

LA SALUTE GLOBALE IN BRASILE

*Alcindo Antonio Ferla
Cristian Fabiano Guimaraes*

Il dibattito internazionale sulla salute globale si associa, generalmente, ai discorsi relativi alla fase attuale dei processi di globalizzazione. Kawachi & Wamala (2007) definiscono la globalizzazione come “the closer integration of economies and societies.” (KAWACHI; WAMALA, 2007, p.5) Per questi autori:

Globalization is a term that is used in many ways, but the principal underlying idea is the progressive integration of economies and societies. It is driven by new technologies, new economic relationships, and the national and international policies of a wide range of actors, including governments, international organizations, business, labor and civil society. (KAWACHI; WAMALA, 2007, p.5)

Tuttavia, circoscrivere l'emersione di un sapere in salute globale al discorso sulla fase attuale dei processi di globalizzazione così come è stato costruito a livello internazionale negli anni novanta e duemila, significherebbe

ridurre il potenziale di questo campo del sapere. Questo testo si propone, pertanto, di problematizzare il concetto di salute globale nello scenario brasiliano, cercando di evidenziare come si relaziona con i saperi e le esperienze che sono state sviluppate in Brasile nel campo della salute collettiva. A questo scopo, analizzeremo alcune esperienze che discutono gli effetti della globalizzazione sui sistemi locali di salute in differenti paesi. Queste considerazioni ci aiuteranno a comprendere come la salute globale contribuisca ad ampliare la visione del campo micro-politico, o processuale, che rinforza la dimensione dei determinanti sociali della salute. Infine, presenteremo alcuni elementi che definiamo “*intervenenti*” nella produzione del sapere in salute globale, allo scopo di costruire “resistenze” che ci permettano di affrontare i problemi principali dei sistemi sanitari contemporanei.

L’ambito della salute globale, tradizionalmente, è stato poco discusso nel campo della salute collettiva brasiliana. Con tutta probabilità questo è dovuto al fatto che, ancora, ci sono numerose urgenze da affrontare nel contesto delle politiche pubbliche sanitarie. Garantire l’accesso al sistema sanitario, per esempio, rappresenta ancora oggi un grosso problema, nonostante i numerosi sforzi effettuati dal governo nel tentativo di rafforzare il sistema di assistenza primaria, considerato una buona risposta alle disuguaglianze esistenti.

Ciò che si è sempre discusso in termini di salute globale sono esperienze di ricercatori brasiliani realizzate in altri paesi, sia nel contesto di progetti scientifici, sia in quello di progetti di cooperazione allo sviluppo, come per esempio nel caso di Haiti, in cui la prospettiva è quella di trasferire saperi e pratiche in salute. Tuttavia, non possiamo confondere la salute globale con tali esperienze di cooperazione spesso transitorie o caratterizzate da un approccio missionario.

Ora, il nostro nuovo punto di partenza per discutere e pensare le questioni relative alla salute globale è la constatazione del fatto che le urgenze da affrontare nel campo delle politiche pubbliche sanitarie hanno sì radici locali, ma sono anche co-prodotte in uno scenario globalizzato, generando effetti globali. Pertanto il sapere in salute globale si configura come un elemento strategico per la comprensione dinamica dei problemi contemporanei e per la composizione di nuove possibili soluzioni. E’ da questo punto di vista che discuteremo la questione della salute globale nel contesto brasiliano, cercando di fare emergere quegli elementi fondamentali alla discussione, quando ci proponiamo di avere un impatto nella riduzione delle disuguaglianze sociali e di contribuire al miglioramento della salute delle nostre comunità.

Comprendere la relazione globale-locale a partire dal settore sanitario

Foucault (2011a) ci aiuta a pensare alla relazione locale-globale nel contesto sanitario. Nel testo intitolato *La nascita della medicina sociale* l’autore esplora la nozione di medicina sociale enfatizzando le differenze di significato che si presentano in tre distinti contesti locali: in Germania, in Francia e nel Regno Unito. Con questo, ci mostra come in funzione della realtà sociale e delle questioni principali poste in analisi in ognuno dei differenti contesti, si verifichi una differenziazione sostanziale del concetto di medicina sociale, senza, tuttavia, che con ciò si perda un effetto *globale* di questo sapere, manifestato come tecnica di disciplina dei corpi. Esistono, quindi, differenti tipi di medicina sociale posti in contesti locali con caratteristiche geopolitiche differenti, ma nello stesso momento tali pratiche si articolano in una prospettiva più ampia di tecnologia del corpo sociale, che si associa ad un effetto globale.

Proseguendo nella lettura dell'opera di Foucault vediamo che negli ultimi corsi che ha tenuto, le nozioni di "governamentalità" e "biopolitica" hanno assunto una rilevanza preminente, principalmente in riferimento ai discorsi relativi al governo della vita e della presa in carico del sé. L'autore (2011a; 2011b; 2011c; 2011d; 2008; 2005a; 2005b), utilizzando il metodo genealogico, analizza esperienze locali allo scopo di comprenderne gli effetti globali sulle singole soggettività. La "governamentalità" acquista significato a partire dallo sviluppo della ragion di stato, agendo come strumento di normalizzazione delle soggettività. Il concetto di "biopolitica", invece, identifica un certo modo di organizzare la vita, prodotto derivato dal gioco di relazioni esistenti in una determinata epoca: si tratta di una politica della vita. Il pensiero sviluppato dal filosofo ci suggerisce, quindi, che le pratiche locali compongono un insieme di relazioni che determinano movimenti più ampi, e allo stesso tempo, che i movimenti più ampi producono determinate relazioni che condizionano le pratiche locali, in un *continuum* di relazioni concatenate in cui la vita viene prodotta.

La medicina sociale latinoamericana, per esempio, specialmente nella seconda metà degli anni cinquanta, si è organizzata a partire dalla critica al sapere originato dalla sociologia americana, di carattere funzionalista, e ha contribuito a introdurre in America Latina la prospettiva del materialismo storico. Vari paesi dell'America del Sud hanno cominciato in quel periodo a sperimentare esperienze locali aventi come filo conduttore una prospettiva più ampia, di lotta contro le dittature e di difesa dei diritti umani, in particolar modo del diritto alla salute. Movimenti/agitazioni occorse a livello globale hanno influenzato numerose esperienze locali, ma allo stesso tempo varie esperienze locali hanno apportato un significativo contributo alla

composizione di una nuova geopolitica della salute a livello mondiale.

