

Dibattito

Medicina e società: per una alleanza di saperi¹ *Medicine and society: an alliance for knowledge*

Ambrogio Santambrogio

Dipartimento di Scienze Politiche, Università degli Studi di Perugia

Parole chiave: ricerca, specializzazione, medicina, sociologia, integrazione

RIASSUNTO

Fare ricerca e produrre scienza implica oggi un processo di specializzazione sempre maggiore, che si amplia con l'aumento dei risultati che si raggiungono. La comunicazione di questi ultimi è resa sempre più difficile dallo sviluppo iper specializzato dei linguaggi tecnici, elemento che ha esiti importanti sulla natura e sullo sviluppo delle comunità scientifiche, producendo, talvolta, gravi effetti di disintegrazione.

I problemi che emergono da questo processo sono condensati nella contraddizione tra particolare e generale, tra scomposizione e riunificazione e appartengono alla scienza medica così come alla stessa sociologia.

Se, da un lato, è ormai inevitabile la specializzazione, dall'altro occorre fare ricerca specialistica senza dimenticare l'intero cui la parte studiata appartiene e provare a ricomporre i saperi specialistici acquisiti in una conoscenza d'insieme e dell'insieme. Inevitabile che un modo nuovo di fare ricerca possa avere ricadute significative anche sulla didattica. Solo un approccio diverso alla ricerca che, all'interno di ogni specifico ambito, si ponga coerentemente il compito, a partire dalla specializzazione che produce saperi specifici, di una loro ricomposizione nella prospettiva di una conoscenza dell'insieme, anche nella consapevolezza che tale obiettivo probabilmente non sarà mai raggiunto definitivamente, sviluppa quella forma mentis che favorisce poi una maggiore apertura interdisciplinare.

Ciò renderà i risultati potenzialmente in grado di produrre ricadute sulla mentalità collettiva e sulle politiche pubbliche.

1. Questo testo coincide con la lezione magistrale da me tenuta il 5 aprile 2016 per l'apertura del secondo modulo *Teorie, metodi e strumenti per la ricerca in promozione ed educazione alla salute per la comunità* del Master in *Pianificazione, gestione e valutazione di azioni integrate di promozione alla salute per la comunità*, Dipartimento di Medicina, Università di Perugia. Ringrazio la Prof.ssa Liliana Minelli per avermi invitato a tenere la lezione e tutti i presenti, che mi hanno onorato della loro presenza e stimolato con le loro domande.

Autore per corrispondenza: ambrogio.santambrogio@unipg.it

Keywords: research, specialization, medicine, sociology, integration

SUMMARY

The increasing specialization in research and in the production of science today is directly linked with the increase of the results that are achieved. The communication of the results of this kind of research is becoming more and more difficult due to the development of hyper-specialized technical languages, an element that has important results on the nature and development of scientific communities, leading to sometimes severe effects of disintegration. The problems that emerge from this process are condensed in the contradiction between the particular and the general, between decomposition and reunification and belong to both, medical science as well as to sociology. If, on the one hand, the specialization is inevitable, on the other must be kept on mind the whole picture and try to reassemble the specialized knowledge with the whole. Inevitable that in this way of doing research may have significant repercussions on teaching. Only a different approach to research that, within each specific field, keeps the task to recreate the whole picture from the specific research, even if probably this target will never be reached, it would at least create a mindset that is open to interdisciplinary openness. This may potentially produce effects on the community and public policies.

