si seguiranno strade specifiche (per gli uomini e per le donne) ovviamente pur non dimenticando le somiglianze e le differenze.

Nuovi scenari e nuove sfide si delineano sulla scena della cura per il nuovo millennio, la cui portata introdurrà forti cambiamenti e vere e proprie rivoluzioni.

Il numero monografico si apre con un contributo sui determinanti globali della salute e sulla sostenibilità della copertura sanitaria universalistica scritto da Eduardo Missoni. L'autore, esperto di salute globale, mette bene in evidenza come uno sguardo alla salute e ai sistemi di cura locale sia inadeguato in quanto sono i determinanti remoti e le forze globali che, interagendo con quelli nazionali, determinano i nuovi quadri di salute e di malattia, al pari di altre questioni globali come la sicurezza, la sostenibilità dello sviluppo e i diritti umani. Nella sua analisi poi l'autore ricorda come i sistemi di salute siano qualche cosa di ben più ampio dei sistemi sanitari. Particolarmente interessante è la sottolineatura di come le forze transnazionali contribuiscano a definire le politiche nazionali e come la globalizzazione del modello neoliberale, oltre che aver prodotto effetti sulle singole realtà, abbia contribuito all'indebolimento del ruolo di guida dell'OMS.

Sono poi affrontati temi come quello delle assicurazioni private in relazione al buon funzionamento dei sistemi pubblici e il processo di farmacologizzazione proprio in seguito all'espansione globale di internet. L'autore si cimenta poi con possibili indicazioni operative di soluzione alle nuove sfide evidenziando come sia proprio la presenza della rete a richiedere misure globali in cui «l'assistenza sanitaria deve tornare ad essere centrata sulle comunità e sulle persone» (Missoni, p. 31).

Il secondo contributo di Luca Giachi e Daniele Babusci si focalizza sulle disuguaglianze di salute e il peso dei diversi sistemi sanitari regionali, dopo aver ricordato, sulla base di alcuni indicatori, la bontà del sistema sanitario italiano. L'attenzione è dedicata alla spesa sanitaria, il suo andamento, il peso del costo del personale e quello della spesa farmaceutica nelle diverse regioni. Alla fine della sua analisi gli autori aggregano i comportamenti regionali in tre gruppi:

- il gruppo *Vulnerabilità socio sanitaria* che comprende Campania, Puglia, Sicilia, Calabria;
- il gruppo *Pro-attivi* comprendente Abruzzo, Basilicata, Marche, Molise, Sardegna, Umbria;
- il gruppo *Sanità ambivalente* con Piemonte, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Valle d'Aosta, Veneto, Toscana, Emilia Romagna.

Le analisi e le osservazioni degli autori sostanzialmente rivisitano la tradizionale ripartizione Nord, Centro e Mezzogiorno.

Il terzo contributo di Maurizio Marino, Raffaella Rusciani, Giuseppe Costa e Teresa Spadea, fondandosi sui dati Multiscopo ISTAT del 2005 e

2013, analizza le specificità dei pazienti che con maggiore assiduità frequentano il medico di famiglia (*frequent attenders*), ne identifica i maggiori determinanti dell'accesso e poi sottolinea le differenze fra le due rilevazioni. Considerevoli risultano essere le caratteristiche socio economiche assieme, ovviamente allo stato di salute, fisica e mentale. I *frequent attenders* si hanno fra coloro che hanno una maggiore età e fra le donne, anche se l'incremento riscontrato fra il 2005 e il 2013 è maggiormente a carico degli uomini. Emergono altresì differenze geografiche, ma fra gli anziani è la situazione socio-economica a fare la differenza, mentre fra le donne l'incidenza maggiore si ha fra coloro che vivono sole. Oltre allo stato di salute pesano sui *frequent attenders* i determinanti non clinici.

Anna Rosa Favretto e Francesca Zaltron analizzano la malattia cronica nell'infanzia e ne evidenziano le pratiche che i bambini e i preadolescenti mettono in atto per fronteggiare l'esperienza della malattia. Nel contributo sono focalizzate le competenze, le pratiche, i saperi che i bambini e i preadolescenti apprendono, utilizzano e rielaborano nella loro relazione di cura con personale sanitario, educatori, insegnanti e coetanei. Particolarmente interessante il contributo e il filone di ricerche che queste autrici stanno seguendo da tempo sulla partecipazione attiva dei bambini e delle bambine nella costruzione dei percorsi di cura che li riguardano, secondo una prospettiva di agency. Le autrici restringono a tre le questioni che il loro lavoro evidenzia, innanzitutto è necessario guardare alle competenze che i bambini mettono in gioco e apprendono nelle loro esperienze di malattia. In secondo luogo è necessario guardare ai contesti che strutturano le relazioni e i significati della salute e della malattia e alla loro varietà. Infine, le autrici sottolineano l'importanza, da parte degli adulti, di riconoscere ed essere consapevoli delle asimmetrie che caratterizzano l'esperienza della malattia nei bambini e nelle bambine.