Guimarães (2015) ha evidenziato l'esistenza di una continuità storica tra gli scenari delle riforme sanitarie italiane e brasiliane, rintracciabile, negli anni settanta, nella costruzione di un pensiero in salute collettiva brasiliano in sintonia con le agitazioni prodotte dal movimento operaio italiano. L'autore evidenzia come esperienze locali, prodotte in Italia, si sono de-territorializzate nel contesto brasiliano e hanno contribuito alla costituzione del pensiero riformista e all'invenzione del concetto di Salute Collettiva. Un processo di democratizzazione si è verificato in molti stati nazione, quasi come se fosse stato un movimento globale, nonostante ciascuna realtà locale si sia appropriata di questo processo in maniera o in periodi differenti.

Nella discussione del binomio locale-globale è possibile caratterizzare tre importanti meccanismi che utilizzeremo per pensare alle questioni di salute globale in Brasile: 1) la necessità di far circolare il sapere, producendo "*incontri significativi*" tra differenti persone in differenti contesti. 2) Liberare il movimento dell'immaginazione, non per produrre nuovi segni o valori sulla realtà, ma piuttosto per far sì che, a partire dalla mescolanza di differenti culture, persone ed esperienze, sia possibile produrre un nuovo spazio nelle identità individuali, uno spostamento. Ovvero, a partire dagli incontri significativi, liberare una potenza che si costituisca come dispositivo di produzione di singolarità, di modificazione della concatenazione esistente. 3) Formare nozioni comuni, promuovere la comprensione delle relazioni che formano gli oggetti, e di ciò che concorre alla loro normalizzazione, costituendosi come un potente elemento di formazione di soggettività "governamentalizzate", in cui la "biopolitica" funziona come politica di controllo, o disciplina, della vita. Questi

elementi acquireranno significato soltanto se verranno provocati alcuni avvicinamenti atti a problematizzare la realtà e a far sì che il pensiero si sposti da un certo standard di razionalità che tende alla chiusura o alla riproduzione di modelli ideali sulla vita, essa stessa oggettivata e destituita di ogni potenza.

Questioni di Salute Globale: tre casi per l'analisi

Abbiamo scelto tre esempi che ci possono aiutare a comprendere la questione della salute globale, e che ci permettono di enfatizzare la tensione che esiste tra il locale e il globale dal punto di vista della micro-politica delle relazioni: l'introduzione della medicina scientifica in Tibet, il problema dei conflitti etnici in Sri Lanka e il dibattito relativo all'AIDS nel contesto africano. Tali esperienze contribuiscono a sviluppare un pensiero relativo allo scenario brasiliano, determinando spostamenti dei punti di vista che permettono la creazione di nuove prospettive di analisi.

Adams (2002) discute il processo di trasformazione del modello sanitario tibetano, transitato verso un modello più o meno ibrido, che coniuga elementi tradizionali ad aspetti medici ispirati al paradigma biomedico. Nonostante in quel contesto il significato del concetto di scienza venga piuttosto problematizzato, alcuni praticanti della medicina tibetana hanno cominciato a rivendicare il carattere scientifico della loro disciplina, allo scopo di comprovarne l'efficacia. Tali rivendicazioni, però, erano cariche anche di significati politici ed economici di stampo neo-liberista, indirizzati allo Stato e agli attori internazionali. Attraverso la marginalizzazione della cultura tradizionale religiosa e l'azione di dissidenti politici, in ambito sanitario, i medici hanno favorito processi di giustapposizione dell'approccio

scientifico moderno a quello tradizionale, incorporando al sapere medico elementi mistici e rituali caratteristici della cultura locale. Questo movimento di incorporazione, secondo Adam (2002), rappresenta il processo attraverso cui si è concorso alla conversione della medicina tibetana in un bene commerciabile nel mercato internazionale. Tali ricadute sono tipiche della fase attuale della globalizzazione: in Tibet la medicina aveva l'interesse di diventare scientifica non soltanto in funzione (o come risultato) di politiche interne, ma soprattutto a causa delle dilaganti politiche di liberalizzazione economica. Anche in questo contesto, infatti, si è assistito ad un crescente consumo di farmaci allopatrici e procedimenti biomedici, in parte grazie allo sfruttamento simbolico di alcuni elementi della medicina tradizionale.

Incorporare al sapere scientifico nuovi elementi funzionali al mercato biomedico ha prodotto un consumo crescente di tecnologie. In Brasile questa dinamica è lampante nel contesto del Sistema Unico di Salute – SUS, principalmente per quel che concerne la prescrizione di farmaci. La pressione che l'industria farmaceutica esercita su medici e sistema sanitario ha contribuito ad aumentare la "giudizializzazione" della sanità, processo attraverso cui, mediante un'azione di tipo giuridico, si forza lo stato a comprare farmaci non inclusi nella lista del SUS o perché di efficacia non comprovata, o perché sono presenti sul mercato sostanze con un rapporto costo/beneficio più favorevole. È proprio la sovrapposizione tra scienza medica e interesse del mercato farmaceutico che favorisce l'espansione della medicalizzazione della salute.