La medicina può correre oggi il rischio di tornare ad essere una medicina “senza società”, sia sul piano della ricerca, sia su quello delle reali politiche sanitarie. La medicina è naturalmente interna alla società, ma per molti versi è come se, per i suoi fini concreti, possa diventare estranea al contesto in cui opera. Da decenni ormai in Italia si parla di integrazione socio-sanitaria, ma i risultati continuano, secondo me, ad essere scarsi. Soprattutto in periodi di crisi, come quello che si sta attraversando, la “società” e il “sociale” vengono sentiti, alla fine, come un costo che non ci si può permettere e, davanti alle presunte “sofistiche” dell’approccio sociale alla medicina, riemerge prepotentemente la dimensione *hard* della medicina pura. Se tagli si devono fare, non è certo nei confronti di quest’ultima dimensione che si interviene. Parafrasando Geertz, si può dire che gli aspetti medici sono la “torta” e quelli sociali solo la “panna” sopra la torta: se è possibile, la si aggiunge e la cosa fa un bell’effetto; se non è possibile, meglio badare al sodo.

Ci sono aspetti profondi alla base di questo modo di pensare, che purtroppo riguarda tutti, medici, ricercatori, amministratori, politici e cittadini. Il più importante di questi aspetti, secondo me, ha a che vedere con la base del processo con cui si fa medicina, cioè con la ricerca e con la didattica. Poiché parlo all’interno di un *master* universitario, vorrei brevemente soffermarmi, per prima cosa, proprio su questa base, da cui dipende poi tutto il resto. Iniziando dalla ricerca.

Oggi fare ricerca e produrre scienza implica un processo di specializzazione sempre maggiore, che aumenta con l’aumento dei risultati che si raggiungono. In medicina, non si tratta solo di una progressiva disintegrazione in minuscoli frammenti dell’insieme del corpo umano (già separato dalla sua “anima”), ma anche, e forse soprattutto, dello sviluppo di linguaggi

specialistici comprensibili ormai solo a cerchie di ricercatori sempre più ristrette.

C'è qualcosa di inevitabile in tutto ciò, ed è impensabile un "luddismo" tecnologico che si opponga a questa iper specializzazione. I vantaggi sono ovviamente evidenti. Il progresso della conoscenza è sotto agli occhi di tutti e le scienze, *in primis* le scienze mediche, hanno fatto passi da gigante. E, probabilmente, c'è un nesso strettissimo tra iper specializzazione e risultati scientifici. Gli svantaggi, o per lo meno i limiti, sono però altrettanto evidenti. La ricerca è sempre più orientata tecnicamente, e risponde sempre più alla domanda "come?", piuttosto che alla domanda "perché"? Il fine della ricerca, insomma, è sottratto alla ricerca stessa: scopo del produrre scienza è quello di identificare mezzi idonei per raggiungere un fine sempre più indipendente e sottratto alla valutazione e al controllo del ricercatore. Diventa perciò sempre più difficile, come sopra si diceva, comunicare i risultati della ricerca, anche a causa dello sviluppo iper specializzato dei linguaggi tecnici. Questo fatto ha effetti importanti sulla natura e sullo sviluppo delle comunità scientifiche, producendo, in molti casi, gravi effetti di disintegrazione. Da più parti, e non solo dalle medicine olistiche e/o da approcci più o meno scientifici, si richiama ormai sempre più l'urgenza di considerare il corpo umano come un tutt'uno. Rimane il fatto che, soprattutto a livello di ricerca, l'insieme non viene mai preso in considerazione: conosco diversi ottimi ricercatori che dedicano la propria vita di laboratorio a poche cellule o, addirittura, a componenti di esse. Si tratta ovviamente di un fenomeno che riguarda tutte le scienze, non solo la scienza medica. In effetti, lo sviluppo scientifico moderno, a partire già dalle prime formulazioni del metodo scientifico, ha sempre più sottolineato la centralità del processo di induzione e di settorializzazione. Scomporre analiticamente l'insieme, frantumandolo in parti che si ritengono significative, è l'operazione che già i grandi pittori dell'umanesimo e del rinascimento facevano nell'intento di comprendere il funzionamento del corpo umano.