Silvia Formasini, Francesco Miele e Enrico Maria Piras guardano alle innovazioni tecnologiche sperimentate in oncologia al fine di definire un nuovo sistema di somministrazione più sicura della terapia. Dopo un ampio inquadramento teorico gli autori illustrano i risultati di una ricerca etnografica effettuata tra il 2015 e il 2016 nei reparti di farmacia e oncologia di due ospedali italiani, seguendo la logica dell'etnografia organizzativa. In estrema sintesi gli autori concludono il loro contributo sottolineando come il processo di somministrazione dei farmaci non sia garantito da una singola tecnologia ma coinvolga artefatti eterogenei. Nonostante la sempre più forte specializzazione esistono spazi organizzativi in cui l'interazione e il coordinamento prendono piede. Infine emerge come la sicurezza nella somministrazione dei farmaci non sia semplicemente riconducibile alle sole innovazioni, ma alla coesistenza di nuove e vecchie pratiche socio-materiali.

L'ultima parte del numero monografico di *Welfare & Ergonomia* è dedicata alla medicina di genere con quattro brevi ma importanti contributi.

Il primo di Gabriella Liberati che affronta l'importanza di tali studi e in generale come essi costituiscano ancora una sfida per la medicina ma anche un'occasione importante per una medicina efficiente e personalizzata. Il secondo contributo di Rosa Vona, Alessandra Carè e Elisabetta Straface evidenzia la differenza fra uomini e donne a partire dagli studi sulle cellule. Mentre Roberto Volpe guarda alle diversità tra uomini e donne in relazione al rischio cardiovascolare. Infine Paolo Giorgi Rossi, analizzando l'epidemiologia dei tumori, evidenzia l'importanza dello sviluppo di un approccio di genere, che vada oltre la differenza di occorrenza.

Il numero della rivista dedicato a *Benessere e salute nel terzo millennio* appare molto ricco in termini di presentazione di risultati di ricerca ma in particolare perché tali ricerche riguardano temi di vitale importanza per una buona sanità futura. In futuro, le persone dovrebbero essere poste al centro della scena della cura indipendentemente dall'età, dal genere, dalle condizioni socio economiche e dai contesti di vita. Con tali ricerche si comincia poi a dipanare anche questioni sempre più centrali per il futuro della salute individuale e collettiva delle persone in una società in forte transizione.

Riferimenti bibliografici

- Busfield J. (2006). Pills, Power, People: Sociological Understandings of the Pharmaceutical Industry. *Sociology*, 40(2): 297-314. DOI: 10.1177/0038038506062034.
- Busfield J. (2010). A Pill for Every Ill: Explaining the Expansion in Medicine Use. *Social Science & Medicine*, 70(6): 934-941. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.10.068.
- Healy B. (1991). The Yentl Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 325: 274-276.
- Jagoda P. (2013). Gamification and Other Forms of Play. *Boundary*, 40(2): 113-144. DOI: 10.1215/01903659-2151821.
- Marmot M. (2016). *La salute diseguale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Maturo A., Moretti V. e Atzori F. (2018). Dalle politiche sociali all'algoritmo: le app per la salute come agenti di medicalizzazione. *Politiche Sociali*, 2: 201-216. DOI: 10.7389/90594.
- Piras E.M. and Miele F. (2016). Clinical Self-tracking and Monitoring Technologies: Negotiations in the ICT-mediated Patient-provider Relationship. *Health Sociology Review*, 26(1): 38-53. DOI: 10.1080/14461242.2016.1212316.
- Seppilli T., a cura di (2010). *Salute e sanità beni comuni. Per un nuovo sistema sanitario*. Perugia: Fondazione Angelo Celli.
- Tognetti Bordogna M. (2017). *Nuovi scenari di salute. Per una sociologia della salute e della malattia*. Milano: FrancoAngeli.