Trawick (2002), invece, ha evidenziato come le istituzioni possano concorrere al mantenimento di conflitti etnici che agendo a livello culturale determinano ricadute importanti nelle dimensioni relative alla salute

(colonizzazione dell'immaginario). Riferendosi alla realtà dello Sri Lanka, per esempio, l'autore rivela da un lato che molto spesso i miti etnici locali si caratterizzano per una forte legittimazione della violenza, ma dall'altro, che la responsabilità di quest'ultima è in gran parte rintracciabile nell'operato delle istituzioni che frequentemente lucrano con il conflitto e stimolano la riproduzione di tali miti. L'autore mostra come le istituzioni siano state responsabili dello scoppio e del mantenimento di una guerra etnica, in cui sentimenti di violenza sono stati perpetuati a partire dalla conservazione di un clima di terrore, confacente alla radicalizzazione dell'identità etnica. Con ciò si vuole affermare che senza problematizzare la dinamica di produzione della soggettività in Sri Lanka e il contributo offerto dalle istituzioni e dallo stato, si rischia di sostenere una visione naturalizzata della violenza e dei conflitti etnico-razziali, negando le relazioni micro-politiche che concorrono al loro rafforzamento. Queste questioni ci offrono delle piste interpretative per pensare alle relazioni che si stabiliscono in Brasile, in cui la maggioranza delle persone uccise con atti violenti (omicidi per esempio), sono adolescenti o adulti afro-discendenti. Ciò mette in luce un silenzioso conflitto razziale che alimenta il circuito della violenza. In Brasile, inoltre, vi sono relazioni molto tese tra il sistema sanitario pubblico e quello privato, poiché entrambi coesistono costantemente in disputa. Comunemente l'offerta del sistema pubblico viene percepita come incipiente, e questa prospettiva è, tra l'altro, fortemente sostenuta dai media *mainstream*. Ciò contribuisce ad aumentare le difficoltà che lo stato ha nel garantire l'accesso al sistema, nonostante i numerosi sforzi del governo. E' ancora pressante l'idea che il sistema sanitario pubblico sia soltanto per i poveri. Questa situazione concorre al mantenimento del sub-finanziamento cronico delle politiche sanitarie, che si accompagna alla deregolamentazione del mercato privato che avanza in

tutto il paese, avvalendosi anche dell'entrata di capitale straniero. Di conseguenza si assiste ad una precarizzazione dei servizi pubblici e ad un aumento del lucro dell'iniziativa privata sul fallimento del modello universale. Anche in questo caso, siamo di fronte ad una dinamica che produce violenza, rafforzando il desiderio per il privato e il default del pubblico come modello ideale.

Bibeau & Pedersen (2002), dal canto loro, hanno messo in luce come l'idea di vulnerabilità della popolazione africana all'AIDS derivi da un processo culturale che evidenzia il modo in cui la civiltà occidentale ha compreso e giudicato la cultura nera, a partire dal XVIII secolo. Questa idea è stata costruita in associazione a un processo storico di moralizzazione della "sessualità africana", in cui tali popolazioni venivano accusate di non essere in grado geneticamente di limitarsi/controllarsi sessualmente, e a causa della loro poligamia – tratto storico della cultura di quei luoghi – divenivano maggiormente "predisposte" a tale malattia. La questione dell'AIDS in Africa acquista significato per gli europei soltanto se interpretata alla luce di questa "predisposizione genetica" sostenuta da un approccio moralista/religioso relativo al comportamento sessuale di quelle popolazioni. Ciò ha contribuito al rafforzamento di certi stereotipi razziali sviluppatasi precedentemente, in contemporanea alla razionalità europea e allo sfruttamento della cultura nera. Per molti intellettuali dell'ambito medico, è come se esistesse un'ontologia della suddetta epidemia, correlata alla matrice africana. Questo posizionamento ha concorso allo sviluppo di numerosi pregiudizi che hanno contribuito al fallimento dei tentativi di controllo di tale epidemia in Africa. Bibeau & Pedersen (2002) definiscono questo fenomeno di "razzismo scientifico", caratterizzato da un discorso che parte dal presupposto che esista una causa naturale per l'AIDS associata al contesto evolutivo e alle caratteristiche individuali della società africana relative alla

questione della sessualità. Affermando credenze e pregiudizi, questi discorsi rafforzano, secondo l'autore, l'adesione della civiltà europea al modello familista e monogamico come comportamento sessuale ideale. Inoltre, evidenzerebbero anche come le pratiche locali vengano distorte da letture della realtà finalizzate a produrre un effetto globale, sia nel contesto africano, sia in quello europeo. Anche nel contesto brasiliano, caratterizzato da forti divisioni sociali, il "razzismo scientifico" appare come un importante elemento da analizzare. Questa questione è fondamentale, poiché la razionalità predominante in ambito sanitario ha privilegiato il modello bianco-borghese-europeo, rendendo più difficile la comprensione di numerose variabili inerenti al complesso scenario culturale in cui si producono.

Per comprendere la questione della micro-politica delle relazioni nelle tensioni che si producono tra il globale e il locale, è necessario identificare i meccanismi che, agendo in maniera concatenata, producono differenti "affetti"¹ e modi di interpretare la realtà. Inoltre è anche necessario comprendere come queste interpretazioni si territorializzino negli scenari concreti. Si tratta di fare emergere le dinamiche che sostengono tali relazioni e produrre un cambio di prospettiva. Ciò significa che prestare attenzione alle questioni sollevate dagli studi in salute globale, ci permette di costruire una mappa di relazioni, tensioni e conflitti che esercitano pressioni o corroborano i processi di presa di decisione rispetto alle politiche e ai sistemi sanitari nazionali, influenzando anche le scelte relative alle azioni e alle modalità concrete di intervento e costruzione dei processi assistenziali. Tali questioni paiono

¹ Nella rilettura di Spinoza da parte di Gilles Deleuze, per *affezione* si intende "lo stato di un corpo in quanto subisce l'azione di un altro corpo"; si intende dunque una 'influenza'; l'effetto di un corpo su un altro corpo. Gli "affetti" in questo senso devono essere intesi come 'influenze'. Si veda Gilles Deleuze (2007), "Cosa può un corpo. Lezioni su Spinoza", Ombre Corte, Verona. (DELEUZE, 2007)

oggi fondamentali per i *policy makers*, per esempio, dal momento che questi rappresentano sia gli ideatori che i decisori sulle politiche pubbliche.

