

2021 | ANUAC. VOL. 10, N° 1, GIUGNO 2021: 211-223

INTERVISTE

Rischio epidemiologico e politiche delle salute*

Un'intervista a Tullio Seppilli

Tullio SEPPILLI (1928 – 2017)

Università di Perugia

Rita DE CÁSSIA GABRIELLI SOUZA LIMA

Universidade do Vale do Itajaí

ABSTRACT: In this interview Tullio Seppilli points out the usefulness of the notion of health risk if aimed at reducing it with public interventions by improving living conditions and reducing social inequalities. Introducing the notion of health as a common good Seppilli conceptualizes both, the social dimension of the disease and the importance of the subjects' agency for community health management.

KEYWORDS: RISK; EPIDEMIOLOGY; PUBLIC HEALTH; SOCIAL INEQUALITIES; MEDICAL ANTHROPOLOGY.

* *L'intervista si è svolta in portoghese nella sede della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, a Perugia, il 6 novembre 2012. La trascrizione e la traduzione del testo in italiano si devono a Rita Lima e Cristina Papa, mentre Massimiliano Minelli e Cristina Papa ne hanno curata l'edizione [N.d.R.].*

This work is licensed under the Creative Commons © Tullio Seppilli, Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima
Rischio epidemiologico e politiche delle salute: Un'intervista a Tullio Seppilli
2021 | ANUAC. VOL. 10, N° 1, GIUGNO 2021: 211-223.
ISSN: 2239-625X - DOI: 10.7340/anuac2239-625X-4704



RITA LIMA – Dal dialogo in un supermercato all’elaborazione di politiche economiche e sulla sanità; dai movimenti sociali all’università; dalla società politica ai mass-media; dal terzo settore al mercato; da agenzie internazionali a organismi delle Nazioni Unite, è sempre in gioco la relazione tra salute e rischio. Secondo te di che cosa si sta parlando o cosa si sta tacendo?

TULLIO SEPPILLI – È una bella domanda. Non so se rispondo con precisione al tema che stai ponendo. Però provo a dire alcune cose. Io credo che il concetto di rischio probabilistico sia un concetto corretto, il problema è l’uso politico di questo concetto. Noi possiamo ritenere che condizioni di vita difficili, economicamente difficili o comunque di disagio producano situazioni patologiche con maggiore frequenza di quanto non avvenga in condizioni, invece, di tranquillità, benessere ecc. Il problema riguarda la gestione di questo rischio, se essa debba essere affidata al singolo, alla singola persona o se, invece, il rischio non introduca un problema politico di cambiamento. Credo che in realtà la strategia sia doppia: ci deve essere la consapevolezza dell’individuo del rischio prodotto dalle condizioni di vita e, partendo da questo, la comprensione che quelle condizioni di vita non si cambiano da soli, ma si cambiano attraverso un movimento che a partire da ciascuno di noi, salva tutti. Cioè, non credo che il concetto di rischio sia sbagliato, credo che sia politicamente sbagliato – una volta identificato che il rischio non è personale (ci possono anche essere rischi personali) –, abbandonare la persona alla soluzione del rischio come se fosse un suo problema personale, mentre invece è un rischio legato alle condizioni di vita, comunque, alle condizioni della società, è un prodotto del sistema sociale, del sistema dei ruoli, del sistema di classe ecc. Per cui non credo che ci sia antagonismo tra il concetto epidemiologico di rischio e le lotte politiche per il cambiamento delle condizioni di esistenza, perché le lotte per cambiare le condizioni di esistenza sono lo strumento per ridurre il rischio. Questo è il mio parere.

R. L. – E se la questione è l’uso politico del concetto, potremmo pensare che il concetto di rischio sia l’oggetto dell’etica?

