

ITACA
Itinerari di Antropologia Culturale

Collana diretta da
Cristina Papa

11.

Morlacchi Editore

ITACA
Itinerari di Antropologia Culturale

La collana ITACA accoglie studi e ricerche di antropologia culturale intesa in una accezione larga, che oltrepassa le tradizionali partizioni areali, tematiche e temporali. Si rivolge ad un pubblico universitario e specialistico.

COMITATO SCIENTIFICO

Fabio Dei (*Università di Pisa*) - Alessandro Lupo (*Università di Roma La Sapienza*) - Roberto Malighetti (*Università Milano Bicocca*) - Chris Shore (*Università di Auckland*) - Valeria Siniscalchi (*EHSS Marsiglia - Centre Norbert Eliàs*) - Filippo Zerilli (*Università di Cagliari*)

DIREZIONE

Cristina Papa (*Università di Perugia*)

COMITATO DI REDAZIONE

Giancarlo Baronti - Giancarlo Palombini
Daniele Parbuono - Sandro Piermattei - Georgeta Stoica

Tutti i volumi sono sottoposti a duplice referaggio anonimo.

a cura di Donatella Cozzi

Le parole dell'antropologia medica
Piccolo dizionario

Morlacchi Editore

in omaggio a Tullio Seppilli

Prima edizione: 2012

ISBN/EAN: 978-88-6074-526-2

copyright © 2012 by Morlacchi Editore, Perugia.
Tutti i diritti riservati. È vietata la riproduzione, anche parziale, con qualsiasi mezzo effettuata, compresa la copia fotostatica, non autorizzata.
editore@morlacchilibri.com – www.morlacchilibri.com
Finito di stampare nel mese di novembre da Digital print-Service, Segrate.

Indice

Donatella Cozzi	
Introduzione	9
Massimiliano Minelli	
1. Capitale sociale e salute	13
Andrea Caprara	
2. Contagio	53
Gianfranca Ranisio	
3. Corpo femminile e medicalizzazione	67
Donatella Cozzi	
4. Dolore	85
Giovanni Pizza e Helle Johannessen	
5. Incorporazione e Stato	113
Alessandro Lupo	
6. Malattia ed efficacia terapeutica	127
Fabio Dei	
7. Medicine non convenzionali: una prospettiva antropologica	157
Giovanni Pizza	
8. Medicina popolare: una riflessione	181

Donatella Cozzi	
9. Narrazione della malattia	205
Sergio Zorzetto e Giuseppe Cardamone	
10. Salute mentale di comunità. Osservazioni etnopsichiatriche	225
Giuseppe Cardamone e Michela Da Prato	
11. Salute mentale e migrazioni. Ipotesi esplicative per il binomio	239
Salvatore Inglese	
12. Sindromi culturalmente caratterizzate (Culture-Bound Syndromes)	253
Pino Schirripa	
13. Sistema Medico. Campo politico, istituzioni sanitarie e processi di medicalizzazione tra egemonia e resistenza	269
Ivo Quaranta	
14. Sofferenza sociale e violenza strutturale	285
Bibliografia	301
Indice degli autori	343
Indice analitico	349
Gli autori	353

Donatella Cozzi

Introduzione

Nel 1995 iniziavano le riunioni di redazione della rivista “AM. Rivista della Società Italiana di antropologia medica”, il cui primo numero uscì nel 1996. Esse erano state precedute da un lungo lavoro di contatti e sensibilizzazione accademica condotto da Tullio Seppilli, che aveva avuto molteplici tappe importanti, prima tra tutte la costituzione, nel 1988, della Società italiana di antropologia medica (SIAM). Tra le iniziative che seguirono, nel 1994 ebbero luogo le giornate di studio *Per una attività formativa della Società italiana di antropologia medica* (Perugia, 24-25 novembre 1994)¹, alla quale parteciparono molti degli allora giovani antropologi, psichiatri ed etnopsichiatri che poi furono chiamati a collaborare alla redazione di AM e che qui compaiono con un loro testo. Tullio, conoscendo quello che già avevamo iniziato a pubblicare, le nostre aree tematiche di ricerca, i nostri progetti e il nostro lavoro, ci aveva chiamato, attribuendo valore alle nostre potenzialità ed esordi lavorativi ed accademici, permettendoci di incontrare ricercatori più esperti ed affermati, come Paola Falteri e Paolo Bartoli, tutti riuniti presso l'Istituto di etnologia e antropologia culturale della Università di Perugia. Soprattutto, ci ha fatto partecipi del grande progetto associativo della SIAM, strumento di confronto scientifico e promozione organizzativa per quell'ampio campo di indagini, riflessioni teoriche ed elaborazioni operative conosciuto con il termine “antropologia medica”, che ha nella rivista AM la principale iniziativa editoriale. Per chi partecipò a quelle riu-

1. Altre dense iniziative della SIAM riguardanti incontri scientifici per la costituzione e il consolidamento della Società sono segnalati in SEPPILLI T., 1996: 364-365.

nioni esse furono un momento impareggiabile di discussione e confronto, punteggiato da incontri conviviali e lunghe serate passate a vagliare, spesso animatamente, gli articoli proposti alla rivista per la pubblicazione, illuminate dalla guida esigente di Tullio, dalla sua inesauribile precisione e curiosità e dal suo amore per la sistematicità. Il vento della vita, non solo accademica, poi ci ha in parte disperso: alcuni hanno continuato con maggiore assiduità e grande dedizione l'impegnativo lavoro di redazione della rivista, che ha incorporato nuovi collaboratori, con altri i rapporti si sono più rarefatti, seguendo il solco della loro vita professionale, ma non è meno vivo il ricordo della stagione che ha visto avviarsi la pubblicazione dei primi numeri di AM.

Oggi, una parte di coloro che parteciparono a quelle riunioni di redazione e al Consiglio direttivo della rivista, desiderano rendere omaggio a Tullio Seppilli con questa raccolta di testi, che ha preso la forma di un catalogo di voci, ciascuna delle quali recupera gli approfondimenti disciplinari nell'ambito dell'antropologia medica maturati dai singoli autori nel corso degli anni. Senza l'eshaustività di vere e proprie 'voci' enciclopediche, quali quelle che hanno iniziato a comparire sulla rivista a partire dal 2000², i contributi qui raccolti desiderano offrire una panoramica ragionata per quanto concisa dello stato dell'arte, dei punti che animano la discussione entro questo ambito disciplinare e che ne manifestano la vitalità critica e la fervida attenzione alla ricerca empirica, mantenendo la libertà di ciascun autore di dare angolature parziali e selettive, di costruire la forma dell'argomentazione più congeniale. Compaiono quindi in questo lavoro 14 argomenti disposti alfabeticamente: "Capitale sociale e salute" (Massimiliano Minelli), "Contagio" (Andrea Caprara), "Corpo femminile e medicalizzazione" (Gianfranca Ranisio), "Dolore" (Donatella Cozzi), "Incorporazione e Stato" (Giovanni Pizza e Helle Johannessen), "Malattia ed efficacia

2. Al momento sono state pubblicate le voci: "Sistema medico" di SCHIRIPA P., 2000 e "Dolore" di COZZI D., 2002.

terapeutica” (Alessandro Lupo), “Medicine non convenzionali” (Fabio Dei), “Medicina popolare” (Giovanni Pizza), “Narrazione della malattia” (Donatella Cozzi), “Salute mentale di comunità” (Giuseppe Cardamone e Sergio Zorzetto), “Salute mentale e migrazioni” (Giuseppe Cardamone e Michela Da Prato), “Sindromi culturalmente ordinate” (Salvatore Inglese), “Sistema medico” (Pino Schirripa), “Sofferenza sociale e violenza strutturale” (Ivo Quaranta). Insieme racchiudono il ventaglio degli approfondimenti personali degli autori e richiamano la vasta area di interessi attraversata da Tullio Seppilli nella sua vita di ricerca³.

L’occasione iniziale di questo volume è stata l’omaggio deferente e affettuoso in occasione del suo ottantesimo compleanno. Ma la gestazione di queste pagine è stata più lunga e ha oltrepassato quella ricorrenza: ce ne scusiamo con lui. L’omaggio che abbiamo voluto consegnargli con questo volume è al Maestro che ci ha stimolato e guidato in questi anni con passione e rigore scientifico.

Ringrazio tutti coloro che per vari motivi non hanno potuto essere presenti in queste pagine, pur manifestando solidale volontà a festeggiare l’occasione che ci vede riuniti. Un ringraziamento vivissimo a Cristina Papa, che ospita nella collana di studi antropologici Itaca da lei diretta questo volume e a Paola Falteri, che ha concesso la riproduzione della litografia che compare in copertina.