Nello scenario brasiliano, in cui la discussione sulla micro-politica della salute ha guadagnato rilevanza nelle ultime decadi, la prospettiva della salute globale si è arricchita di nuove prospettive. Da una parte abbiamo la dimensione macro-politica dei determinanti sociali della salute e dall'altra la necessità di comprendere come tali determinanti producono (e contemporaneamente vengono rinforzati da) i processi micro-politici che si generano nella tensione esistente tra globale e locale (e relative concatenazioni). Prendendo come focus di analisi la dimensione processuale e micro-politica, abbiamo iniziato a studiare la salute globale dalla prospettiva della "governamentalità" e della produzione del "biopotere", allo scopo di evidenziare i meccanismi locali che contribuiscono alla produzione di una salute globale fortemente identificata con il rafforzamento del modello biomedico e con l'espansione del mercato della malattia, producendo una de-politicizzazione della sanità.

Salute Globale e "governamentalità": che cosa suggeriscono gli studi di Salute Globale?

Attualmente c'è una tensione tra i valori che definiscono l'identità di una nazione e quelli originati dalla modernizzazione e dalla globalizzazione. Piagg (2002) ha indagato l'intersezione tra le priorità internazionali in sanità pubblica e la loro relazione con le realtà locali, allo scopo di comprendere le "risposte" prodotte in termini di valori sociali. Nei suoi studi ha rilevato che l'agenda internazionale o transnazionale tende a creare nuovi spazi nei quali l'identità nazionale viene re-interpretata, in ambito

sanitario e di sviluppo economico, secondo la filosofia predicata dagli organismi internazionali. In tal senso, l'autore sottolinea l'importanza di esaminare criticamente l'agenda della sanità pubblica globale, e come la medicina scientifica e le aspettative di sviluppo economico influenzino le politiche sanitarie nazionali in nome di riforme dei sistemi assistenziali e della razionalizzazione della pratica medica. Efficacia e efficienza rappresentano il filo conduttore che sostiene la rapida globalizzazione provocata dalla crescente pluralizzazione e ibridazione della pratica medica, sotto l'egida del modello biomedico.

Il sapere medico è dinamico e il suo cambiamento è il risultato di fattori politici e sociali (gli stessi che concorrono alla produzione della conoscenza), nonché delle innovazioni tecnologiche ad esso correlate. (LOCK & NICHTER, 2002) Col passare del tempo, diventa sempre più evidente la pressione che le grandi industrie farmaceutiche e il settore dell'assistenza medica *for profit* esercitano sulle politiche di sanità pubblica, trasformando questo territorio in un'arena di dispute di interessi economici. Tra i molti effetti prodotti da questo processo, il cambiamento culturale avvenuto nell'ambito medico ha raggiunto ciò che Leslie (1980) chiama di "medicina occidentale", definita come modello dominante e in sintonia con il paradigma biomedico.

Questo modello opera nel tentativo di adattare i "modi" alternativi di fare medicina, che esistono in differenti culture e società, al modello dominante. Ciò concorre alla creazione di un processo di omogenizzazione delle esperienze di salute/malattia, al fine di costruire stili di vita coerenti con l'espansione capitalista. Discutendo la tradizione medica asiatica, Leslie (1980) sottolinea all'inizio degli anni ottanta che tale sistema apparteneva già a un mondo globalizzato, suggerendo l'esistenza di un movimento verso la costruzione di sistemi di salute globali.

Nella concezione dell'autore, tale movimento si produce in sintonia con la modernizzazione della medicina scientifica, che fa sì che tutte le altre forme di medicina vengano marginalizzate, a favore della creazione di un sistema medico standardizzato (biomedico).

La creazione di un tale sistema, generalmente, non permette che le caratteristiche locali vengano considerate nello sviluppo delle strategie di assistenza alla salute. In questo contesto, non dobbiamo meravigliarci del fatto che la logica della "neutralità" sia un aspetto determinante dei saperi e delle pratiche mediche, poiché è così che si fa la medicina in qualsiasi posto del mondo, basta che vi sia la disponibilità di risorse materiali e tecniche, di macchinari per realizzare esami, farmaci di ultima generazione, grandi ospedali, sale chirurgiche ben equipaggiate, ecc...ecc... Di fronte ad una medicina occidentale che si comprende come modello ideale, pochi aspetti delle pratiche mediche locali potranno essere incorporati. Entreranno a far parte di tale modello soltanto quelle pratiche che attraverso test e validazioni guadagneranno il titolo di nuovi prodotti scambiabili e offribili sul mercato globale dell'intervento sulla malattia. Questo fenomeno altro non è che un tentativo del modello "ideale" di mantenere un certo grado di pluralismo e di complementarità con le culture locali, anche allo scopo di diffondersi maggiormente ed espandere i propri mercati. Pertanto, nel mondo globalizzato, il pluralismo e la complementarità vengono interpretati come norme, nella costruzione dei sistemi assistenziali, per il raggiungimento del modello biomedico.

Secondo Ferzacca (2002) il pluralismo medico può essere analizzato a partire dal concetto di "governamentalità" di Foucault: l'autore prende come esempio la costruzione della nozione di medicina in Indonesia, affermando che forme di medicina basate sui concetti di sviluppo erano

permesse, mentre forme ibride di medicina non lo erano perché interferivano con la costruzione dell'identità nazionale. Per questo l'autore suggerisce che la biomedicina, la salute pubblica e i sistemi sanitari sono strumenti di "governamentalità", in quanto produttori di una norma e di una ragione che producono ricadute importanti nel sostentamento delle forme di governo. Lo sguardo della salute globale, pertanto, si configura come un'efficace strumento che aiuta a comprendere come viene costruita la "governamentalità" nello scenario contemporaneo.