T. S. – Sì, sì, ma di un’etica politica. Di un’etica fondata sui valori, sui valori collettivi, sugli interessi della maggioranza. Ricordo un Congresso Mondiale sull’Educazione Sanitaria a Buenos Aires, mi sembra che fosse nel 1972. È emersa la questione dell’uso dell’educazione sanitaria da parte dei governi conservatori che attribuivano la colpa delle malattie ai cittadini perché non seguivano i principi dell’educazione sanitaria. Non ricordo se fossero argentini, credo di sì, a fare questo esempio: sappiamo che l’acqua infetta può

produrre malattie; quindi posso dire ai cittadini che dovrebbero bollire l'acqua ogni volta che la bevono invece di costruire acquedotti, oppure, in quanto Stato, costruire acquedotti che distribuiscono l'acqua potabile a tutti. Incolpare i cittadini di non bollire l'acqua e non costruire acquedotti è una politica reazionaria. Costruire acquedotti è una politica positiva di riduzione del rischio. Infatti, l'obiettivo è in entrambi i casi quello di ridurre il rischio, ma nel primo si incolpa l'individuo e nell'altro si responsabilizza lo Stato. Ecco perché l'educazione sanitaria può essere uno strumento conservatore, perché attribuisce all'individuo obblighi e ruoli che non sono individuali, ad esempio la costruzione di acquedotti, così come la costruzione di sistemi sanitari, ecc. Quindi il concetto di rischio è un concetto probabilistico, ma la soluzione da contrapporre al rischio può essere una soluzione individuale o collettiva. E quindi si pone un problema di classe, perché ci possono essere gruppi di potere che non hanno alcun interesse a investire denaro nella costruzione, ad esempio, di acquedotti e di conseguenza, cercano di attribuire la responsabilità ai singoli individui. Il rischio rimane lo stesso: l'acqua inquinata. Esiste una relazione statistica e probabilistica tra bere acqua inquinata e ammalarsi, ma la riduzione dell'inquinamento dell'acqua può essere attribuita all'individuo oppure può essere un compito della collettività, dello Stato che si impegna nel costruire acquedotti. E se lo Stato non costruisce gli acquedotti ci sono due alternative: o l'individuo continua a bollire l'acqua oppure l'individuo si unisce ad altri individui in un movimento per costringere chi di dovere a costruire acquedotti. Il servizio sanitario è un bene comune, ma è finanziato dalle persone che pagano le tasse. Intendere l'acqua come un bene comune, implica che i costi di distribuzione dell'acqua non si traducano in un reddito, cioè che la distribuzione d'acqua non cada in mano alle aziende private che ne traggano dei profitti. Tuttavia, nessuno ha pensato di renderla pubblica come un sistema sanitario! Nessuno ha pensato di finanziare l'acqua con le tasse.

R. L. – Hai detto “le condizioni di vita non si cambiano da soli, ma insieme attraverso un movimento che a partire da ciascuno di noi, salva tutti.” Che senso ha: “a partire da ciascuno di noi”?

T. S. – “A partire da ciascuno di noi” perché in una teoria dialettica della personalità, della psiche in relazione alla cultura, alle esperienze, questo *noi* è sempre un *noi* all'interno di un contesto storico e sociale; non è un *noi* isolato che dialoga con l'ambiente; è un *noi* che già nella sua costituzione è sociale fin dalle prime esperienze infantili. Già nel momento in cui il bambino poppa il latte della madre si stabilisce un rapporto sociale; è per questo che decidere quando, come, perché interrompere l'allattamento materno è un problema. Poiché quasi l'unico rapporto sociale di un bambino dopo la nasci-

ta è il rapporto con la madre, la madre rappresenta simbolicamente il rapporto con il mondo e venire tradito dalla madre interrompendo l'allattamento materno è essere tradito dal mondo. Quindi la nostra coscienza è per la sua costituzione già una coscienza culturale e anche la volontà di lavorare con gli altri è determinata culturalmente e storicamente.

R. L. – Giovanni Berlinguer, nel suo libro *Storia della Salute* (2011) segnala che “i miti e le ideologie [...] tendono a ingigantire o a sminuire i rischi, o semplicemente a farli presenti” (p. 39). Cosa ne pensi?