3. Cfr. i due volumi che raccolgono gli scritti di T. SEPPILLI, curati da PAPA C. e MINELLI M., 2008.

Massimiliano Minelli

1. Capitale sociale e salute¹

L'espressione "capitale sociale" è oggi adoperata diffusamente soprattutto per indicare le risorse che provengono da partecipazione civica, relazioni di fiducia e norme di reciprocità caratterizzanti le reti sociali. Risorse che potrebbero favorire anche l'accesso ai servizi sociosanitari e migliorare i livelli di salute delle popolazioni.

Con riferimento alle iniziative politiche riguardanti la salute, vorrei qui esaminare alcuni problemi che fanno la loro comparsa proprio quando si usano i termini 'capitale' e 'sociale' in rapporto alle interpretazioni e alle risposte collettive a sofferenza e malattia. Il mio obiettivo è mostrare come l'ampio successo avuto dalla nozione di capitale sociale sia ascrivibile ai suoi flessibili usi in campi politico-amministrativi distinti e pur in costante rapporto di reciprocità. Il percorso analitico che suggerirò attraversa rispettivamente il linguaggio burocratico dei soggetti pubblici responsabili della salute collettiva (in senso stretto le amministrazioni regionali in Italia), il cosiddetto terzo settore, in una fase di profonda trasformazione del welfare verso un modello misto di gestione, con un considerevole impegno di privato sociale (organizzazioni non governative, cooperative sociali, volontariato), la medicina territoriale e la salute mentale

1. Questo testo è stato scritto nell'ambito del programma di ricerca che la Sezione antropologica del Dipartimento Uomo e Territorio della Università degli studi di Perugia conduce da alcuni anni su "Capitale sociale, salute e diritti in Umbria". Si tratta di un lavoro che è parte della convenzione tra il Dipartimento e la Direzione salute, coesione sociale e società della conoscenza della Regione Umbria. Le considerazioni qui contenute sono state discusse più volte con Paolo Bartoli che vorrei ringraziare per il costante scambio di idee e di riflessioni nel corso della nostra attività di ricerca.

di comunità, le scienze sociali applicate alla salute pubblica. In tutti i casi ci si trova di fronte a soggetti con peculiari caratteristiche organizzative e istituzionali, i quali nelle loro interazioni tendono a utilizzare oggi termini preformati da strutture sovranazionali impegnate in ricerca, indirizzo politico, finanziamento a iniziative riguardanti i bisogni socio-assistenziali dei gruppi umani.

Viene qui prospettato anche un itinerario attraverso le differenti forme di capitale e le sue possibili trasformazioni. Ritengo infatti che la maniera più proficua di riflettere sulla dimensione sociale delle risorse umane sia di considerare i modi in cui, in vari contesti e con varie strategie, sono considerate le possibilità di accumulare risorse economiche, culturali, biologiche connesse alle vita umana e come queste vengono ricombinate all'interno di una particolare nozione di 'capitale umano'. Questa necessità di comprensione porta alla fine a esaminare le attuali politiche di accumulazione e scambio che investono i bio-capitali e in senso ampio la bio-economia.

Come si vedrà, in questo modo, si può meglio comprendere come il capitale sociale venga efficacemente usato per inscrivere il sociale in particolari panorami istituzionali e amministrativi. Sono gli impieghi di questa espressione in scene concrete, dove si produce conoscenza sulla società e dove si sviluppano interventi in campo bio-medico, a mostrare come la metafora del capitale non sia solo strumento di conoscenza, ma anche atto performativo che costituisce soggettività politiche e aree d'intervento. In definitiva, chi impiega l'espressione capitale sociale mette in atto poetiche e narrative che letteralmente danno forma alla "questione sociale". Seguire le tracce di tali strategie retoriche permette di ricostruire alcuni aspetti della governance neoliberale e i suoi rapporti con l'economia sanitaria e i mercati di servizi alla persona.

1. BATTEZZARE IL DENARO

«Guillermo! Te vas o te quedas? Te vas o te quedas? Te vas o te quedas?» A causa di questa formula, bisbigliata vicino a un registratore di cassa di un affollato supermarket di una città della Colombia, una cliente venne accusata di tentato furto da un addetto alla sicurezza. L'episodio, risalente agli anni Settanta, è riportato da Michael Taussig, nel suo saggio *The devil and commodity fetishism in South America*, come un folgorante esempio di cosa può accadere nel punto di congiunzione fra arti magiche e feticismo delle merci (TAUSSIG M., 2010 [1980]). In quel testo, dedicato all'impatto socio-economico del mercato capitalista sulle vite e le relazioni quotidiane di agricoltori colombiani e minatori boliviani, nella sua analisi della circolazione della moneta e del nuovo assetto economico fondato sul lavoro salariato, Taussig ha attribuito particolare importanza al modo in cui una banconota può catturare ricchezza attraverso il cosiddetto "bautizo del billete".

Nel *bautizo del billete*, se durante il "battesimo cattolico" il padrino tiene nascosta nel palmo della mano una banconota da un *peso* e recita sottovoce una formula magica associando il nome del bambino alla moneta, la benedizione divina può essere deviata verso il denaro. La banconota verrebbe così sottomessa al sacramento del battesimo al posto del bambino, il proprietario della banconota diverrebbe il padrino del denaro, il bambino rimarrebbe non battezzato. Nella costituzione di questo peculiare legame di parentela spirituale il denaro, una volta battezzato col nome del neonato, è destinato a tornare nelle mani del padrino, portando con sé i soldi con cui è entrato in contatto, semplicemente recitando la formula magica «Te vas o te quedas? Te vas o te quedas? Te vas o te quedas?» Nel racconto di Taussig, la donna alla cassa del supermercato sorpresa a evocare Guillermo venne accusata di furto probabilmente perché sospettata di stregoneria: dopo aver pagato la merce acquistata con una banconota battezzata, tornandone in possesso, avrebbe potuto magicamente appropriarsi dell'intero incasso della giornata.

Con il rito illegale del battesimo del *billete* i contadini della Valle Cauca, in Colombia, s'impegnano in una raffinata operazione analogica che permette di entrare nell'arcano della nascita del "capitale" e delle metamorfosi del valore in denaro. È la capacità di riprodursi, in precedenza esclusiva solo degli animali allevati, a essere ora riconosciuta al denaro, la cui specifica caratteristica di essere sterile è invece così sovvertita. Nella commistione di fertilità e denaro, a essere investiti alla radice sono il principio stesso della riproduzione della vita e la logica intrinseca dei legami sociali. Il segreto della nascita, della crescita e dell'abbondanza entra nella sfera di pertinenza del denaro e «un mezzo di scambio inerte diventa una quantità che si auto-alimenta e si trasforma così in feticcio – una cosa con poteri quasi vitali – » (TAUSSIG M., 2010 [1980]: 128). Questa metamorfosi, per così dire, retroagisce sul complesso delle relazioni pensabili e attivabili fra esseri viventi, umani e animali, e beni da vendere e comprare.² Il feticismo assume perciò una peculiare configurazione, combinando la magia dello scambio reciproco e quella dello scambio delle merci.

Sebbene non ci si trovi qui propriamente di fronte al feticismo della merce in forma compiuta, ovvero alla proprietà intrinseca nel denaro di riprodursi come capitale, *el bautizo del billete* rappresenta una efficace "descrizione esotica" della formula marxiana della valorizzazione nella circolazione del capitale. La formula Denaro-Merce-Più Denaro (D-M-D' comprare per vendere) che si sviluppa in opposizione alla formula Merce-Denaro-Merce (M-D-M vendere per comprare) esprime la qualità più feticizzata del capitale: il lavoro morto oggettivato sorge davanti al lavoro vivo e lo domina come una presenza esterna autonoma e potente (MARX K., 1994 [1867]). Il destino del concetto di capitale sociale ha evidenti analogie

2. Quella di Taussig è una esplorazione dei congegni di cattura della forza, scatenata nelle relazioni di violenza e dominio coloniale, che gli consente di ricostruire all'interno dei rituali sciamanici le trasformazioni e le pratiche terapeutiche efficaci (TAUSSIG M. 1987).

con le dinamiche di sfruttamento e valorizzazione della vita umana cui si riferisce lo sketch etnografico ripreso da Taussig. L'uso del termine "capitale" sembra promettere di rigenerare quanto è contemporaneamente sterilizzato per altre vie: la produzione del legame sociale e la costituzione della solidarietà che dovrebbero provenire da "atti disinteressati". Nonostante gli inviti provenienti da più parti a considerare la natura evocativa e metaforica dell'espressione capitale sociale, è utile ricordare come il sostantivo al centro di molte iniziative politiche ed economiche sia un "capitale" – "sociale" è l'attributo apposto per qualificare il suo ambito di applicazione – che promette risparmio d'investimenti in una fase storica in cui lo stato diminuisce la sua presenza come erogatore di servizi alla persona e come garante dei diritti fondamentali di cittadinanza. Una premessa comune, nella nutrita congerie di ricerche prodotte negli anni recenti, è che il capitale sociale rappresenti un'alternativa locale alla drastica crisi delle politiche redistributive di scala nazionale. Va peraltro ricordato come, nel caso della salute, la definizione sia il risultato di una preliminare lunga manovra di reificazione e alienazione della produzione sociale della realtà medica. È dunque necessario seguire da vicino la "produzione del sociale" e le contraddizioni emergenti negli scambi materiali e simbolici attorno alla vita umana, per analizzare «una cosa imbrogliaatissima e piena di sottigliezza metafisica» e possibilmente svelare l'arcano di quanto appare ovvio e naturale, ma nasconde i più complicati atti di magia (MARX K., 1994 [1867]: 103).