Emblematico da questo punto di vista è il grande quadro *Lezione di anatomia del Dottor Tulp* di Rembrandt. Nella raffigurazione, il corpo da sezionare giace sul tavolo come mero oggetto scomponibile sotto l'occhio, e il bisturi, del docente. Si tratta, in prima battuta, del farsi mero oggetto della vita. Essa viene compresa negandola: l'*oggettivazione* è il processo che produce *oggettività* perché viene cancellata la vera essenza della realtà, il suo essere vita. L'oggettività – la scientificità – della conoscenza è quindi il risultato di una preliminare oggettivazione del corpo umano: togliendo ad esso il suo aspetto vitale, esso viene trasformato in un oggetto oggettivamente studiabile. Il corpo umano diventa mera natura, cui diventa applicabile lo stesso metodo dell'osservazione induttiva che si applica allo studio delle montagne, degli astri o delle nuvole. La curiosità scientifica, che brilla negli occhi e nell'atteggiamento di maestro e allievi, si esercita su un oggetto specifico – il Dott. Tulp sta mostrando il funzionamento dei tendini del braccio – separato dal corpo e indipendente da esso. Il tendine è solo oggetto parte di un oggetto più ampio, il cui funzionamento può essere spiegato meccanicamente come parte di un meccanismo più ampio.

Rembrandt sottolinea qui un aspetto decisivo nella storia dell'evoluzione della professione

del medico, che caratterizza proprio l'epoca in cui il quadro viene dipinto, l'inizio del XVII secolo: l'unificazione di teoria (il grosso volume rappresentato a destra nel quadro) e prassi (la vivisezione, sino ad allora praticata da barbieri e cerusici, non dai medici). Il salto di qualità della medicina si compie dunque con l'unificazione di teoria e prassi: la teoria trova un oggetto su cui esercitare il metodo della ricerca, e l'oggetto viene inventato oggettivando il corpo umano, riducendolo cioè a cosa sezionabile. La luce che investe il corpo è la luce che investe un oggetto osservato dal nuovo metodo di indagine. Il fatto che tutti i personaggi siano storicamente reali – il Dott. Tulp, i suoi allievi, il corpo del morto (un criminale appena impiccato) – sottolinea maggiormente la concretezza realistica di una operazione di reale ricerca scientifica. Il quadro rappresenta iconograficamente la nascita della medicina moderna.

Dal bisturi del Dott. Tulp ai bisturi elettronici e computerizzati di oggi il passo è storicamente lungo, ma breve dal punto di vista logico. La differenza è soprattutto di tipo tecnico, non di impostazione generale. Ciò che è cambiato è il risultato di un progressivo processo di specializzazione e di frantumazione, nel senso sopra richiamato. I problemi che emergono da questo processo sono condensati ora nella contraddizione tra particolare e generale, tra scomposizione e riunificazione dell'oggetto corpo, contraddizione che, significativamente, si scarica sul ruolo del medico di medicina generale. Egli è posto sul bivio invalicabile che separa il paziente, inteso come soggetto, e la terapia, che viene applicata da approcci specialistici non direttamente di competenza del medico. La frantumazione del corpo corrisponde ai – ed è creata dai – saperi specialistici della scienza medica, ed il medico governa, con tutte le difficoltà e le contraddizioni che sorgono, il confine tra l'uno e gli altri.

Come sopra si diceva, naturalmente, non è possibile pensare di tornare a tecnologie obsolete ed è altrettanto evidente che non è proponibile un'inversione di tendenza: la scienza, in medicina come in tutti gli altri settori (anche nelle scienze sociali), vive di specializzazione. Per fare un esempio che conosco bene, laddove i grandi sociologi del passato, i padri fondatori della nostra scienza, si occupavano di "società", o per lo meno i loro studi specialistici avevano comunque di mira il tentativo di fornire una interpretazione di insieme di cosa sia e di come funzioni la società moderna, oggi gran parte delle nostre ricerche si sofferma su oggetti specifici e sempre più ristretti (gli immigrati in un quartiere; i rapporti tra padre e madre nella famiglia; i processi di partecipazione all'interno di una associazione; il ruolo delle donne in una specifica azienda; ecc.) dimenticando, e questo è l'aspetto decisivo, che i risultati raggiunti rimangono muti se non vengono ricollegati all'insieme da cui sono stati separati. Una volta esisteva la sociologia; oggi esistono la sociologia della famiglia, del lavoro, della devianza, della cultura, del territorio, del diritto, dei fenomeni politici, ecc., e non si sa più bene chi studi la "società".