T. S. – Penso che i miti possano aumentare o diminuire l'immagine di rischio in relazione a una situazione, ma il vero problema è quello a cui abbiamo accennato prima: dov'è la responsabilità? Voglio dire, dietro il rischio, cosa c'è? E qual è il sistema di potere e di classe che favorisce la manutenzione del rischio con un interesse preciso invece di promuovere, a livello di movimento popolare, il superamento delle matrici di rischio, dei fattori di rischio, delle determinanti di rischio? Questo è il punto. Cioè, il rischio esiste, è una probabilità legata alle situazioni, il problema è essere consapevoli non solo del rischio, ma da dove proviene il rischio, quali sono i fattori che producono il rischio e, conoscendone i fattori, ci saranno sempre diverse possibilità di lottare contro questi fattori: un estremo è attribuire la colpa all'individuo, l'altro è quello di cambiare la società e così ridurre i fattori di rischio. La strategia che verrà scelta dipende ovviamente dai rapporti di forza, altrimenti non si può decidere quali sono le strade da prendere per superare i fattori di rischio. Pertanto, è vero che i miti possono aumentare o ridurre il rischio, ma il vero problema è quello di sapere quale scelta si dovrà fare rispetto alla consapevolezza che quel rischio deriva da qualcosa di precedente: è questa cosa anteriore molto precisa che va messa in discussione, non è il rischio, ma i fattori di rischio.

Partiamo da un punto di vista operativo, per esempio, e esaminiamo il caso dell'inquinamento atmosferico. Quando il problema dell'inquinamento è emerso negli anni '50, c'è stata una discussione sulle sue cause: se fosse dovuto all'inquinamento generato dalle automobili (dal traffico) o dalle fabbriche o dal riscaldamento delle case. C'è stato un grande dibattito per assegnare la responsabilità, a seconda degli interessi: ridurre l'inquinamento significherebbe ridurre il numero delle auto? Ridurre i camini delle case? O ridurre la produzione di fumi industriali? Abbiamo osservato che quando si è svolta la prima lotta in Italia contro il fumo di sigaretta chi sosteneva la produzione di sigarette si è avvalso delle notizie sugli effetti dell'inquinamento industriale per affermare che era l'inquinamento industriale e non il fumo di sigaretta il responsabile dell'inquinamento atmosferico; si diceva: “è inutile

smettere di fumare perché ci sono le emissioni atmosferiche inquinanti di origine industriale”, proprio come se si potesse dire che è inutile combattere l’inquinamento industriale se continui a fumare sigarette. In realtà, dal dibattito sull’inquinamento atmosferico è emerso il concetto di cofattore.

R. L. – Sei d’accordo con la tesi secondo cui quando si concettualizza la sofferenza umana a partire dall’idea di rischio si corre il pericolo di non mettere in discussione i processi di salute e malattia nel tempo presente?

T. S. – Penso che sia sempre lo stesso problema perché non ha senso parlare di rischio se non vengono analizzati i fattori sociali del rischio, la logica sociale da cui i fattori di rischio emergono, il cambiamento sociale necessario a ridurre tali fattori. Facendo un esempio teorico: può darsi che quando saranno diffuse forme di energia alternativa si ridurrà l’inquinamento atmosferico industriale. Ma in attesa di fonti energetiche alternative il problema è quello di rendere compatibile il sistema di produzione industriale con il sistema di riduzione delle emissioni inquinanti, il quale ha un costo che si traduce in un prezzo più elevato del prodotto. Così, per esempio, può accadere che se un paese non prescrive la riduzione delle emissioni atmosferiche inquinanti – ciò che sta accadendo in Cina – esso manterrà più bassi i costi di produzione rispetto a quelli di paesi con legislazioni ambientali più severe. Se il costo del lavoro è più basso e non investo sull’ambiente, produco a prezzi più bassi e dunque, in un mondo globalizzato, vinco.