2. TRADIZIONI CIVICHE

Impianto teorico e strumenti analitici attraverso i quali inquadrare il capitale sociale sono stati proposti da Robert Putnam (docente di scienze della politica a Harvard) in una ricerca sulle cosiddette tradizioni civiche delle regioni italiane (PUTNAM R.D., 1993). Il testo, pubblicato nel 1993, intendeva studiare le cause del diverso rendimento delle istituzioni regionali, in

rapporto alla formazione e allo sviluppo di un'attiva società civile. Secondo l'ipotesi interpretativa di Putnam, esisterebbe un rapporto circolare fra i modi in cui le istituzioni danno forma alla politica e i meccanismi attraverso i quali la storia influisce sull'architettura istituzionale di un paese. In questa circolarità, i contesti sociali avrebbero la capacità di modellare il rendimento delle istituzioni: un contesto sociale favorevole, rappresentato in primo luogo da una comunità (termine ricorrente nella sua connotazione genericamente positiva) fornita di un bagaglio adeguato di norme e impegno civico, rappresenterebbe la principale fonte di sviluppo locale.

Già in questa prima formulazione, il sociale è avvicinato al termine capitale declinando in toni morali le attese derivanti da un investimento economico, in previsione di profitti da ottenere con un'oculata allocazione di risorse. In effetti, Putnam riprende il concetto dai *Fondamenti della teoria sociale* del sociologo Coleman (COLEMAN J.S., 2005 [1990]), quadro di riferimento teorico-metodologico pubblicato nel 1990 in cui il capitale sociale compariva come una funzione della struttura sociale ed era costituito da dimensioni organizzative che possono facilitare l'azione degli individui. L'affermazione di questa proposta è perlopiù dovuta all'aspettativa di circoscrivere il capitale sociale come una risorsa-macro, statisticamente rilevabile con adeguati indicatori e misurabile su scala regionale e nazionale. Come tutte le forme di capitale, anche il capitale sociale indicherebbe un valore produttivo misurabile, finalizzato a ottenere risultati altrimenti irraggiungibili. Le reti comunitarie proliferate ai margini dello stato, spesso in condizioni di povertà e di carenze infrastrutturali, potrebbero alla fine entrare ufficialmente dentro la statistica, la "scienza dello stato", portando in dote i legami e le solidarietà.

Il libro di Putnam ha incontrato un certo successo: in primo luogo per la visione ottimista e "volontarista" di cui si faceva portavoce, in secondo luogo per l'efficace combinazione del piano economico-imprenditoriale (il miracolo dei distretti in-

dustriali nel centro-nord e nel nord-est), della *performance* delle amministrazioni locali e della cosiddetta virtù civica³, infine per la capacità di presentare come plausibili misurazioni quantitative di fenomeni talvolta identificabili con scambi e reciprocità in sfere d'appartenenza investite di valore relazionale e affettivo. Una rilettura del testo del 1993 oggi mostra tuttavia che a rivelarsi particolarmente debole è l'idea di contesto su cui Putnam ha fatto affidamento, soprattutto perché ritagliata su macro-parametri poco sensibili alla specifica storia delle regioni italiane. Nel libro infatti è presentato un percorso tipologico ed evolutivo delle regioni, secondo cui i differenti rendimenti delle istituzioni sarebbero eredità di tradizioni civiche, retrodatibili nel centro-nord a modalità associative e di divisione in ceti d'epoca comunale, al contrario, le connessioni fra i piani analitici utili a delineare una realtà complessa appaiono sganciate dalle pratiche sociali⁴.

La mancanza di descrizioni culturalmente sensibili delle differenziazioni sociali e politiche in Putnam è una grave lacuna, soprattutto se si nota il numero elevato di riferimenti a opere di antropologi (M. Douglas, M. Sahlins, C. Geertz, S. Silverman) di cui egli si è servito per evocare principi di reciprocità generalizzata ed esperienze di mutuo aiuto. Tali riferimenti – in cui le relazioni sociali si traducono in vantaggi collettivi che supererebbero le eventuali perdite in cui possono incorrere temporaneamente gli attori delle transazioni – introducono la logica della reciprocità, ma proiettando per così dire una specie di “esotismo” o di “orientalismo” su vari ambiti dell'agire economico. Vengono così caratterizzate in termini atemporalmente, non considerandone le contraddizioni e i conflitti, rispettivamente le economie del dono e dei mercati ristretti, le reti e gli obbli-

3. Si veda in proposito BAGNASCO A., 1999.

4. Recentemente questa lacuna è stata evidenziata ad esempio da Michael Herzfeld in uno studio sui processi di *gentrification* nel centro storico di Roma, nel punto in cui egli rilegge storicamente la combinazione fra qualità segmentaria e sussidiarietà in vari ambiti della vita urbana (HERZFELD M., 2009: 77 e segg.).

ghi di parentela, le organizzazioni del lavoro e dello scambio nella società mezzadrile, e recuperato un concetto discutibile come quello di familismo amorale, coniato da Banfield, per spiegare l'arretratezza di alcune realtà del Mezzogiorno d'Italia (BANFIELD E.C., 1961[1958])⁵.

3. SOLIDARIETÀ MANCANTI

Una più ampia diffusione della nozione di capitale sociale si è avuta in seguito, nei primi anni Duemila, con l'applicazione del modello della virtù civica agli Stati Uniti dell'era Clinton. Nel libro *Bowling alone* (PUTNAM R.D., 2004 [2000]), Putnam è tornato sul concetto già impiegato nello studio delle tradizioni civiche italiane, proponendone l'adozione per contrastare la minaccia della individualizzazione dei destini e la perdita dei valori di riferimento nella società statunitense. Minaccia efficacemente rappresentata con l'immagine di un numero crescente di americani che si recano al bowling per giocare da soli. Gli illustri precursori richiamati da Putnam – oltre alle osservazioni di Toqueville sulla società americana, egli cita l'articolo del 1916 del riformatore Hanifan ove l'espressione capitale sociale indica spirito di collaborazione fra le parti, aiuto e amicizia – sono serviti a richiamare un'idea piuttosto nostalgica e di fatto indefinita di legame comunitario (PUTNAM R.D., 2004 [2000]):

5. Le critiche qui richiamate fanno parte di un lungo e interessante dibattito sullo sviluppo economico che sembra la naturale prosecuzione delle obiezioni mosse da diversi intellettuali italiani agli studi di comunità e alla monografia di Banfield (MUTTI A., 1994, 1998, cfr. BAGNASCO A., 2006). Nel caso specifico, Putnam sembrava soprattutto fornire strumenti amministrativi per lo sviluppo programmato in aree caratterizzate da basso capitale economico e da mancanze strutturali. Emblematica in proposito è la parabola dello sviluppo dei distretti industriali, che Putnam riconduceva alla presenza o meno di scambi sociali virtuosi, per certi versi ribaltando precedenti letture economiche deterministe. Nella sua visione sarebbe «l'impegno civico contemporaneo, non lo sviluppo socio-economico a condizionare in modo diretto il rendimento del governo regionale» (PUTNAM R., 1993: 183).

15). In tale quadro, le cause dell'erosione del capitale sociale sarebbero riconducibili a fattori concomitanti che impediscono lo sviluppo di legami inclusivi (famiglie con doppia carriera, cambiamento generazionale dei valori, espansione e dispersione suburbana, tempi e modi del consumo televisivo), ma poco è detto del contenuto materiale e simbolico degli scambi in cui s'impegnano gli attori sociali in differenti situazioni di cooperazione e di conflitto. Il testo di Putnam esamina una cospicua mole di dati statistici passando dal consumo culturale all'associazionismo, dall'affiliazione a gruppi religiosi alle appartenenze che si sviluppano tramite internet e nuove tecnologie, ipotizzando anche una diretta correlazione fra numero di adesioni associative e livello di salute della persona. Il problema tuttavia in questo caso è cogliere nel capitale sociale una risorsa di cui si postula l'esistenza proprio mentre se ne denuncia la scomparsa: la ricerca della solidarietà mancante porta a guardare nostalgicamente al passato per trovare quanto sarebbe sparito dalla vita associata contemporanea⁶.

Questo genere di capitale, infatti, quando è collocato in un'astratta zona intermedia fra lo stato e il mercato, e sistematicamente identificato con caratteristiche comunitarie "incapsulate", porta a una problematica riduzione di complessità sia delle forme culturalmente specifiche di riproduzione sociale, sia delle interazioni fra macro-aree nazionali e sovranazionali. Nel primo caso, la separazione degli ambiti impedisce di vedere le reciproche implicazioni e sovrapposizioni tra dono e scambio di mercato, con la conseguente sottovalutazione di vaste aree della prassi sociale nello studio delle transazioni economiche. Tendono così a passare in secondo piano le attività di riproduzione sociale, svolte nella sfera domestica ed entro i rapporti di parentela, in cui gli attori definiscono le appartenenze attraver-

6. Per una critica sostanziale ai teorici della solidarietà basata sulla fiducia, in una lettura che pone l'accento sulla base razionale dell'azione collettiva e sul ruolo dei processi cognitivi nella formazione del legame sociale («perché fare sacrifici a vantaggio del gruppo?»), si veda DOUGLAS M., 1990 [1986].

so relazioni familiari e trasmissione di beni inalienabili (PAPA C., 1999: 82)⁷. Diviene perciò difficile cogliere soprattutto le forme di socialità, costruite attraverso pratiche di cura e di mutuo aiuto, che in modi irregolari si configurano quasi per opposizione rispetto alla parte visibile e legittimata dell'agire economico (DEI F., 2008)⁸. L'esame etnografico delle sfere di reciprocità nel campo della salute permette invece di inquadrare in una prospettiva culturale complessa da un lato comportamenti altruistici come la donazione di sangue e di organi, dall'altro scambi di prestazioni, continuamente frequentati sebbene caratterizzati da un basso livello di visibilità sociale. Si tratta infatti di scambi dotati di una costitutiva ambivalenza, connessa al margine di

7. Lo scambio di mercato dovrebbe essere invece considerato nel quadro delle molteplici combinazioni disgiuntive tra differenti categorie economiche, considerando il rapporto che la merce instaura con il dono, il baratto, i beni inalienabili (ciò che non viene scambiato ed è conservato per passare da una generazione all'altra) (PAPA C., 1999: 82 e segg.). In particolare, la definizione degli stock e delle rendite ottenibili dai legami sociali porta con sé un'ipoteca riconducibile alla dicotomia tra dono e merce formatasi storicamente negli studi economici. Nella genealogia dell'opposizione dono-merce (PAVANELLO M., 2008), l'uso combinato delle due categorie segue effettivamente un processo di sovradeterminazione, in cui l'una si definisce per negazione dell'altra. Nella realtà delle politiche di sviluppo invece dono e credito non sono inseriti in separate realtà relazionali, ma interagiscono in uno stesso ambito di negoziazioni e scambi.

8. Nei contesti socio-sanitari si combinano variamente le tre tipologie di dono che Godbout e Caillé classificano in base al diverso rapporto esistente fra il bene circolante e il legame sociale: il "dono rituale" in cui il bene nega anche la propria funzione d'uso esprimendo il puro legame, la "prestazione fondata sulla utilità" ove sono in gioco transazioni in presenza di un legame già esistente, ma considerate libere, i "doni unilaterali" a sconosciuti, nei quali, in assenza di legami espliciti e visibili con il destinatario, i beni circolano secondo un principio di solidarietà anche senza una eventuale restituzione (GODBOUT J.T., 1994 [1992]: 30-31). D'altra parte in quest'area, vasta e poco definita, fuori dalle pertinenze astrattamente ripartite fra stato e mercato, si sviluppano quotidianamente interazioni dalle quali esce ridefinito il "quadro astratto di assegnazioni di competenze" di alcuni modelli di scambio e reciprocità. Per esempio quei modelli in cui il dono è contrapposto sia alla circolazione delle merci nel mercato sia alla redistribuzione del cosiddetto Stato-providenza.

rischio implicato nel debito e, in definitiva, alla centralità della fiducia risposta nella restituzione differita.

Nel secondo caso, un deficit di prospettiva analitica genera l'immagine stereotipata e attrattiva di realtà locali, descritte in termini morali come solidali, ma sganciate dai flussi di merci e denaro di un capitalismo storico senza memoria dei rapporti di forza coloniali e post-coloniali (WOLF E., 1990 [1982], WALLERSTEIN I., 1985 [1983]). Si tratta di analisi che uniformano dall'alto i rapporti differenziali delle politiche economiche, evocando soprattutto fattori coesivi all'interno degli agglomerati umani. La chiusura all'interno delle comunità è così in genere affiancata da una "etnicizzazione" delle divisioni e dei confini e, come accade per un ampio filone di studi sociali statunitensi, contrassegnata da una sottovalutazione dei rapporti di classe.

4. CAMPI E TRASFORMAZIONI

Nella formulazione proposta da Robert Putnam e dopo l'impegno da parte della Banca mondiale, il capitale sociale è stato adottato con un certo entusiasmo nelle direttive sull'integrazione socio-sanitaria anche in Italia. Questo effetto di ritorno è parte di un più ampio processo di acquisizione di termini che appaiono come ovvi e indiscutibili perché ritraggono come naturale la realtà dei rapporti di forza internazionali, un processo che seguendo Pierre Bourdieu chiameremmo di "imposizione simbolica". In effetti, la politica economica applicata dalle grandi organizzazioni internazionali (ad esempio il Fondo monetario internazionale o la Banca mondiale) afferma e naturalizza tre presupposti taciti delle politiche neoliberali su larga scala: l'esistenza di una netta separazione fra dinamiche sociali e sfera economica, promuovendo le leggi economiche a regole dell'intera organizzazione sociale, l'inevitabilità, come fatto storicamente incontrovertibile, del mercato quale unico regolatore degli scambi e della produzione a livello globale, in particolare all'interno delle cosiddette democrazie avanzate, la necessità

d'ineluttabili tagli della spesa per la sicurezza sociale, sotto la pressione del debito pubblico e della concorrenza internazionale (BOURDIEU P., 2001: 31).

Ironicamente, a fronte della oggi prevalente declinazione tecnocratica dei lessici riferiti al lavoro sociale, il modo in cui Pierre Bourdieu ha definito e usato il concetto di capitale sociale nella sua opera avrebbe consentito di cogliere e demistificare le contraddizioni implicate nel processo, sopra richiamato, di "valorizzazione" dello scambio sociale. Un processo che, come si è detto, procede parallelamente all'arretramento dell'azione pubblica degli stati dalla difesa della salute come bene comune. La premessa del ragionamento del sociologo francese è che il mondo sociale è "storia accumulata" e, in questo senso, un capitale inteso come lavoro sociale accumulato. Ma il lavoro sociale accumulato, cui Bourdieu si riferisce, va inquadrato nell'ambito di un'economia generale delle pratiche (BOURDIEU P., 2003 [1972]), che ben oltre la sola accumulazione di diversi capitali presuppone capacità di agire in un intreccio storico di rapporti di forza, scambi e trasformazioni.

«Secondo il campo nel quale agisce, e al prezzo di più o meno costose trasformazioni che sono le pre-condizioni per la sua efficacia nel campo in questione, il capitale può presentarsi in tre forme fondamentali: come *capitale economico*, che è immediatamente e direttamente convertibile in denaro e può essere istituzionalizzato nella forma di diritti di proprietà, come *capitale culturale*, convertibile a certe condizioni in capitale economico e istituzionalizzabile nel riconoscimento di qualifiche educative, come *capitale sociale*, fatto di obbligazioni e relazioni sociali, che è convertibile a certe condizioni in capitale economico e può essere istituzionalizzato nella forma di un titolo nobiliare» (BOURDIEU P., 1986: 243).

Nella definizione dei diversi capitali la convertibilità e l'istituzionalizzazione sono caratteristiche fondamentali del lavoro sociale diversamente accumulato. Si comprende come il capitale sociale debba essere pensato in rapporto continuo con gli altri tipi di capitale (culturale, economico) nei quali può a certe

condizioni essere convertito e istituzionalizzato, e come il capitale economico svolge una funzione cruciale, senza però essere il fulcro di una sovradeterminazione sugli altri capitali. Le differenti forme di capitale, infatti, possono essere derivate dal capitale economico quando specifici attori attivano il tipo di potere efficace ed effettivo nel campo sociale in cui avvengono contese e transazioni (BOURDIEU P., 1986: 252, vedi anche SIISIÄINEN M., 2000). D'altro canto, il capitale culturale, come lavoro sociale accumulato nel processo di costruzione della persona, attraverso le capacità di agire e i saperi corporei degli attori, prendendo differenti forme: "incorporato" (*embodied*) e naturalizzato nelle disposizioni mentali e corporee, "oggettivato" (*objectified*) nei beni culturali (dipinti, libri, macchine, strumenti), e "istituzionalizzato" attraverso l'attribuzione di originali qualifiche garantite al soggetto dal sistema educativo. Investimento personale di tempo in ricchezza esterna convertita in persona, il "capitale culturale incorporato" tende in alcune circostanze a trasformarsi in capitale simbolico – vale a dire un capitale su base cognitiva fondato su conoscenza e riconoscimento e per questo percepibile attraverso categorie risultanti dall'incorporazione delle strutture oggettive del campo considerato⁹. Anche a causa della natura mascherata delle condizioni della sua trasmissione e acquisizione, il capitale culturale agisce così nei processi di naturalizzazione e di controllo sociale.

Nell'articolata economia delle pratiche di Bourdieu, com'è noto, la definizione dei contesti dipende dal rapporto storicamente determinato fra "campo" e "habitus". Dove il campo è costituito dai modi in cui specifici agenti si riconoscono e interagiscono attraverso "posizioni" e "prese di posizione", mentre l'*habitus* è storia incorporata, disposizione ad agire – con una

9. Il caso di alcuni terapeuti tradizionali è particolarmente interessante al riguardo: il dono che caratterizza un mediatore di guarigione è legato a indole e vocazione, ma spesso è acquisito fuori dalla linea genealogica, sviluppandosi in modo idiosincratico (FRIEDMANN D., 1993 [1987]). In tal senso può essere contemporaneamente oggetto di appropriazione materiale (come capitale economico) e di appropriazione simbolica (come capitale culturale).

peculiare duplice dimensione, strutturata e strutturante – sulla quale gli agenti sociali possono fare affidamento. In tal modo il campo mantiene un rapporto attivo con le pratiche e la corporeità degli agenti, i quali, mentre agiscono, accumulano diverse forme di capitale, ne deriva che «la struttura e la distribuzione di differenti tipi e sottotipi di capitale in un dato momento rappresentano la struttura immanente del mondo sociale» (BOURDIEU P., 1986: 243).

Nella definizione data da Bourdieu, il capitale sociale appare quindi come una realtà con precise caratteristiche relazionali e contestuali, il suo essere moltiplicatore di risorse dipenderebbe inoltre dal potenziale suo riconoscimento come credenziale da giocare in rapporto ai partner degli scambi in cui si è coinvolti: «Il capitale sociale è l'insieme di risorse attuali o potenziali, legate al possesso di una rete durevole di più o meno istituzionalizzate relazioni di reciproca conoscenza e riconoscimento – o in altre parole alla appartenenza a un gruppo –, che forniscono a ciascuno dei suoi membri il sostegno del capitale posseduto collettivamente, una *credenziale* che riconosce loro il diritto al credito, nei diversi significati del termine» (BOURDIEU P., 1986: 248-249).

Il volume complessivo di capitale sociale, in questo senso, è dato dall'ampiezza delle connessioni realizzabili da un attore e riconoscibili in specifici campi. La sua capacità di intervenire nel contesto è dovuta inoltre all'essere un moltiplicatore di risorse per l'azione sociale. Ecco perché la prospettiva di Bourdieu implica un inquadramento strutturale, un'analisi delle differenze di classe e richiede una ricostruzione processuale e storica dei processi di incorporazione.

Lungo le direttrici delineate da Pierre Bourdieu, Gilles Bibeau ha sviluppato una puntuale critica degli usi recenti del costrutto “capitale sociale” in epidemiologia. Egli ha in primo luogo evidenziato come il deficit teorico principale, nell'impiego da parte degli epidemiologi di questa nozione, sia riconducibile soprattutto all'assenza di una articolazione concettuale necessaria a pensare la società nel suo complesso (BIBEAU G., 2005). Più

in generale, nel “comunitarismo alla Putnam” – sostiene Bibeau – la solidarietà e la coesione sociale sono richiamate senza chiedersi quali altri fattori (di ordine economico, politico, culturale, etico) perpetuano le ineguaglianze nelle società neoliberali e come tali ineguaglianze incidano profondamente sui livelli di salute collettiva di un paese. È inoltre discutibile l’idea che ciascuna persona sia in grado di controllare il suo capitale, senza subire limiti o costrizioni. Il capitale sociale, infatti, proprio perché è indissociabile dai capitali economico e culturale di cui dispongono rispettivamente l’individuo, la famiglia e il gruppo, tende ad essere difeso e perpetuato tramite le reti di parentela e i legami genealogici (BIBEAU G., 2005: 158). È dunque necessario avvalersi di una teoria critica della società, che riconosca nello spazio sociale il ruolo giocato dalle posizioni (relativamente stabili) ascrivibili a soggetti depositari di differenti capitali (sociale, economico, culturale), per ricostruire adeguatamente la storia specifica dei meccanismi di trasmissione degli status da una generazione all’altra. Per questi motivi Bibeau ha suggerito di studiare il rapporto tra reti sociali e determinanti di salute seguendo due principi: (a) considerare il capitale sociale come in costante rapporto con i capitali economico e culturale, (b) individuare e misurare il capitale sociale in relazione alle storie di individui, famiglie e gruppi sociali, tenendo conto di ineguaglianze economiche e differenze di classe (*Ibidem*).

5. SCENARI

I programmi di aggiustamento strutturale, promossi dalla Banca mondiale e dal Fondo monetario internazionale a cominciare dagli anni Ottanta, hanno avuto un impatto negativo di scala continentale su vaste aree geopolitiche. Come mostrano recenti rassegne sugli effetti delle politiche neoliberaliste sulle economie sanitarie in vari stati (PFEIFFER J. - NICHTER M. 2008, PFEIFFER J. - CHAPMAN R., 2010), privatizzazioni, riduzioni della spesa pubblica e deflazione delle valute imposte ai paesi in via di svi-

luppo hanno portato, nei rapporti internazionali, a un sensibile allargamento della forbice fra i paesi ricchi e quelli più poveri. Nonostante i differenti livelli di crescita dello stato sociale nei paesi con economie emergenti (si pensi all'attuale differente organizzazione ed efficienza dei sistemi di salute in Brasile, India e Cina), è stato notato come insufficienti finanziamenti in servizi pubblici di base, prevenzione primaria e accesso alle risorse fondamentali, abbiano acuito entro i singoli confini nazionali la distanza tra grandi ricchezze e povertà estreme.

Negli ultimi due decenni, nondimeno, la direzione economica delle campagne di prevenzione e d'intervento sanitario è entrata fra le prerogative della Banca mondiale e del Fondo monetario internazionale, mentre alla redistribuzione di varie iniziative dell'Organizzazione mondiale della sanità fra diverse agenzie delle Nazioni Unite non è seguita una complessiva pianificazione strategica. La ridefinizione delle competenze in materia sanitaria è stata accompagnata da consistenti tagli agli investimenti che hanno avuto un effetto sfavorevole, dolorosamente noto, sulle popolazioni più povere delle macro-aree economiche dell'economia-mondo. Conseguenze negative massicce si sono avute in primo luogo, ad esempio, sulla vulnerabilità rispetto alle malattie infettive delle popolazioni di paesi asiatici e africani. Peraltro lo squilibrio fra finanziamenti, sempre più ridotti, e azioni politiche necessarie per ridurre l'ineguaglianza sociale rappresenta un'emergenza anche negli stati con sistemi sanitari avanzati e più equamente distribuiti.

Più in generale, si è assistito da un lato all'accentramento delle strategie d'azione in un ristretto numero di centri sovranazionali e privati di finanziamento economico, dall'altro a sistematici attacchi alle politiche di welfare negli stati nazionali. Tale doppia operazione ha come protagonisti appunto gli stessi organismi sovranazionali che, in linea di principio, si auto-rappresentano come a-politici e neutrali. Si tratta di una condotta ben conosciuta dai cittadini di quei paesi europei nei quali sono stati ridefiniti i rapporti fra pubblico e privato, a favore di quest'ultimo, in settori nevralgici: salute, educazione, formazio-

ne, ricerca. L'Italia dei governi di centro-destra nel quindicennio trascorso è un esempio. Ma la linea è in atto da anni in molti paesi dell'Unione Europea e sembra aver attraversato indenne diverse fasi politiche ed economiche caratterizzate da spinte inflattive e da crisi recessive.

In Italia, per quel che concerne la salute, alla distinzione tra welfare state, per così dire classico (ad esempio secondo il modello delle socialdemocrazie del nord-Europa), e mercato neoliberista, è andata progressivamente sostituendosi una realtà mista, fatta d'intervento statale e interessi privati attraverso appalti ed esternalizzazioni. Nella nuova ratio dei mercati interni alla pubblica amministrazione, l'erogazione dei servizi socio-sanitari è stata fatta prevalentemente da un gestore pubblico soggetto a forti pressioni e a conflitti d'interesse. Nella maggioranza dei casi, con investimenti variabili nelle regioni, si è cercato di produrre un sistema competitivo tra profit e non profit, tenendo in vita un mercato privato dentro il pubblico. La tendenza prevalente a proporre risposte predefinite, rispondenti soprattutto a esigenze dell'erogatore e in parte al presunto gradimento dei consumatori (utenti e famiglie), riduce drasticamente lo spazio riservato alla costruzione di soluzioni originali locali. Evidenti sono i limiti di questo modello di gestione, in cui la concorrenza del mercato dovrebbe fornire migliori servizi sociali, soprattutto quando l'obiettivo prioritario di ridurre il costo delle prestazioni si scontra inevitabilmente con la iperregolamentazione centralizzata, frenante il miglioramento della qualità, e con un sistema degli appalti che aumenta il potere di enti esterni di certificazione economico-finanziaria-organizzativa (FOLGHERAITER F, 2006: 25).

In questa situazione, ipotizzare prestazioni in cui sia attiva un'astratta "virtù civica", lasciando che beni e servizi siano distribuiti e accumulati secondo le regole del mercato e l'intervento dello stato, significa ridimensionare il ruolo della partecipazione attiva nelle politiche democratiche della salute. Nel caso italiano, ad esempio, le indicazioni affinché le aziende sanitarie provino a beneficiare di un buon capitale sociale ali-

mentato dagli scambi informali, nonostante i generici richiami alla cosiddetta utenza consapevole, non sembrano incidere sui reali assetti economici e funzionali della sanità. D'altra parte i membri di alcune associazioni di utenti, spesso i soggetti più attivi della società civile, sembrano consapevoli del modo in cui economia, cultura e sociale si mescolano nel gioco politico e possono essere fra loro convertibili. A fronte di operatori socio-sanitari costretti a lavorare in organici ridotti (senza turnover) e che vedono accrescersi il carico di lavoro burocratico, i destinatari delle cure sono invece costantemente impegnati a intervenire come attivi produttori di relazioni e reciproche forme di protezione. In questo processo di produzione e riproduzione, possono emergere nuovi scambi e reciprocità, insieme ad aperte critiche alle forme di riduzione del "sociale" (cfr. MINELLI M., 2011: 99-132). Per questi motivi, è da seguire con attenzione la costruzione di relazioni cooperative dal basso, non solo quindi la protezione da alcune patologie e la risposta alle difficoltà di accesso ai servizi, ma anche modi innovativi di produrre salute. L'associazionismo, la partecipazione civica, l'organizzazione comunitaria nella gestione di risorse e servizi sono infatti caratteristiche connesse con buoni livelli di salute, soprattutto quando la partecipazione diretta apporta trasformazioni microscopiche e profonde, di natura molecolare, alla vita di individui e famiglie (cfr. GINSBORG P., 2004).

Con questa pluralità deve confrontarsi ogni volta il complesso di reti informali e organizzazioni che costituisce il supporto ineludibile per azioni sistemiche sulla salute. In modi diversi, il problema è costruire strategie avanzate, in cui la *efficacia terapeutica* sia fatta interagire con la questione della *produttività dei sistemi medici*. Seguendo Allan Young (YOUNG A., 2006 [1982]), con l'espressione *produttività medica* è possibile riferirsi all'impatto sulla popolazione generale, nei termini di morbidità e mortalità, delle pratiche mediche caratterizzate da una *efficacia clinica* riconosciuta nel trattamento individuale di ciascun paziente. La distinzione tra efficacia di un'azione specifica e produttività dell'insieme delle operazioni in cui essa è inserita

è rilevante per valutare ogni progetto di sviluppo della rete sanitaria in un contesto dato. Vi sono, difatti, varie situazioni in cui i miglioramenti di efficacia di un trattamento non hanno effetti positivi sulla popolazione generale, in cui dunque l'efficacia delle cure disponibili non ha effetto sulla produttività medica. Allan Young descrive tre casi esemplari: (a) quando l'efficacia caratterizza solo interventi destinati a gruppi ristretti, spesso per pochi utenti legati alle realtà urbane, sottraendo risorse al resto della popolazione in condizioni di povertà e bisogno (YOUNG A., 2006 [1982]: 135), (b) quando farmaci o presidi medici sono messi a disposizione di ampie fasce della popolazione, senza però creare le effettive condizioni per un loro impiego adeguato (come accade quando la somministrazione estesa di un farmaco ha, nel lungo periodo, imprevisti effetti iatrogeni), (c) quando la cura di casi isolati non procede di concerto con la ricerca sulle cause sociali di una malattia, amplificandone anzi la naturalizzazione e la desocializzazione. Il fatto che il modello biomedico sia strutturato su una logica ospedaliera e farmacologica ha come potenziale conseguenza la naturalizzazione di vaste aree della sofferenza sociale e la de-socializzazione della malattia, ecco perché la stessa logica biomedica alla base delle economie sanitarie può in certe circostanze diventare il principale responsabile della diminuzione della *produttività di un sistema di salute*.

Si comprende come il rapporto squilibrato tra medicina ospedaliera e salute comunitaria sia un punto nevralgico per le strategie sanitarie pubbliche, che meriterebbe un ampio e costante confronto politico. In generale, se i livelli essenziali di salute fossero ridotti alle procedure e tecniche biomediche, tagliando fuori le azioni di cura della sfera informale e non istituzionalizzata (volontariato e ambiente familiare), si potrebbe arrivare a parlare di efficacia solo per interventi medici preventivamente separati dal sociale, con evidenti contraccolpi sulle politiche di welfare più complesse che dovrebbero invece investire su competenze, partecipazione e reciprocità nelle realtà della cura. In tutti i casi, l'imporsi di una bio-medicina ad

alta tecnologia, centrata sulla razionalità del costo-prestazione, oltre che sulla diagnostica strumentale e sulla cura farmacologica, rischia di occultare la fondamentale natura sociale degli interventi complessi, plurali, prolungati nel tempo e microfisicamente diffusi nelle comunità locali¹⁰. Si pensi, per esempio, alla difficoltà incontrata, in vari settori biomedici, a proiettare l'azione di cura fuori dai dispositivi ospedalieri, per impostare invece azioni territoriali socialmente orientate sui problemi più rilevanti. In termini complessivi, il problema di come far interagire approcci clinici e sociali grava sugli interventi terapeutici e riabilitativi con un supporto specifico alla persona. Si tratta, com'è noto, dell'emergere di nuove complesse situazioni, a fronte del prolungarsi dell'attesa di vita, del progressivo invecchiamento delle popolazioni, con il crescente numero di anziani non autosufficienti, più in generale, con un largo impatto sociale delle malattie croniche o degenerative. Sono prestazioni in cui devono essere coinvolti diversi soggetti istituzionali, reti comunitarie, datori di cura e, insieme, strategie di mutuo aiuto negli ambiti domestici. Tali interventi "labour intensive" non si vedono oggi riconosciuta una rilevanza nelle economie sanitarie paragonabile ai cosiddetti interventi "technology intensive", considerati invece più importanti nell'assetto organizzativo di tipo ospedaliero (VINEIS P. - DIRINDIN N., 2004: 74-75).ù

La definizione di uno spazio autonomo per i legami sociali e gli scambi altruistici, tra il pubblico e il privato, sembra destinata allo scacco soprattutto se non sono ricercate nuove possibilità di confronto politico rispetto alle reali forme di sperimentazione e produzione della salute come diritto fondamentale e bene comune. Sono le lotte per la salute nei territori a ridefinire, di volta in volta e in situazioni plurali e contestative, il difficile

10. Le scelte di politica economica, l'equità delle risposte e i dilemmi etici, come ricorda Paul Farmer, non vanno considerati separatamente dallo sviluppo tecnologico e dagli assetti istituzionali della biomedicina: «con tutto il nostro potere tecnologico, le nostre scansioni a risonanza magnetica, e i nostri *protease inhibitor*, non solo si consente la riproduzione ma si favorisce il combinarsi delle ineguaglianze» (FARMER P., 2006: 173).

rapporto fra gestione della salute come bene comune ed efficienza dei sistemi medici (SMITH-NONINI S., 2006). Tali processi assumono importanza proprio perché si attivano dalle relazioni storicamente mutevoli e dalle conoscenze situate di agenti specifici, in arene conflittuali dove sono prodotte la partecipazione attiva e la coesione sociale. In alcuni incontri pubblici, con vari soggetti attivi in difesa dei diritti di cittadinanza, Tullio Seppilli è recentemente intervenuto su questi problemi e sulla salute come bene comune, proponendo di definire gli strumenti di analisi e i modi di confronto politico per il riconoscimento dei diritti e dei *commons* (SEPPILLI T., 2010, 2012). Il suo è un vero e proprio esercizio d'immaginazione antropologica cui è importante richiamarsi a questo punto, per riflettere sul rapporto tra forme condivise di presa in carico e partecipazione democratica alle decisioni strategiche. Come egli ha ricordato, l'obiettivo è «comprendere quali siano le radici e i fattori che pesano a sostegno dell'attuale assetto economico-politico (e dei suoi successi), quali le dinamiche attualmente in gioco e quali le contraddizioni che ne risultano, con quali forze sociali e con quali forme organizzative sia realisticamente pensabile in termini strategici e tattici, aprire spazi per una società diversa» (SEPPILLI T., 2012: 116). In questa prospettiva è indispensabile riflettere su mutamenti sistemici di larga scala e nello stesso tempo puntare sulla soggettività sociale e sulle forme di organizzazione collettiva.

Nella direzione indicata da Seppilli, è necessario «che alcuni beni essenziali per la vita dell'uomo debbano sfuggire alla logica della proprietà privata, del mercato e del profitto e vadano comunque tutelati dalla legge come beni collettivamente controllati e potenzialmente disponibili 'per tutti', di interesse di tutti, siano cioè *beni comuni*» (SEPPILLI T., 2010: 370). Inserire la salute in tal quadro politico ha conseguenze importanti. Se il potenziamento delle risorse comunitarie locali corrispondesse effettivamente alla partecipazione politica dei cittadini/fruitori/abitanti, la tutela, la delega e la rappresentanza potrebbero essere rimesse in discussione. Nuovi modi del confronto democratico potrebbero aprirsi a differenti livelli: locali, coinvolgendo

nelle politiche economiche le istituzioni regionali e nazionali, e internazionali, investendo le agenzie sovranazionali responsabili delle politiche di sviluppo.

6. POLITICHE, INEGUAGLIANZE, RETI

Nel passaggio dalla sociologia all'epidemiologia, come ha notato Didier Fassin, il capitale sociale ha generato problemi rispettivamente di ordine: *teorico*, giacché il capitale sociale è definito in base ai suoi effetti (giudicati di solito in termini positivi dai ricercatori) piuttosto che in base alle cause, *metodologico*, in merito a come si decide di distinguere il livello individuale da quello sociale, *politico*, per lo spostamento dell'attenzione verso la responsabilità individuale, a scapito dei fattori strutturali condizionanti i livelli di salute e le trasformazioni delle politiche internazionali (FASSIN D., 2003).

In tale complicato scenario, per orientarsi in una letteratura scientifica su *capitale sociale e salute*¹¹, diventata in pochi anni vastissima, è possibile distinguere tre strategie di ricerca e cornici teoriche corrispondenti ai principali indirizzi di politica socio-sanitaria (MUNTANER C. - LYNCH J.W. - DAVEY SMITH G., 2000): (a) quella di taglio psicologico-sociale che si concentra sulla "coesione sociale", riconducibile alla nozione elaborata da Robert Putnam, (b) quella che, nel quadro degli approcci politico-sociologici alle dinamiche istituzionali fra stato e comunità locali, spesso riferibili alla teoria economica formalista, colloca

11. Un'ampia panoramica sullo stato della ricerca si trova in BARON S. - FIELD J. - SCHULLER T. curatori, 2000. Fra i testi di orientamento generale si può vedere anche LIN N., 2001, FIELD J., 2004 [2003] e BAGNASCO A. - PISELLI F. - PIZZORNO A., - TRIGILIA C., 2001. Va segnalato inoltre il testo in cui FARR J., 2003 ha ricostruito una storia concettuale del capitale sociale. Utili rassegne, anche critiche, sul concetto sono apparse alla fine degli anni Novanta (PORTES A., 1998, WOOLCOCK M., 1998, FOLEY M. - EDWARDS B. 1999, FINE B., 2000). Per un quadro complessivo e un'esplorazione della letteratura riguardante la salute mi permetto di rinviare a MINELLI M., 2007.

le priorità di salute entro le teorie del comportamento fondate sulla “scelta razionale”, (c) quella riconducibile alla analisi dei “reticoli sociali”, un filone di studi che ha avuto un significativo e autonomo sviluppo in diversi ambiti delle scienze umane, ben prima che *capitale sociale* divenisse una espressione chiave usata per indicare i vantaggi derivanti dalle relazioni comunitarie.

(a) *Coesione sociale*. Per quanto riguarda il rapporto fra determinanti di salute e livelli di coesione, è da ricordare che il capitale sociale è stato adottato sulla scia di un'importante ricerca di Wilkinson sulla correlazione fra salute, relazioni sociali e livelli di reddito nelle società industrializzate (WILKINSON R. 1996). In quella ricerca, il capitale sociale – definito, seguendo Putnam, come «partecipazione, responsabilità civica, coinvolgimento nella vita pubblica» – è stato considerato come elemento di mediazione psicosociale fra caratteristiche ambientali e insorgenza di patologie (WILKINSON R., 1999, 2001, WILKINSON R. - MARMOT M. curatori, 2003, cfr. anche ELSTAD J.I., 1998). Parallelamente, i riferimenti al capitale sociale sono aumentati soprattutto negli articoli pubblicati in “Social Science and Medicine”, rivista che ha alimentato un importante confronto fra scienze mediche e scienze sociali a proposito del rapporto fra determinanti di salute, politiche pubbliche e gestione collettiva dei sistemi medici. In questo quadro, va collocata anche l'attività di ricercatori della Harvard school of public health (Boston) impegnati nella indagine sulle correlazioni epidemiologiche fra capitale sociale, salute e differenze di reddito (KAWACHI I. - KENNEDY B.P., 1997, KAWACHI I. - KENNEDY B.P. - LOCHNER K. - PROTHROW-STITH D., 1997, LOCHNER K. - KAWACHI I. - KENNEDY B.P., 1999, KAWACHI I. - KENNEDY B.P., 2002). In generale, già in una prima fase, da più direzioni è stato suggerito di congiungere reti sociali e azioni comunitarie di prevenzione primaria. La constatazione che le risorse riconducibili ai legami sociali dipendono da processi ecologici, storici e politici ha sostenuto diverse ricerche comparative sull'ineguale distribuzione internazionale delle ricchezze e dei servizi di salute. Un orientamento implicito in tali studi è

che le società più ricche non producono necessariamente migliori livelli di salute per la totalità della popolazione e che vi sia una chiara sinergia fra livello biologico, psicologico e sociale nel determinare l'insorgenza di malattie in persone variamente collocate sulla scala sociale. Le ricerche appartenenti a questo filone di studi hanno riscontrato una relazione positiva tra livelli di capitale sociale, inteso come fiducia e reciprocità, e stato di salute. Hanno inoltre proposto di rafforzare il capitale sociale per ridurre l'impatto delle ineguaglianze socio-economiche (KAWACHI I., 1999).

Negli studi che si muovono lungo questo cammino, tuttavia, le differenze strutturali (fondate su classificazioni di "genere", "etnia", "reddito") raramente sono inserite in analisi complessive di come possano funzionare e riprodursi i rapporti di potere e le differenze di "classe". Un'accurata lettura della vasta letteratura scientifica disponibile mostra inoltre che l'aumento dei riferimenti alle caratteristiche strutturali degli aggregati sociali è coinciso con un'enfasi accordata alla quantificazione a scapito di ricerche intensive con dettagliate analisi d'interazioni in situazioni specifiche.

I più critici verso l'adozione del concetto di capitale sociale hanno ritenuto soprattutto discutibile il rapporto tra i principali indicatori di salute della popolazione e i tratti psico-culturali definiti in termini di fiducia e di numero di affiliazioni ad associazioni. Studi sulla diseguaglianza socioeconomica e sui dislivelli di classe (LYNCH J.W. - KAPLAN G.A. - SALONEN J.T., 1997, MUNTANER C. - LYNCH J.W. - HILLEMEIER M. - LEE J.H. - DAVID R. - BENACH J. - BORRELL C., 2002) mostrano che se da un lato è statisticamente evidenziata una correlazione strutturale fra reddito pro-capite, spesa pubblica e condizioni socio-sanitarie di gruppi di popolazione, dall'altro lato non vi è altrettanta evidenza statistica dell'impatto sulla salute di alcuni indicatori standard del capitale sociale (ad esempio, fiducia negli altri e appartenenza ad associazioni volontarie) (KENNELLY B. - O'SHEA E. - GARVEY E., 2003). In proposito, le critiche più incisive all'uso della nozione di capitale sociale in epidemiolo-

gia provengono da epidemiologi che invitano a ricostruire con strumenti adeguati gli effetti strutturali delle specifiche politiche economiche dalle quali dipendono la produzione e l'organizzazione del sapere medico (NAVARRO V., 2002, 2004, MUNTANER C. - LYNCH J.W., 2002, MUNTANER C. - LYNCH J.W. - OATES G.L., 2002, NAVARRO V. - MUNTANER C. curatori., 2004). Quando tali trasformazioni strutturali sono lasciate sullo sfondo, accade che, con un ribaltamento delle responsabilità, le cause di vulnerabilità siano imputate alla scarsa coesione sociale dei più poveri e dei più deboli (PEARCE N. - DAVEY SMITH G., 2003).

(b) *Stato e politiche locali.* Il capitale sociale ha cominciato a “circolare” nel dibattito internazionale in particolari congiunture storiche (nel passaggio dalla *governance* neoliberale dell'era Thatcher e Reagan a quella neo-laburista e democratica della cosiddetta terza via di Blair e Clinton), ma è un concetto che è riuscito ad avere accoglienza in differenti stagioni politiche (MUNTANER C. - LYNCH J.W. - DAVEY SMITH G., 2001). Gli inviti a rifugiarsi nella piccola comunità con forti toni identitari sono propri anche dei governi conservatori, nelle fasi storiche in cui le differenze di reddito fra i cittadini sono più marcate. Nel prevalere di una politica di alleggerimento degli investimenti pubblici, di deregolamentazione e privatizzazione di beni e risorse collettive è riconoscibile un chiaro piano di tagli agli investimenti di indirizzo neoliberale. Un progetto che include anche una complementare strategia d'intervento nelle *policies* locali, con frequenti richiami alla valorizzazione della solidarietà e della partecipazione civica.

La ricerca epidemiologica sul capitale sociale, in merito alle strategie di politica socio-sanitaria, si è sviluppata lungo tre linee di indirizzo: sulle reti come fattori di protezione della salute, sulla disuguaglianza economica, che mette in crisi i diritti di cittadinanza e la giustizia sociale, sulla disparità di accesso alle risorse materiali sia a livello nazionale che internazionale (SZRETER R. - WOOLCOCK M., 2004, con replica ai commenti: SZRETER R., 2004). Riguardo alle prospettive di ricerca, sono

interventuti sia i fautori del capitale sociale come elemento di mediazione psico-sociale nei determinanti di salute (PUTNAM R.D., 2004, ELLAWAY A., 2004, KAWACHI I. - KIM D. - COUTTS A. - SUBRAMANIAN S.V., 2004) sia i “neo-materialisti” focalizzati sulle ineguaglianze strutturali (NAVARRO V., 2004, MUNTANER C., 2004, MUNTANER C. - LYNCH J. W., 2002)¹². Condivisibile è la posizione di Vicente Navarro, il quale sostiene ad esempio che la rilevanza del capitale sociale come determinante di salute sia stata sovrastimata, tralasciando i fattori politico-economici correlati alla classe sociale e confondendo all’interno di una sola definizione tradizioni politiche e modelli di assistenza sanitaria fra loro molto differenti (NAVARRO V., 2002). Solo apparenti sono le somiglianze fra il comunitarismo, così come si configura negli Stati Uniti, e le politiche di stampo cristiano-democratico diffuse in Europa nel Secondo Dopoguerra, con la loro particolare enfasi attribuita alla famiglia – secondo un modello naturalizzato e conforme alla morale cattolica – quale asse portante della coesione sociale e garante formale di diritti di cittadinanza. Una tale visione, secondo cui lo stato dovrebbe favorire la coesione e l’inclusione sociale, eliminando i conflitti tra diversi settori della società, non considera infine la più avanzata versione socialdemocratica del welfare dei paesi scandinavi, in cui lo stato è visto come il principale agente di redistribuzione della ricchezza.

(c) *Social networks*. L’analisi di configurazioni e scambi relativi

12. Le ipotesi materialiste sono interessanti quando riflettono criticamente sulle principali direttrici di economia politica della salute, vale a dire quando mostrano che la produzione delle disuguaglianze economiche e di classe sono incorporate in differenti modi nella malattia (NAVARRO V. curatore, 2004, KAPLAN G. A. - PAMUK E. R. - LYNCH J. W. - COHEN R. D. - BALFOUR J. L., 1996, LYNCH J.W. - DUE P. - MUNTANER C. - DAVEY SMITH G., 2000, LYNCH J. W., 2000, LYNCH J.W. - DAVEY SMITH G. - KAPLAN G.A. - HOUSE E., 2000, LYNCH J.W. - DAVEY SMITH G. - HILLEMEIER M. - SHAW M. - RAGHUNATHAN T. - KAPLAN G. A., 2001). Il loro limite è dato talvolta dalla mancanza di adeguati strumenti interpretativi per i livelli specifici della esperienza del corpo e della malattia. Proprio su questi aspetti il contributo della antropologia medica contemporanea è determinante (NGUYEN V.K. - PESCHARD K., 2003).

alla salute e alle prestazioni di cura è stata affinata in ricostruzioni dei legami fra individui, famiglie, reti amicali e di vicinato, luoghi di lavoro, e stili di vita. Varie ricerche sui social networks hanno evidenziato come le informazioni per affrontare problemi sanitari siano accessibili in base alla posizione occupata dagli attori nei reticoli e siano perciò strettamente dipendenti dai contesti e dalle loro trasformazioni storiche (CAMPBELL C., 2000, CAMPBELL C. - GILLIES P., 2001, CAMPBELL C. - McLEAN C., 2003). In particolare, questi approcci alla dinamica strutturale dei reticoli fanno spesso riferimento a progetti di promozione della salute affidati alle “comunità” (termine ricorrente nelle raccomandazioni dell’Organizzazione mondiale della sanità per indicare le popolazioni locali), con politiche di coesione e d’assistenza sociale volte a potenziare specifici networks. La costruzione di legami interni ed esterni alle “comunità”, insieme all’opportunità di unire differenti agenti servendosi di diverse fonti d’informazione, sono aspetti sottolineati nello studio del collegamento fra coesione sociale e ineguaglianze di salute. In proposito, una distinzione fondamentale riguarda le dimensioni riferibili a legami interni (*bonding*) e a quelli fra (*bridging*) gruppi sociali (ADAMS J. - WHITE M., 2003). In questa direzione, studi recenti sulla salute hanno rilevato un modesto ruolo di protezione da parte del capitale sociale sia *bonding* che *bridging* (KIM D. - SUBRAMANIAN S.V. - KAWACHI I., 2006). Soprattutto hanno evidenziato che i processi in questione sono dipendenti dalla struttura sociale e dalla natura degli scambi materiali e simbolici, quindi non deducibili da misurazioni statistiche applicate a grandi aggregati. L’analisi dei reticoli ha messo in evidenza inoltre possibili conseguenze negative del capitale sociale: ad esempio, il fatto che la stessa forza dei legami di gruppo tenderebbe ad escludere l’accesso di attori considerati estranei, un forte *in group* che si chiude rispetto all’*out group*. Tra le caratteristiche dei gruppi vi è inoltre la richiesta di conformità: un controllo sociale esercitato sui membri e, dunque, una limitazione dell’autonomia e della libertà individuale (uno dei costi di una organizzazione sociale centrata sui legami forti) può in-

cidere negativamente sui progetti di prevenzione e promozione sanitaria (PORTES A., 1998).

Lo studio puntuale delle differenti configurazioni delle reti mostra che il capitale sociale sarebbe prevalentemente da identificare con i vantaggi, nei termini d'informazione e di controllo, derivanti dall'essere in relazione con persone altrimenti disconnesse nella struttura sociale. In proposito, la teoria dei "buchi strutturali" di Ronald S. Burt permette di dare un significato operativo al concetto di capitale sociale. Nella sua più concreta applicazione, essa evidenzia chiaramente le opportunità derivanti dalla posizione occupata e dall'attività di brokerage in un network con estensione e caratteristiche particolari (BURT R.S., 1997: 340, BURT R.S., 2001). Seguire la gestione delle relazioni e delle informazioni, da parte di specifici attori situati in una rete, permette di rappresentare nel dettaglio le irregolarità dei mercati reali fatti di gruppi di interesse, di reticoli variamente interconnessi, di intervento pubblico e privato. Qui le disconnessioni e i cambiamenti di posizione incidono su formazione, accumulazione e circolazione di capitali. Il problema quindi, da questo punto di vista, non è dato solo dagli eventuali vantaggi economici e sociali derivabili da un certo capitale sociale, ma da come il capitale sociale scaturisca da relazioni di potere attivate attraverso specifiche posizioni e configurazioni dei gruppi. Andando a curiosare fra queste descrizioni molto tecniche si scopre l'utilità dell'analisi dei network nell'etnografia dei gruppi d'interesse, dei membri dei consigli di amministrazione di società concorrenti in borsa, impegnati a scambiare informazioni con denaro e potere. La fama raggiunta da alcune *lobbies* e gruppi di potere sulle pagine di cronaca giudiziaria dedicate agli scandali che hanno investito la sanità in varie regioni italiane ce ne offrirebbero numerosi esempi.