Dal punto di vista della ricerca, mi sembra che sia proprio questo il punto: se, da un lato, è ormai inevitabile la specializzazione, dall'altro occorre: 1. fare ricerca specialistica senza dimenticare l'intero cui la parte studiata appartiene; 2. provare a ricomporre i saperi specialistici acquisiti in una conoscenza d'insieme e dell'insieme. Sono queste le due strategie, dal mio punto di vista,

che consentono ad una scienza sociologica sempre più specializzata di continuare ad essere “scienza della società”.

Vale la stessa cosa per la medicina? Può essa continuare ad essere scienza del corpo umano (e magari, ancor più ambiziosamente, scienza dell'uomo), così come, solo per fare qualche esempio, la psicologia è scienza della psiche, le scienze naturali sono scienze della natura e le biologia scienza della vita? Ha senso continuare a pensare che oggetto delle nostre ricerche sia fornire una conoscenza – intesa come ricomposizione di saperi specialistici – della società, della psiche, del corpo, della natura, della vita, oppure pensiamo che porre queste domande sia anti-scientifico, sia il frutto di un'ambizione da dilettante, olistica o persino esoterica? E, aspetto ancor più decisivo, se la scienza pensasse che per essere tale deve cancellare dal suo orizzonte di ricerca proprio queste domande, a chi e a cosa lasciamo il compito di rispondere ad esse?

Solo un approccio diverso alla ricerca che, all'interno di ogni specifico ambito, si ponga coerentemente il compito, a partire dalla specializzazione che produce saperi specifici, di una loro ricomposizione nella prospettiva di una conoscenza dell'insieme, anche nella consapevolezza che tale obiettivo probabilmente non sarà mai raggiunto definitivamente, sviluppa quella *forma mentis* che favorisce poi una maggiore apertura interdisciplinare. Detto più direttamente: l'occhio scientifico che, dall'interno del proprio laboratorio, guarda senza pregiudizio al laboratorio vicino in qualche modo sviluppa una curiosità che, prima o poi, lo porta a capire che anche il lavoro altrui – di quell'altro che sente disciplinariamente lontano – può essere utile alla causa comune.

Per tornare all'esempio del quadro di Rembrandt, bisognerebbe studiare il tendine sapendo che è il particolare di un insieme e, di conseguenza, con la consapevolezza che occorre una collaborazione con altri specialisti della stessa disciplina medica. Questo esercizio al confronto può consentire di guardare anche ad altri approcci disciplinari, ad altre scienze, nel tentativo, se possibile, di ridare vita a quell'oggetto corpo che giace sul lettino dell'anatomista.

Inevitabile che un modo nuovo di fare ricerca possa avere ricadute significative anche sulla didattica. Si tratta di una comune apertura di mentalità che può avere solo effetti positivi. Non mi soffermo su questo aspetto perché proprio la sede in cui sto parlando è un ottimo esempio di quello che voglio sostenere. Insisto: non si tratta di dimenticare, o sminuire, la specificità della propria ricerca: si tratta piuttosto di sentirsi tutti ispirati da una comune vocazione scientifica che, attraverso la valorizzazione delle specificità, produce molteplici ambiti di ricerca che devono poi imparare a collaborare.

Vorrei fare un piccolo esempio che mi riguarda direttamente. Ho da poco concluso una ricerca in Umbria sull'uso quotidiano degli psicofarmaci, cioè in situazioni “non patologiche”, ove non sia presente una malattia mentale conclamata. L'equipe di ricerca da me diretta era composta da sociologi, antropologi, psicologi e da un farmacologo. Abbiamo intervistato medici di medicina generale, farmacisti, operatori dei servizi (Sert e Csm), tra cui anche qualche direttore (in genere psichiatri), un po' su tutto il territorio regionale, quindi sia nei centri urbani che nelle periferie,

ma anche in piccoli e piccolissimi centri sparsi sul territorio.