Una delle principali tecniche suggerite da Foucault (2009) che contribuiscono alla composizione del governo del se e degli altri, è il discorso sul rischio. Per Hacking (1986) il concetto di rischio, elemento cruciale per il lavoro degli epidemiologi e dei professionisti di sanità pubblica, trasforma le persone in "categorie di rischio". E' senza dubbio una delle principali espressioni del "biopotere" in tutto il mondo. Ossia:

It is one thing to know that you are poor, hungry, and often sick. It is another thing altogether to think of oneself as undeveloped or a member of a risk group. One comes to understand how to be a "development category." (PIGG, 2002, p.267)

La nozione di rischio trasforma le singolarità in un insieme seriale e omogeneo, in cui il soggetto viene inteso come inserito in una categoria, la cui traiettoria di vita è calcolata, attesa o prevedibile. La costruzione delle politiche sanitarie, siccome considera la nozione di rischio come elemento fondamentale di organizzazione dei sistemi, si costituisce come una forma di neocolonialismo contemporaneo, attraverso l'appropriazione della soggettività. Il calcolo del rischio, per esempio, è centrale

per la costruzione delle strategie di prevenzione, nelle quali osserviamo la produzione e la proliferazione di politiche o di modelli ideali di responsabilità individuali che facilmente si trasformano in obblighi sociali. A partire dal discorso del rischio, le persone dovrebbero diventare "naturalmente" predisposte a traiettorie di vita definite dall'anticipazione del rischio, poiché questa rappresenta una potente strategia di anticipazione del futuro nel presente, che impedisce l'alterità.

Lo scenario globale pare caratterizzato da forme di prevenzione basate sullo *screening* e sul controllo del rischio. E' come se la prevenzione potesse essere realizzata soltanto attraverso l'utilizzo degli strumenti dell'industria degli esami e dei farmaci. Se analizziamo, per esempio, le pratiche di prevenzione sviluppate nello scenario italiano, e più specificatamente nella Regione Emilia-Romagna, ci rendiamo conto di quanto siano state disegnate secondo una logica di attenzione ai gruppi di rischio, come per esempio la popolazione migrante, allo scopo di rintracciare la malattia nella popolazione, definire o adattare stili di vita, e provvedere al trattamento del comportamento deviante. Non a caso, sia nel contesto della prima riforma sanitaria italiana, sia in quella brasiliana, durante gli anni settanta, la questione della prevenzione è stata ampiamente discussa, sia da Macaccaro (1976a; 1976b; 1973; 1972; 1970) in Italia, sia da Arouca (2003) in Brasile.

Foucault (2008) stesso ha identificato nella prevenzione un importante meccanismo di "governamentalità". In questo senso, appare di cruciale importanza comprendere il ruolo del rischio come determinante sociale di un "modo" di fare sanità che identifica nella medicina scientifica ad alta tecnologia il proprio modello ideale. Nel campo della medicina del lavoro, per esempio, la nozione di rischio rappresenta la base della disciplina stessa, e la prevenzione

emerge come la strategia fondamentale. Hogstedt, Wegman & Kjellstrom (2007) sostengono che le condizioni di sicurezza nell'ambiente di lavoro e la salute del lavoratore vengono rese vulnerabili in un sistema economico basato sul libero mercato. Denunciano anche l'esistenza di una tendenza mondiale al controllo dei salari, della protezione sindacale e dei diritti dei lavoratori in generale. Per sostenere queste argomentazioni, gli autori hanno esaminato i principali gruppi di popolazioni a rischio, con maggiori possibilità di ammalarsi e di morire in funzione del lavoro svolto. Hanno mostrato che queste popolazioni sono esposte a lunghe giornate di lavoro, in situazioni di scarsa protezione individuale e con un sistema di supporto deficitario. Donne, bambini e persone che vivono in condizione di lavoro forzato sono i principali gruppi di rischio. Hanno concluso che la globalizzazione del sistema economico basata sul libero mercato, caratterizzata da lavoro flessibile e poca regolamentazione, ha mostrato in maniera chiara i rischi correlati ad un modello che non prevede un sistema preventivo che sostenga in maniera consistente la salute dei lavoratori. Il sistema di prevenzione dovrebbe essere potenziato attraverso la partecipazione della società civile, poiché quest'ultima è fondamentale per il dibattito sulla salute e la sicurezza sul lavoro, ma anche per rafforzare il "modello di governance": *"The dialog between different stakeholders clarity to the issues in a non confrontational atmosphere."* (op. cit. p. 152)

Hogstedt, Wegman & Kjellstrom (2007) chiariscono anche la loro posizione rispetto ai sistemi sanitari pubblici, specialmente in contesti di transizione del *welfare* in senso neo-liberista. Per gli autori, la globalizzazione esercita un effetto straordinario sul settore pubblico, come evidenziato dal fatto che la ristrutturazione dei servizi pubblici è stata giustificata come un'azione di "risanamento" necessaria ad affrontare la crisi e allo scopo di mantenere la stabilità

economica. *"(...) the neoliberal form of globalization incorporates a general notion that public services are always inefficient (...)"* (op. cit. p.150) Concludono, infine, che di fronte al fallimento delle pratiche di ristrutturazione del settore pubblico, l'unica soluzione plausibile alla realizzazione di tali servizi sarebbe quella offerta dall'iniziativa privata, dotata di migliori condizioni per rispondere alle necessità di tale settore.

Concretamente, osservano che ciò che spinge le apicalità dirigenziali a preoccuparsi delle questioni relative alla salute dei dipendenti è la presenza di un elevato carico di malattie professionali con conseguenti numerose giornate di lavoro perse e pregiudizio economico derivante dalla ridotta produttività. Le azioni intraprese vertono al controllo dei rischi e alla valutazione dell'impatto provocato dalla riduzione del lavoro, in termini di costi e di deficit economico. Viene riconosciuto, di fatto, che la salute dei lavoratori si correla a costi diretti e indiretti per il lavoro, poiché la malattia, producendo perdite non trascurabili, si riflette anche sul prezzo finale dei beni o servizi prodotti, nonché sul lucro dell'impresa. Secondo gli autori, pertanto, appare chiaro come non venga nemmeno messo in discussione un cambiamento nel modo in cui vengono prodotte le relazioni di lavoro, o la necessità di stimolare lo sviluppo del lavoratore come soggetto politico; piuttosto ci si concentra appena al controllo dell'ambiente e delle vulnerabilità, mediante pratiche di anticipazione del rischio. Tale prospettiva economicista e neo-liberista diventa ancora più evidente quando osserviamo che il settore sanitario è stato interessato dai programmi di aggiustamento strutturale proposti dal Fondo Monetario Internazionale - FMI.

Nel 1999 la Banca Mondiale e il FMI hanno identificato nelle politiche di promozione dell'equità, di partecipazione

sociale e di riduzione della povertà, il focus principale dei loro programmi di aggiustamento economico e sociale. Tali politiche sono volte a stimolare la partecipazione della società civile nella costruzione attiva di azioni di contrasto alla povertà. La partecipazione della società civile e del settore privato nella costruzione delle suddette azioni diventava così la strategia adottata dalla Banca Mondiale e dal FMI per fare avanzare le politiche di aggiustamento economico nelle differenti realtà locali. Comprendere e riconoscere la natura dinamica e multidimensionale della povertà è importante tanto quanto implementare strategie di gestione che beneficino chi si trova in tale condizione. Ora, tale strategia si trovava in stretta relazione con la necessità di aprire nuovi mercati di consumatori, e, allo stesso tempo, di sviluppare nuove pratiche di “governamentalità”. Di fatto, un recente *report* dell’Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS (DODD & HINSHELWOOD, 2002) ha evidenziato come pochi paesi abbiano utilizzato il *Poverty Reduction Strategy Papers* - PRSP come opportunità di analisi dei propri sistemi sanitari nazionali a partire dalla prospettiva della povertà o per presentare strategie focalizzate sulla sua riduzione. Berman & Shelton (2007) affermano che, nonostante il PRSP sia stato un buon punto di partenza per investire nel miglioramento della salute dei poveri, le evidenze di un suo impatto sul settore sanitario sono molto limitate, specialmente perché: “(...) *at present the World Bank is mainly criticized for rejecting health as a human need and a social right and for promoting private provision of health care.*” (BERMAN; SHELTON, 2007. p.221)

Bujra (2000) mette in luce un’altra dimensione trasversale che si produce nella tensione tra il globale e il locale: l’utilizzo delle emozioni, da parte dell’industria farmaceutica, come meccanismo di induzione. Nelle sue parole:

The pharmaceutical industry is heavily invested in playing off the anxieties of population by providing a wide array of ready-made harm reduction and health promotion resources. (BURJA, 2000. p.13)

L’industria farmaceutica sta investendo fortemente sull’ansia della popolazione, attraverso un’ampia gamma di prodotti, proposte di riduzione del danno “*ready-made*” e risorse della promozione della salute. (BURJA, 2000) La produzione di ansia e paranoia, elementi che muovono il consumo e promuovono la paura, ha mobilitato “affetti” che hanno concorso a stimolare l’individualismo contemporaneo, e reso più complicata la produzione di pratiche collettive, che vedano la partecipazione della comunità nella proposizione di politiche sociali. La paura della malattia organizza uno spazio in cui le relazioni di conflitto sono equiparate e tradotte in patologia. In questo scenario, il discorso della prevenzione è una strategia per far sì che il soggetto assuma il ruolo di malato, consumando farmaci e procedimenti diagnostici. Da questo punto di vista, pertanto, tali test non rappresentano soltanto uno strumento di vigilanza, ma bensì corroborano la costituzione di uno spazio in cui le relazioni sociali vengono articolate a partire dal territorio della gestione terapeutica. In altri termini, fungono da meccanismo di “biopotere”: la relazione e l’azione terapeutica sono articolate in modo auto-cosciente, attraverso la partecipazione dell’utente, e ciò contribuisce all’auto-organizzazione della vita delle persone sulla base del discorso scientifico medico-egemonico.

Rispetto a tutte queste questioni, ciò che le pratiche locali in salute hanno dimostrato, specialmente quelle sviluppate in Brasile nell’ambito della Primary Health Care, denominate come *Azioni di Assistenza Basica in Salute*, è che

molte pratiche raccomandate dagli organismi internazionali sono irrealizzabili per molti settori della popolazione, considerando le risorse disponibili, i loro stili di vita e le relazioni di genere e di potere esistenti.

Sfide della Salute Globale nel Contesto brasiliano

Gli studi di salute globale prodotti in Brasile hanno evidenziato come la produzione di analisi critiche dei processi sociali, politici ed economici associati alla globalizzazione siano scarsi (BIEHL; PETRYNA, 2014) Ci sono ancora pochi studi che discutono il concetto e i principi della salute globale (FORTES; RIBEIRO, 2014), così come la prospettiva epistemologica che sorregge questo sapere. (MATTÀ; MORENO, 2014) Ciò nonostante, tale ambito ha risvegliato l'interesse di diversi autori.

A partire da queste premesse, discuteremo alcune sfide della salute globale in Brasile, allo scopo di contribuire a questo crescente dibattito.

Una delle sfide attuali più importanti è la necessità di comporre una matrice globale-locale che funzioni come dispositivo di produzione di resistenze, intese come pratiche capaci di inventare nuove forme di governo dotate della "potenza" necessaria a mettere in crisi il modo in cui la "governamentalità" produce soggetti civilizzati modellati dai flussi neo-liberisti.

Tali resistenze si propongono di fronteggiare il feedback positivo tra scienza-tecnica-industria-economia che si costituisce come un circolo vizioso non più localizzabile in un unico territorio. Questo perché, secondo Morin (2007), si osserva la produzione di un manicheismo che crea spazi di conflitto all'interno delle nazioni, vissuti (dentro i limiti degli stati-nazione) come problemi individuali. La modernità ha

contribuito alla specializzazione e alla rigidità delle società (tecnificazione), portando allo sviluppo dell'individualismo; in essa possiamo rintracciare elementi di complementarità ed antagonismo. A parer nostro, è proprio nelle possibilità aperte dagli antagonismi che si possono produrre importanti trasformazioni, potenzialmente capaci di farci superare il modello biomedico.

Esiste una meccanica globale che indossa differenti maschere nei differenti contesti locali. Ciò nonostante, dispone di caratteristiche trasversali comuni, globali. Siccome la relazione globale-locale è compresa in maniera frammentata, le forze di resistenza a tale meccanica sono insufficienti. Ciò ha portato ad una progressiva chiusura, e allo sviluppo di ciò che Morin (2007) ha definito come razionalità provinciale, o di provincia.