Il problema attuale, per fare un esempio, dei sindacati italiani è che se ci fosse un movimento sindacale globale, il livello di difesa dei lavoratori raggiunto in Italia con le lotte fino al 1978 sarebbe difendibile. È che quel tipo di garanzie sociali che rende il costo del lavoro più alto non è più competitivo con i paesi con salari più bassi, sul piano globale. Alcuni neo-marxisti sostengono che la previsione di Marx che il capitalismo sarebbe stato superato a causa delle sue interne contraddizioni, non era sbagliata, ma era sbagliato sostenere che fosse possibile nel XIX secolo. Non era realistico perché fino a quando ci saranno differenze tra le varie aree del mondo in termini di produttività, costo dell’energia, materie prime e lavoro, ci sarà sempre la possibilità che il capitalismo utilizzi paesi a basso costo, ecc... Solo quando il mercato sarà pienamente globalizzato e quindi solo quando i livelli salariali e quindi i livelli di protezione saranno simili in tutto il mondo allora a quel punto probabilmente le contraddizioni del capitalismo scoppieranno. Non sarebbe così più possibile per una impresa come ad esempio la Fiat avvalersi del fatto che in un altro paese il costo del lavoro è molto più basso, per decidere: trasferisco la fabbrica Fiat dall’Italia in Slovenia, lì pago meno i lavoratori, avrò meno difesa sindacale, quindi sono più competitiva. Se la Slovenia avesse una situazione alla pari, allora la contraddizione potrebbe esplodere.

Invece oggi il movimento sindacale internazionale è fragile, ad esempio, il movimento sindacale cinese è molto più fragile di alcuni movimenti sindacali europei. Nel contesto cinese è possibile quindi mantenere bassi salari, inoltre la consapevolezza ecologica cinese di massa è scarsa come ancor più scarsa è la consapevolezza in Africa. Ci sono dunque ancora molti paesi in cui è possibile utilizzare i lavoratori e l'ambiente senza i limiti introdotti ad esempio in Europa in seguito alle lotte dei lavoratori. Non so se hai visto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ma non solo, anche altre agenzie di ricerca, ha dimostrato che nell'attuale Russia, la vita media si è ridotta di cinque anni perché una volta che il sistema sanitario universalista è stato distrutto la garanzia di accesso alla salute per la massa dei cittadini è stata notevolmente ridotta, e questo ha avuto un effetto epidemiologico immediato sull'aspettativa di vita. Quindi, finché esiste la disparità fra i Paesi il capitalismo potrà giocare i suoi dadi; nella Russia attuale, per esempio, l'investimento nella sanità pubblica è abbastanza ridotto.

Interessante è anche il sistema cinese. Era un sistema assurdo anche nel periodo socialista. C'erano due sistemi: uno rurale e uno urbano. Una situazione che probabilmente nella Cina del periodo della rivoluzione culturale, con scarsa mobilità della popolazione, più o meno poteva funzionare. Finito il periodo socialista, quando iniziarono i grandi investimenti nelle grandi città, milioni di contadini si sono urbanizzati, ma sono rimasti collegati al vecchio sistema sanitario cosicché, quando si ammalavano dovevano tornare in campagna per curarsi. Un problema per milioni di persone urbanizzate in condizioni difficili, con salari bassi, con scarse protezioni che non godevano del servizio sanitario, perché non potevano tornare nelle campagne per curarsi. Allora in città c'erano due tipi di cittadini: quelli garantiti e i non garantiti. Una gigantesca contraddizione che si è cercato di superare con l'unificazione del sistema sanitario, ma non sono certo che ci siano riusciti.

R. L. – Evans-Pritchard ci presenta un modello esplicativo quando teorizza che la stregoneria sia tanto un modo di comportamento quanto un modello di pensiero. Dal tuo punto di vista è possibile stabilire un'analogia tra il modello di pensiero della stregoneria e il modello classificatorio e probabilistico del rischio?

T. S. – Beh, sono due diverse interpretazioni del rischio e dell'influenza degli elementi negativi sulla vita delle persone. Non c'è dubbio che entrambi siano sistemi di interpretazione degli eventi della vita, quindi del rischio, delle malattie, ecc.