Il principale risultato della ricerca è stata la messa in luce di un consumo enorme e diffuso di psicofarmaci: tutti gli intervistati concordano sul fatto che questi farmaci sono tra i più venduti in Italia – se non forse i più venduti in assoluto – e che il loro consumo è in forte aumento. Inoltre, tale consumo riguarda trasversalmente un po' tutti i soggetti, per età, per genere, per specificità territoriale, per classe sociale e per livello culturale. Alcune categorie sono particolarmente coinvolte (ad esempio, gli anziani, che devono affrontare l'ansia e la depressione create dalla solitudine e dalla difficoltà a prendere sonno). Dalla ricerca emerge però una realtà per cui qualsiasi problema della nostra vita (studenti che non riescono a dare un esame; persone che perdono il lavoro o che faticano a trovarlo; morte di una persona cara; abbandoni, separazioni o divorzi; difficoltà a relazionarsi con gli altri; richieste di eccessive prestazioni lavorative; un generale senso di incertezza e di difficoltà; problemi sessuali; sentimenti di abbandono e di solitudine; ecc. ecc.) trova una risposta relativamente facile e relativamente disponibile nell'assunzione di farmaci.

Si è così davanti ad una vera e propria quotidianizzazione del sintomo, del farmaco e della terapia, resa possibile da un processo di standardizzazione della diagnosi, che è soprattutto il prodotto delle caratteristiche intrinseche di questi farmaci: poche semplici molecole alla base di una gran quantità di prodotti; una confezione e un formato che li rendono facili da gestire e da assumere; un'immagine che li presenta come prodotti di pronto, immediato e probabilmente efficace uso. Insomma: ognuno arriva dal medico con il proprio problema; con il suo specifico modo di viverlo; con la propria difficoltà nell'affrontarlo e gestirlo. Poi tutto questo eterogeneo universo viene centrifugato e ridotto a pochi schemi interpretativi, cui si collegano poche semplici diagnosi che si affrontano con poche molecole uguali per tutti.

Non voglio qui soffermarmi sul ruolo che il mercato gioca in tutto ciò, perché sarebbe troppo semplice mettere in luce la dimensione "sociale" del problema. Si potrebbe, inoltre, mostrare come l'uso di categorie prodotte socialmente renda operativizzabile il meccanismo sopra descritto. Ad esempio, si pensi alla distinzione sociale tra farmaco e droga: il primo concetto ha ormai definitivamente perso quell'ambivalenza che la sua etimologia porta con sé. Il suo lato oscuro, di pericolosità, viene completamente cancellato e scaricato sull'altro termine, quello di droga. Un farmaco fa bene, punto.

L'aspetto però centrale della questione è che le cause all'origine dei problemi dei "pazienti" sono per lo più, se non completamente, psico-sociali e non biologiche. Certo non è facile separare le due dimensioni, perché non è detto che anche una banale gastrite – per fare un esempio – non abbia anch'essa origini psicologiche e sociali. Il fatto è che nell'universo da noi studiato ciò che il paziente denuncia al medico ha prevalentemente cause non biologiche: un anziano meno solo e con più relazioni sociali non sarebbe depresso, così come non lo sarebbe un giovane che potesse maggiormente confidare sul suo futuro. A tutto ciò, sembrano associarsi una generale fragilità e una diffusa incertezza, entrambe del tutto nuove, probabilmente sconosciute alle

generazioni che ci hanno precedute.

Proprio alla luce di tutto ciò, emerge il *bias* che si crea laddove, a fronte di problemi diffusi di tipo psico-sociale, che vengono rilevati solo attraverso le parole del paziente (e che non possono perciò avere un riscontro diagnostico, per lo meno nello studio del medico di medicina generale, così come si fa, per dire, con una polmonite o un'infezione), si risponde con una diagnosi medica e con una terapia farmacologica. Con dei costi, ultimo aspetto rilevante, enormi e a carico per lo più del sistema sanitario nazionale.