Tale razionalità funziona per riduzione e disgiunzione (principi della scienza tradizionale), rendendo più complessa la comprensione dei fenomeni globali, poiché complica la contestualizzazione del sapere prodotto e frammenta la realtà. Stiamo problematizzando il processo di ragione strumentale, il cui effetto è la ripetizione e la standardizzazione, anche nelle relazioni di lavoro. È un pensiero incapace di concepire ciò che sta al di là della logica razionalizzante che il pensiero stesso ha istituito, che riduce la vita al calcolo e all'economico. Sovvertire questa prospettiva implica una relazione dialogica tra la razionalità e la dimensione affettiva, condizione fondamentale per liberare una "razionalità inventiva" che de-costruisce il soggetto strumentale caratteristico della modernità.

Per Morin (2007) quando gli antagonismi della realtà diventano paradossi, si configurano le condizioni affinché possa prodursi una metamorfosi, il cui scopo sia la preservazione delle singolarità e la trasformazione radicale dell'istituito. Una metamorfosi non è mai prevedibile.

Secondo l'autore: "La metamorfosi è invisibile in anticipo" (MORIN, 2007. p.30) e, per questa ragione, l'importante è creare le condizioni affinché si possa installare. In questo senso comprendiamo il locale-globale come un'ontologia, come un processo vorticoso in cui ogni elemento entra nella composizione dell'altro. Il globale-locale come esperienza/dispositivo di *agency*² di nuove composizioni; processo di risveglio dell'"uomo generico" di cui parlava Marx, ovvero, colui che porta con sé la "potenza creatrice", che permette di produrre reti e collettivi, componendo flussi trasversali.

Pertanto, è con la costruzione di un dispositivo globale-locale dotato di una razionalità aperta, generata in corto-circuiti e capace di produrre desiderio e resistenze, che si può liberare il potenziale necessario a sovvertire la naturalizzazione/oggettivazione della vita e la medicalizzazione della salute. La sua funzione consisterebbe nel liberare elementi di pre-organizzazione di mondi, necessari alla pratica politica e alla formazione di resistenze. Accompagnare la processualità attivata dal globale-locale significa abbandonare la ragione provinciale, strumentale, al servizio delle imprese capitalistiche, per lasciare emergere una razionalità aperta, in cui si realizza un principio di organizzazione e disorganizzazione di universi, come forma di mobilitazione di affetti e desideri.

Lungi dal pretendere che questioni globali, generalmente articolate agli interessi delle istituzioni e dei mercati transnazionali, vengano contestualizzate a livello locale, la prospettiva della salute globale, come la intendiamo noi, si propone di generare "uno straniamento", al fine di aprire uno spazio che faccia collassare la razionalità tradizionale, permettendo l'emersione della forza del disordine e del caso che contribuiscono alla produzione di mondi. Secondo Morin (2007) la società-mondo è il prodotto

² Dall'inglese, intesa come posizionamento attivo, soggettivo, incorporato. (si veda Pizza, 2003; 2007)

delle trasformazioni sperimentate dalla società; se a tali trasformazioni corrisponde una metamorfosi che opera sul piano dell'invisibile o per anticipazione, il mondo globale può essere percepito come uno spazio ontologico, in cui si opera la costituzione di nuove singolarità dell'essere. Quindi il globale è in divenire, perché la sua potenza è dell'ordine del collettivo. Nella tensione tra il globale e il locale, ciò che deve esprimersi è il collettivo come "potenza" (GUIMARAES, 2014), nel senso di mettere in movimento la possibilità di creazione di resistenze.

La sfida del globale-locale consisterebbe, quindi, in catturare gli elementi di pre-organizzazione dei mondi, al fine di prevedere i possibili destini della "potenza"; rafforzare quelli solidali, creativi e implicati con la difesa dei diritti umani, e resistere a quelli che si allineano al modello neo-liberista e di mercato in ambito sanitario. Si tratta di permettere che esperienze locali vengano contaminate con un divenire globale-resistente. Così si creano le condizioni affinché una rete ibrida si coniughi nella tensione tra locale-globale e globale-locale.

A partire da questa prospettiva, ci avviciniamo ancora una volta all'esperienza italiana, in cui la salute globale ha rappresentato un asse di resistenza capace di articolare militanza e salute, per riscattare il soggetto politico e difendere i diritti umani e l'universalità dei sistemi sanitari. Per gli italiani, così come per noi brasiliani, la "società-mondo" diventa una riproduzione omogeneizzante soltanto quando le viene impedito il contatto con un divenire globale-resistente, ossia, con ciò che esiste come virtualità e che favorisce la produzione del comune e la decostruzione dell'istituto. La salute globale, pertanto, può essere analizzata a partire da una prospettiva micro-politica, il cui elemento centrale sono le relazioni e i relativi giochi di potere. Ci avviciniamo alla questione della soggettività. E'

attraverso il desiderio e la produzione di soggettività che si possono costruire strategie di resistenze attive nell'incontro tra globale e locale. Sperimentare affetti allegri, che aumentino la nostra potenza di agire e di pensare è il punto di partenza per avviare esperienze locali-globali-resistenti; e questo incontro è risultato della produzione di relazioni di avvicinamento, allo scopo di liberare l'immaginazione e contribuire alla costituzione di nozioni comuni.

Riflessioni Finali

Le questioni relative alla salute globale sono state problematizzate nel contesto brasiliano a partire dalla constatazione del fatto che esiste una razionalità strumentale che opera una politica di chiusura che tende a produrre effetti sulle soggettività, rafforzando l'individualità e la solitudine nel quotidiano del lavoro in salute. Abbiamo verificato che questa modalità di produzione di soggettività, definita da Guattari & Rolnik (2005) come "modo di produzione di individuo", ha contribuito a depoliticizzare lo scenario della sanità e a impedire la costruzione di nuove strategie collettive di resistenza. L'effetto concreto di tale situazione è l'oggettivazione dell'individuo e la medicalizzazione della società.

La sfida che si pone, pertanto, è di costruire reti ibride, rizomatiche, che permettano la produzione di differenza in un contesto di complessità crescente. Tali reti possono costituirsi come un fronte contrapposto ai crescenti movimenti che popolano le politiche sanitarie con la logica del mercato a partire dalla prospettiva neo-liberista, ritirando dai soggetti la possibilità di partecipare attivamente al processo decisionale e, conseguentemente, di costituirsi come soggetto politico. La concatenazione di differenti realtà, che si incontrano su un terreno comune,

costituito a partire da un posizionamento politico che valorizza il soggetto e il suo potenziale costitutivo è il nostro punto di partenza per pensare alla salute globale. Associato a ciò, aggiungiamo la difesa dei sistemi sanitari universali, territorializzati, e con focus nell'assistenza primaria, nei quali la partecipazione effettiva delle comunità appaia come elemento fondamentale per dar vita e creatività alle azioni di presa in carico. Pertanto, come dispositivo di articolazione tra locale e globale in cui viene prodotta tensione allo scopo di generare ricadute sulle esperienze concrete. Questa prospettiva parte dall'idea che qualsiasi azione locale è una costruzione attraversata da questioni ampie, che hanno a che vedere con la storia della civilizzazione, con questioni antropologiche e culturali e con lo scenario economico mondiale. Qualsiasi azione locale ha la potenza di produrre e mobilitare una linea di fuga nelle dinamiche globali, servendo da punto di resistenza al modo di produzione di soggettività dominante. Può aprire spazi per la creazione e l'innovazione che possono condurre finanche a cambiamenti a livello globale. Disporre queste resistenze, producendo reti ibride e singolari, si configura, oggi, come un dispositivo realizzabile, capace di produrre dislocamenti dei punti di vista ed ingaggiare il desiderio in lotte etico-politiche in ambito sanitario. La nostra prospettiva in salute globale, pertanto, è quella della concatenazione di differenti realtà, della creazione di spazi per la produzione di "affetti" e linguaggi comuni, della mescolanza e dell'immaginazione. E' l'apertura di un "tra" che favorisce la connessione, il confronto e l'invenzione di nuove linee di fuga. E' una strategia per sostenere il collettivo come potenza nello scenario della salute. (GUIMARÃES, 2014)

Bibliografia

ADAMS, V. Establishing proof: Translating “science” and the state in Tibetan medicine. In: NICHTER, M.; LOCK, M. **New Horizons in Medical Anthropology**. London: Routledge, 2002.

AROUCA, A.S.S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP, 2003. BIBEAU, G.; PEDERSEN, D. A return to scientific racism in medical social sciences: The case of sexuality and the AIDS epidemic in Africa. In: NICHTER, M.; LOCK, M. **New Horizons in Medical Anthropology**. London: Routledge, 2002.

BIEHL, J.; PETRYNA, A. A Saúde Global centrada nas pessoas. **Saude soc.** [online], v.23, n.2, 2014, p.376-389. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000200003>.

BREMAN, A.; SHELTON, C. Structural Adjustment Programs and Health. In: KAWACHI, I.; WAMALA, S. **Globalization and health**. Oxford University Press, 2007.

DODD, R.; HINSHELWOOD, E. **Poverty Reduction Strategy Papers—Their Significance for Health**. Pre-liminary Report. Geneva: World Health Organization, 2002.

FERZACCA, S. Governing bodies in New Order Indonesia. In: NICHTER, M.; LOCK, M. **New Horizons in Medical Anthropology**. London: Routledge, 2002.

FORTES, P.A.C.; RIBEIRO, H. Saúde Global em tempos de globalização. **Saude soc.** [online], v.23, n.2, 2014, p.366-375. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000200002>.

FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia, a história. In: _____. **Ditos & Escritos II**: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005a, p.260-281.

_____. Sobre as maneiras de escrever a história. In: _____. **Ditos & Escritos II**: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005b. p.62-77.

_____. O nascimento da medicina social. In: _____. **Ditos & Escritos VII**: Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011a, p.402-424.

_____. A extensão social da norma. In: _____. **Ditos & Escritos VII**: Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011b, p.394-398.

_____. A política da saúde no século XVIII. In: _____. **Ditos & Escritos VII**: Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011c, p.357-373.

_____. As grandes funções da medicina em nossa sociedade. In: _____. **Ditos & Escritos VII**: Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011d, p.305-306.

_____. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. Bio-história e biopolítica. In: _____. **Ditos & Escritos VII**: Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. p.399-401.

GUATTARI, F.; ROLNICK, S. **Micropolitica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 2005. 7.ed.

GUIMARAES, C.F. **A variação do coletivo na saúde**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, 2015.

HOGSTEDT, C.; WEGMAN, B.H.; KJELLSTROM, T. The Consequences of Economic Globalization on Working Conditions, Labor Relations, and Workers' Health. In: KAWACHI, I.; WAMALA, S. **Globalization and health**. Oxford University Press, 2007.

KAWACHI, I.; WAMALA, S. **Globalization and health**. Oxford University Press, 2007.

LOCK, M.; NICHTER, M. Introduction: From documenting medical pluralism to critical interpretations of globalized health knowledge, policies, and practices. In NICHTER, M.; LOCK, M. **New Horizons in Medical Anthropology**. London: Routledge, 2002.

MACCACARO, G.A. Classe e salute (1973). In: _____. **Medicina e Potere**: per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976. Milano: Giangiacomo Feltrinelli, 1979.

_____. L'unità sanitaria locale come sistema (1976b). In: _____. **Medicina e Potere**: per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976. Milano: Feltrinelli, 1979.

_____. L'uso di classe della medicina (1972). In: _____. **Medicina e Potere**: per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976. Milano: Giangiacomo Feltrinelli, 1979.

_____. Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute (1976a). In: _____. **Medicina e Potere**: per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976. Milano: Giangiacomo Feltrinelli, 1979.

_____. Prática médica e controle social (1970). In: _____. **Medicina e Potere**: per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976. Milano: Giangiacomo Feltrinelli, 1979.

MATTA, G.C.; MORENO, A.B. Saúde global: uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde. **Interface** (Botucatu), v.18, n.48, 2014, p.09-22. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0230>.

MORIN, E. **Rumo ao abismo?** Ensaio sobre os destinos da humanidade. São Paulo: Bertrand Brasil, 2007.