L'antropologia medica è relativista, nel senso che studia tutti i sistemi medici come prodotti storici. Tuttavia – e questo è l'insegnamento di Ernesto De Martino – noi siamo all'interno della società occidentale. L'antropo-

logia nasce all'interno di una storia prevalentemente occidentale, dalla Grecia in poi, che è quella della costruzione di un pensiero che oggi chiamiamo scientifico. Si tratta di un prodotto storico, ma che è il nostro! Cioè, non possiamo allo stesso tempo sostenere che siano i microbi o i geni malvagi che producono la malattia. Per noi non è indifferente pensare ai microbi o ai geni malvagi. Pensiamo che siano i microbi, quindi ci affidiamo alla biomedicina per quanto riguarda l'interpretazione scientifica della realtà. La critica che facciamo alla biomedicina è di essere solo biologica, mentre la visione scientifica deve comprendere tutti i meccanismi anche quelli storici e sociali, solo allora sarà una visione scientifica del mondo. Quindi, ci sono i microbi che causano la malattia, però ci sono anche le condizioni sociali che permettono di contrastare o favorire la diffusione dei microbi.

R. L. – Byron J. Good, nel suo libro *Narrare la malattia* (1999 [1994]) scrive: “ho la sensazione che esista, piuttosto ironicamente, una sorta di affinità tra la scienza – medicina compresa – e il fondamentalismo religioso; un'affinità che poggia in parte sul concetto di credenza. I cristiani fondamentalisti interpretano spesso la salvezza come un effetto della credenza, e l'opera dei missionari è concepita come un tentativo per convincere i nativi ad abbandonare le loro false credenze e a far proprie quelle che daranno luce a una nuova vita e alla salvezza finale. Paradossalmente, scienziati e politici, piuttosto areligiosi, immaginano che un analogo beneficio scaturisca da una corretta credenza: [...] educate la gente sui rischi dell'uso delle droghe [...], educate gli individui affinché modifichino i comportamenti irrazionali – riducano cioè i fattori di rischio, [...] fate credere alle persone le cose giuste e i problemi della salute pubblica si risolveranno” (pp. 12-13). Cosa ne pensi?

T. S. – Che non è vero. Per i motivi cui abbiamo accennato in precedenza.

Tuttavia c'è un fatto: le credenze non scientifiche, “sbagliate”, si basano sulle condizioni materiali di esistenza, sui rapporti di egemonia, non è dunque un caso che la gente creda certe cose piuttosto che altre. Così, quando si fa educazione sanitaria si trovano false credenze che hanno, tuttavia, una causa oggettiva, e quindi non è facile superarle. Ma soprattutto perché i discorsi sopra richiamati rimangono a livello culturale, senza mettere in discussione i processi strutturali, complessivi. Non è ragionevole che io possa cambiare la coscienza delle persone, la loro consapevolezza, senza cambiare, per così dire, i sistemi di vita, le esperienze di vita delle persone. Quelle credenze che combatto sono cioè i risultati di un sistema di vita, di esperienze di vita che sono un dato oggettivo. Quindi non oso credere che un paio di lezioni possano bastare, perché si tratta di cambiare radicalmente l'atteggiamento nei confronti della morte, della malattia. Devono cambiare le condi-

zioni oggettive e non solo soggettive, e l'errore è fondare l'intero discorso sulla soggettività, sulla soggettività culturale, senza considerare che la soggettività culturale è il risultato dell'esperienza in condizioni oggettive di vita.

R. L. – In un'altra occasione, hai accennato ad un testo che hai scritto quando hai iniziato a lavorare nel campo dell'antropologia medica. Potresti riprendere l'argomento?

T. S. – Ma in breve, il problema del rapporto tra la cultura e l'atteggiamento delle persone riguardo alla salute e alle malattie, alla prevenzione del rischio, sta nelle condizioni oggettive di vita che plasmano le esperienze formative dell'uomo e che sono fondamentali per capirne il meccanismo. Ecco perché spesso non si riesce a capire perché l'educazione sanitaria non funziona; perché non si tiene conto di quelle condizioni.

Vedi, stiamo lavorando ora sulla salute pubblica come bene comune. Per esempio, oggi ci sono in Italia e altrove movimenti contro i vaccini che si presentano come movimenti progressisti, ma sono in realtà dei movimenti reazionari. È vero che esiste lo sfruttamento da parte di alcune grandi industrie farmaceutiche, che ci sono vaccini inutili, ecc., ma la vaccinazione come modalità di intervento sulla salute pubblica ha eliminato molte malattie. Quindi condividere o meno questa modalità di intervento implica piuttosto una competenza, una *conoscenza* da parte della popolazione, delle situazioni. Ciò ha spinto alcuni operatori sanitari progressisti a discutere il concetto di cittadino competente. Cioè, il cittadino che deve scegliere, per esempio riguardo a una pratica sanitaria, non è sufficiente che sia ideologicamente preparato, è necessario che sia competente, altrimenti un tecnico viene e gli dice: questo vaccino fa bene, quest'altro fa male. E il cittadino come se la cava? Lui non ne sa niente. Quindi il problema della competenza minima ai fini della decisione è un problema fondamentale; è importante che le persone siano consapevoli dello stato di sviluppo della ricerca in alcuni campi e non vengano influenzate da propagandisti e false notizie.

Nel caso dei beni comuni immateriali rientrano, ad esempio, le scoperte: o si cambia radicalmente la società o all'interno del nostro sistema ad esempio non si può chiedere a una multinazionale di rendere pubblici i risultati riguardo a una nuova molecola terapeutica ottenuta investendo milioni di euro, in modo che chiunque possa produrla. Quindi, o c'è un regime socialista o c'è una ricerca del tutto pubblica, in cui le università in quanto soggetti pubblici fanno la ricerca i cui risultati diventano pubblici e possono essere utilizzati da tutti. In questo tipo di società, la società capitalista, l'investimento è privato, e quindi non puoi aspettarti che una scoperta, che è risultato di un investimento privato, diventi un bene comune.

Mi piace molto una frase, un modo di dire sovietico degli anni '20, quando il partito comunista non era ancora stalinista, adoperata quando qualche militante si azzardava a dire che serve la ricerca pratica e che la ricerca teorica non serve: “per noi si tratta di una risorsa teorica per il futuro”. Cioè, approfondire a priori i problemi teorici può non avere una ricaduta immediata, possiamo non vederne l'utilità in quel momento, però può diventare una riserva per il futuro. Ci sono molte scoperte che non hanno avuto applicazione immediata e poi sono diventate fondamentali. Allora difendevamo questa idea di “riserva teorica per il futuro”, un concetto che all'inizio della costruzione del socialismo era molto interessante perché rispondeva all'atteggiamento populista per il quale basta fare cose pratiche. Lenin diceva che la tattica è all'interno della strategia. Se la tattica non è all'interno di una strategia, non funziona. La tattica come progetto immediato deve essere all'interno di un progetto più ampio, un programma che chiamiamo strategico.

R. L. – E per finire, due domande che nascono in seguito alla lettura di *La terra del rimorso*, di De Martino: possiamo pensare che il fenomeno del *tarantismo* rappresenti una modalità di gestione dell'esistenza e del rischio?

T. S. – Sì, esattamente, proprio così, ma in quella determinata condizione storica. Non serve più nella situazione attuale, tant'è vero che non esiste più il tarantismo come pratica per affrontare il rischio. De Martino ha colto il tarantismo nella sua fase finale. Dopo la ricerca di De Martino negli anni '59, '60, il libro esce nel '61, mi sembra, ci sono state ricerche che hanno raccolto altri elementi del tarantismo che ora non c'è più nella sua forma originaria. Si è trasformato nell'area del Salento in un'ideologia identitaria che si alimenta di feste gigantesche, incontri, congressi, usi politici del tarantismo.

Non c'è più, così come non c'è più in Lucania, ciò che De Martino ha studiato negli anni '50. La questione è che la psiche è fondamentale, solo che in quel caso si trattava della psiche sostenuta dall'ideologia cristiana. E l'ideologia del tarantismo o l'ideologia magico-religiosa producono certe cose. Oggi, ancora una volta, dobbiamo far fronte ai fenomeni di disagio come la depressione, la diffusione di psicofarmaci, l'accesso alle droghe. Oggi, ad esempio, l'antropologo medico ha soprattutto a che fare con la solitudine, con la difficoltà a individuare la controparte. Negli anni '60, i lavoratori siderurgici in una città dove si trovava l'industria siderurgica nazionale come Terni, avevano un corpo direttivo a cui fare riferimento. Ora sono all'interno di una multinazionale che si trova in Finlandia – prima era in Germania, adesso è stata venduta alla Finlandia – e devono fare i conti con l'Unione Europea: si è vanificata, in senso kafkiano, la controparte.

Quando il potere diventa globale s'interrompe la trattativa ed esso s'impone con una logica oggettiva: cioè dal punto di vista culturale il potere diventa una realtà ovvia, non c'è più niente che si possa fare, è fatto così e basta. Con chi trattare? Trattare con il capitale finanziario? Con le grandi multinazionali? L'attuale crisi dei movimenti è anche una crisi di interlocuzione. L'impressione è che ci sia un crescendo di solitudine. Sono sicuro, per esempio, che se avessimo analizzato il livello di nevrosi dei lavoratori a Terni negli anni '60, avremmo visto che il lavoratore sindacale aveva uno stato di salute mentale migliore del lavoratore isolato di oggi, perché era integrato in un progetto, con compagni. Tra l'altro, nel caso di Terni il sindacato aveva chiesto prima un miglioramento della salute e poi un miglioramento salariale. Ora, c'è soprattutto una rottura di coesione, tra l'altro, anche perché le vecchie strutture primarie sono venute meno.

Ancora rispetto al rischio, recentemente abbiamo siglato un accordo sui servizi sociali in Toscana, dove esistono molti problemi sociali legati all'aumento degli anziani, delle malattie croniche, dell'uso di droghe, di dipendenze di vario tipo, ci sono, dunque molte persone che hanno bisogno di aiuto e nell'attuale situazione non ci sono i mezzi. È un fatto oggettivo: oggettivamente per il nonno con l'Alzheimer, una famiglia nucleare non funziona. Chi si prende cura di lui? E quando la coppia parte la mattina per lavorare? Esiste una grave carenza di servizi: la riduzione dei finanziamenti per l'assistenza sanitaria avrà alcuni effetti negativi certamente perché ci troviamo in situazioni che le persone da sole non riescono a gestire.-

Il problema della coesione sociale è determinante, ma la coesione sociale non è un problema etico, bensì un problema strutturale. La coesione sociale si è ridotta perché i fattori sociali di coesione si sono ridotti, e non ci sono più solide strutture primarie. Inoltre, non ci sono dei movimenti strutturati. Ricordo che quando il Partito Comunista aveva a che fare con un dato nuovo, una difficoltà, si convocavano i congressi all'Istituto Gramsci e tanti altri, si discuteva per una decina di giorni, si confrontavano le posizioni; poi, alla fine, ne veniva fuori qualche proposta pratica.

R. L. – Ma il Servizio Sanitario Nazionale e il *Sistema Único de Saúde* (SUS) hanno una logica socialista.

T. S. – D'accordo, giusto, ma perché sono sostenuti dalle tasse, perché il cittadino paga le tasse che vengono usate per costruire entrambi i sistemi. Questo potrebbe funzionare anche per i risultati della ricerca se lo Stato finanziasse la ricerca, se cioè tutte le ricerche fossero pagate con le tasse, il che oggi non è! Perché attualmente la scoperta di nuovi farmaci o terapie nel

campo della medicina è fatta dall'industria privata. Purtroppo non esiste fiscalità pubblica sugli investimenti privati e non si può costringere colui che ha fatto l'investimento privato a renderlo pubblico, perché se così fosse nessuno ci investirebbe.

Così ho lavorato un po' su questa idea di bene comune perché c'è un discorso marxiano, gramsciano, sul concetto di "formazione economico-sociale". L'idea di "formazione economico-sociale" è un'idea che descrive una società in cui esiste un sistema dominante, ma ci sono anche elementi di contrasto. Per esempio, in un sistema sociale capitalista c'è anche un settore che chiamiamo socialista, che è il settore sanitario. Sono delle incompatibilità. Cioè, entro certi limiti una "formazione economico-sociale" opera in un sistema dominante, ma anche con i contrappesi. Oltre a questo, ad un certo livello, l'intera logica del sistema sociale dovrebbe essere cambiata. Quindi bisognerebbe effettuare una serie di analisi, ad esempio, sulla misura in cui il sistema sanitario pubblico e il modello della scuola pubblica possono convivere all'interno del sistema capitalista. L'idea di "formazione economico-sociale" consente di evidenziare la questione delle incompatibilità interne di un sistema che nel nostro caso è prevalentemente capitalista. Ad un altro livello non è più capitalista, diventa socialista. Ma per promuovere il regime socialista bisogna cambiare la struttura sociale, cambiare i poteri, l'egemonia, un certo numero di cose.

Ora, quando parliamo della salute pubblica come di un bene comune, come nel caso su cui stiamo lavorando, dobbiamo pensare ai livelli di compatibilità di un bene comune, come la salute pubblica, all'interno di un sistema che è quello attuale. Così si riesce, approssimativamente, con sistemi pubblici di salute, sistema italiano, inglese, o il SUS brasiliano a conciliare la filosofia socialista del sistema con la struttura capitalista. Quando Enrico Berlinguer ha parlato dell'introduzione di elementi del socialismo nel funzionamento del sistema capitalista ha capito questo sostanzialmente. Ma oggi non ci sono le forze per cambiare la società. Le forze e le contraddizioni aumenteranno quando il mondo sarà pienamente globalizzato, quindi oggi si difende tutto ciò che può essere difeso e probabilmente il sistema sanitario è quello che si può meglio difendere, e anche il sistema scolastico.

Ma tornando al rischio, il rischio è sempre esistito perché è legato ai fattori negativi della vita, a cui si risponde con un modello magico o scientifico. In breve, la parola rischio per me significa semplicemente il livello probabilistico in cui i fattori negativi intervengono sulla tua vita o sulla vita del gruppo. La questione è capire cos'è che produce questi fattori.

R. L. – “Capire cos’è che produce questi fattori” con Gramsci...

T. S. – È necessario distinguere oggettivamente fra l’esistenza probabilistica dei fattori di rischio e i fattori che producono il rischio, i fattori di origine sociale. La cosa più importante è sapere chi ha prodotto questo rischio. E non è semplice, perché in molti casi esistono cofattori. Quindi valutare il peso dei diversi fattori non è semplice, è come la storia dell’inquinamento atmosferico: è dovuto ai tubi di scarico, all’industria o al riscaldamento delle case?

I fattori di rischio naturali possono anche essere esaminati, ad esempio, le tempeste che si verificano negli Stati Uniti sono fattori naturali. Ora, si discute se il cambiamento climatico che determina lo scongelamento del Polo Nord sia un prodotto del tutto naturale o sia l’effetto delle politiche industriali, come sostengono gli scienziati. In questo caso l’inquinamento atmosferico genera effetti che sembrano naturali, ma che hanno una causa lontana, di tipo sociale. Pertanto, ci vuole un sistema interpretativo unitario per capire questi fenomeni complessi, in grado di far interagire le scienze sociali e le scienze naturali allo stesso tempo.

Tullio SEPPILLI (1928 – 2017) was a Professor of Cultural Anthropology at the universities of Florence and Perugia, where in 1958 he established the Institute of Ethnology and Cultural Anthropology. Internationally recognized as the founder of Medical Anthropology in Italy, he promoted the journal *AM* and the Italian Society of Medical Anthropology (SIAM), of which he was Editor-in-chief and President respectively. He has taught in several universities in Italy and abroad, and received an Honoris Causa Doctorate degree from the Universidad Veracruzana, Mexico. Since 1993 he has chaired the Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia, Italy. A selection of his several publications is in Tullio Seppilli, *Scritti di antropologia culturale*, 2 volumes, Florence, Olschki, 2008.

Rita DE CÁSSIA GABRIELLI SOUZA LIMA received a PhD in Public Health from the Universidade Federal de Santa Catarina, Brazil, with a Doctoral internship at the University of Rome “La Sapienza”, Italy. She is currently Professor and researcher at the Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, Brazil, where she is coordinator of PRÁXIS – Research group in the production of knowledge and technologies in a socio-critical perspective. She has widely published in the field of public health, education, bioethics, and medical anthropology.

rita.lima@univali.br