Se si tiene conto degli aspetti sopra brevemente delineati, si capisce bene come la “panna” del sociale sia qualcosa di più rispetto al semplice abbellimento sulla “torta” dell’approccio medico: dal punto di vista scientifico, è chiaro come sia necessario il dialogo all’interno delle discipline mediche (si pensi al rapporto, fondamentale nell’esempio della nostra ricerca, tra medico di medicina generale e psichiatra) e tra queste e le scienze sociali; dal punto di vista delle politiche sanitarie, il “sociale” (e lo “psicologico” insieme ad esso) non è qualcosa che può essere aggiunto, un semplice *surplus* che può essere lasciato cadere alla prima difficoltà economica. E questo anche solo in un’ottica economica di semplice gestione dei costi.

Al contrario, la sostanza della questione sembra essere sempre sanitaria, anche in nome di una retorica della “concretezza”: il concetto di salute è essenzialmente medico, il resto appaiono “chiacchiere”. Agli aspetti sanitari viene dedicata la gran parte delle risorse, la gran parte dell’attenzione, la centralità della filosofia di intervento (in termini anche di risorse umane), la gran parte delle politiche concrete. Abbiamo così politiche sanitarie senza società.

Io sono sociologo. Non vorrei far pensare che tutto ciò sia espressione di un atteggiamento partigiano. Non si tratta di questo, naturalmente. Non vorrei neppure che la rivendicazione della dimensione sociale assomigli a quelle politiche di riconoscimento di genere che passano per le quote rosa, come se l’obiettivo sia quello di ottenere anche per le nostre discipline, e per il punto di vista che portano con sé, un po’ di riconoscimento. Il punto è un altro. Così come le differenze di genere non devono essere pensate come deviazioni rispetto al dato per scontato dei rapporti normali, cioè confezionati su misura per il maschio, ma devono essere assunte come rapporti da interpretare all’interno di due grandezze di riferimento parimenti problematiche, allo stesso modo occorre riconoscere una reale parità di dignità tra approcci scientifici diversi e la necessaria complementarità tra approcci di intervento diversi. Soprattutto perché li si considera complementari!

Tenendo sempre ben presente che esiste non solo una funzione *tecnica* dei saperi (di qualunque tipo essi siano), ma anche un ruolo *pubblico* della conoscenza scientifica. Quella cioè di fornire alla sfera pubblica, alla opinione pubblica, una *conoscenza oggettiva, pubblica, condivisibile e critica* capace di contribuire alle decisioni sul “perché”, non lasciandole così all’irrazionalità di nuovi populismi e/o fondamentalismi, di ogni genere.

In questo mio intervento, parlando in un contesto accademico, ho inteso soffermarmi soprattutto sul ruolo che la ricerca può avere per un cambiamento di prospettiva, capace

potenzialmente di avere ricadute anche sulla mentalità collettiva e sulle politiche pubbliche. Lo sviluppo e l'affermazione di una medicina sempre più sociale, che sia strumento per una riconsiderazione del rapporto tra fare scienza medica e società, passa perciò in primo luogo per una "nuova alleanza" – cito consapevolmente il titolo del famoso libro del 1981 di Prigogine e Stengers – tra discipline diverse, da un approccio che metta al centro della ricerca e della didattica una nuova interdisciplinarietà dei saperi. Senza un approccio metodologicamente nuovo, la medicina rimarrà sempre estranea al sociale.

BIBLIOGRAFIA

1. Geertz C. Interpretazione di culture. Bologna: Il Mulino, 1998.
2. Santambrogio A (a cura di) Psicofarmaci e quotidianità. Perugia: Morlacchi, 2016.
3. Prigogine I, Stengers I. La nuova alleanza. Torino: Einaudi, 1981.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno