

IL CORPO, LA MEDICINA, LA SALUTE E L'ASSISTENZA SANITARIA

Quasi sconosciute fino al 2009, le droghe di design con marchi come K2 e Spice sono esplose come popolari – e spesso legali – alternative alla marijuana in molte nazioni occidentali. Simili alle droghe biologiche nella composizione, l'uso, e l'effetto, miscele sintetiche vendute come incenso o sali da bagno e etichettate come «non destinate al consumo umano», sono disponibili per l'acquisto presso rivenditori su Internet, negozi specializzati e anche alcune stazioni di benzina dal 2006. Mentre le forze di polizia in tutto il mondo lottano per comprendere e controllare la miriade di sostanze chimiche presenti nelle miscele di marijuana sintetica, un numero crescente di utenti stanno rapidamente scoprendo da soli che la legalità e la disponibilità non implicano sempre la sicurezza.

I composti psicoattivi contenuti nella marijuana sintetica sono così nuovi per la comunità scientifica che la maggior parte dei composti non sono stati testati riguardo alla cancerogenicità o ad altri effetti sulla salute a lungo termine. Eppure, dal momento che la popolarità della marijuana sintetica è aumentata, altrettanto è successo alle relative relazioni sui pericolosi effetti collaterali a breve termine. Nel 2009, l'Associazione Americana dei Centri Antiveleni ha ricevuto 14 chiamate relative all'esposizione alla marijuana sintetica. Entro ottobre 2011, l'organizzazione ha ricevuto circa 9.000 chiamate. Nel novembre del 2011, tre ragazzi 16enni sono stati ricoverati in ospedale dopo aver sofferto di attacchi di cuore, apparentemente causati dall'ingestione di una miscela di incenso sintetico.

Secondo Rick Broider, presidente della North American Herbal Incense Trade Association, la vendita di marijuana sintetica genera quasi 5 miliardi di dollari all'anno. Chiaramente, anche se può essere estrema-

mente pericolosa per la salute, vi è interesse nei confronti della droga sintetica, così come in altre forme di comportamento rischioso – sport estremi, binge drinking, sms durante la guida, e rapporti sessuali non protetti con partner multipli, per esempio. E poiché ciascuna di queste attività rischiose è finita nel mirino del sistema sanitario degli Stati Uniti, così è successo anche per le miscele sintetiche.

I ricercatori hanno iniziato a studiare alcune delle sostanze chimiche attive più diffuse che si trovano nella marijuana sintetica. Tuttavia, i laboratori a fini di lucro sviluppano continuamente nuovi composti con strutture chimiche leggermente modificate e li inviano a distributori su Internet in tutto il mondo. Questa rete globale efficiente ed interconnessa sta facendo impazzire non solo le forze dell'ordine che lavorano per vietare composti specifici, ma anche gli operatori sanitari che cercano di comprendere le sostanze chimiche, gli effetti e i pericoli connessi con la marijuana sintetica.

Il modo in cui si percepisce e si tratta la propria forma fisica è un riflesso della socializzazione e delle norme culturali prevalenti. Alcuni si sforzano di massimizzare la funzionalità e l'estetica dei loro corpi, altri li opprimono con comportamenti rischiosi, talvolta autodistruttivi. Molti si cimentano in entrambi gli estremi. L'uso di marijuana sintetica è un comportamento modellato da fenomeni sociali come l'illegalità della marijuana organica, l'economia depressa, e la comodità e la riservatezza dei consumi online. Si tratta di un notevole problema sanitario nazionale ed internazionale, ma è ben lungi dall'essere l'unico. Nelle pagine seguenti, si potranno conoscere una serie di altre sfide legate alla salute e all'assistenza sanitaria che pazienti e medici professionisti devono affrontare oggi.

Le preoccupazioni centrali di questo capitolo – il corpo, la medicina, la salute (tra cui, anche se brevemente, la salute mentale), e l'assistenza sanitaria – sono al top del-

l'agenda sociale, nonché di quella personale di quasi tutti. A livello globale, vi è molta preoccupazione per le epidemie come l'AIDS, la malaria e l'influenza, così co-

me le grandi disuguaglianze nella sanità e nella salute che esistono in tutto il mondo. A livello sociale, gli Stati Uniti sono stati sconvolti ancora una volta nel 2009 e all'inizio del 2010 da un aspro dibattito sulla riforma sanitaria. Tra le altre cose, i sostenitori della riforma hanno cercato di affrontare le palesi disuguaglianze e il rapido aumento dei costi nella sanità. Alla fine, alcuni cambiamenti nella sanità sono stati implementati (di cui parleremo più avanti in questo capitolo), anche se sono stati molto meno significativi di quanto molti avevano sperato; milioni di americani non avranno ancora l'assistenza sanitaria anche dopo che le riforme entreranno in vigore nel 2014. Questi problemi globali e sociali influenzano la salute e l'assistenza sanitaria degli individui e tra coloro che sono più preoccupati per questi problemi vi sono quelli che sono o saranno i pazienti, cioè praticamente tutti, così come il grande e crescente numero di persone che lavorano nella sanità.

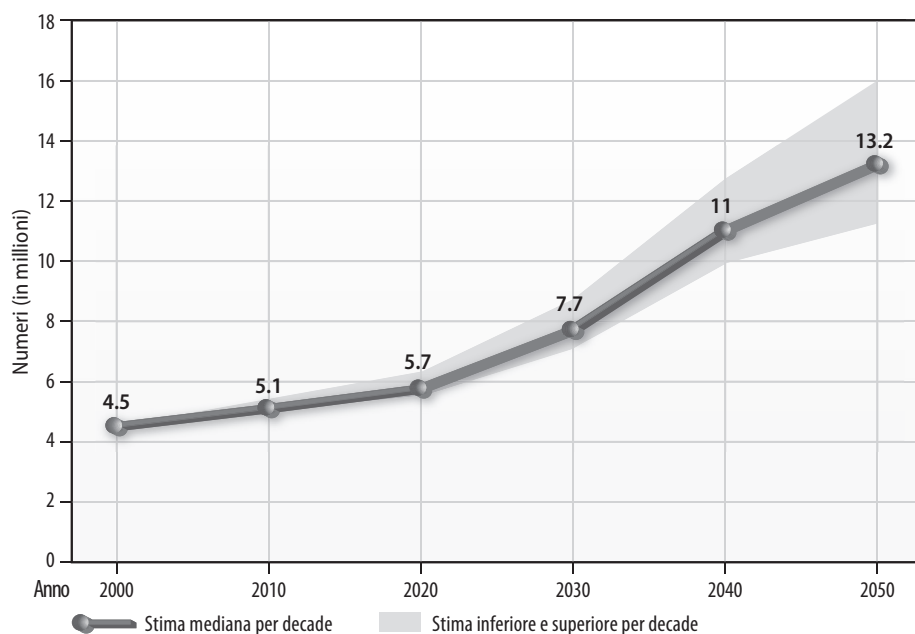
In ultima analisi, la maggior parte della preoccupazione relativa alla salute si riduce a una crescente attenzione e preoccupazione riguardo allo stato del nostro corpo. Tuttavia, l'interesse per il corpo si manifesta in modi diversi tra i vari gruppi sociali. Data la vostra età, le principali preoccupazioni per voi e i vostri amici sono probabilmente relative a come rimanere bello, sano e in forma con la dieta, l'esercizio fisico, e forse anche con un gocciolo o uno spuntino qua e là. Anche se queste preoccupazioni vi accompagneranno probabilmente per

tutta la vita, con l'invecchiamento l'attenzione si sposterà alla crescente probabilità di malattie varie – cancro al seno per le donne e cancro alla prostata per gli uomini, così come malattie cardiache sia per gli uomini che per le donne. Ci sarà inoltre una preoccupazione sempre crescente riguardo a come evitare queste malattie, se possibile, e, nel caso in cui se ne contrae una, come curarla. Il genere influisce sui tipi di comportamenti a tutela della salute che si mettono in atto. Le donne tendono ad essere partecipanti più attive nel mantenimento della loro salute rispetto agli uomini. Questi comportamenti a tutela della salute includono i monitoraggi, gli auto-esami e i controlli regolari.

Mentre alcuni di voi si ammalano, saranno ricoverati in ospedale, e forse moriranno nella mezza età (o anche prima), la maggior parte di voi si troverà ad affrontare queste tematiche con sempre maggiore frequenza ed intensità con l'avvicinarsi della vecchiaia. Nuove preoccupazioni relative alla salute emergeranno quando si raggiunge quell'età, come ad esempio la possibilità di ammalarsi di Alzheimer. Come mostra la Fig. 13.1, il numero stimato di persone con l'Alzheimer triplicherà tra il 2000 e il 2050. Il numero di persone di 85 anni e più con tale malattia – e ci saranno molte più persone in quella fascia di età nei prossimi anni – quadruplicherà. Con l'invecchiamento, ci sarà anche una crescente preoccupazione per come si muore e se si sarà in grado di morire con dignità. Poi ci sono questioni relative alla

Figura 13.1 Proiezione del numero di persone di 65 anni e più che saranno colpiti da Alzheimer nella popolazione degli Stati Uniti, 2000-2050.

Fonte: da Alzheimer's Disease Facts and Figures, Alzheimer's & Dementia, Vol. 8, Issue 2. Alzheimer's Association, 2012.



eventuale disponibilità dei fondi, o dell'assicurazione, necessari per essere in grado di pagare i costi sanitari astronomici spesso associati alle malattie inevitabili dei nostri ultimi anni. Per alcuni di questi motivi, così come gli altri, il corpo è emerso negli ultimi anni come uno dei principali interessi in sociologia (L. Moore e Kosut, 2010; B. Turner, 2008). Tuttavia, prima di discutere del corpo, è importante ricordare che i processi mentali e la mente sono stati a lungo oggetto di preoccupazione e di interesse per molti sociologi. Ad esempio, si veda la discussione del lavoro di Herbert Mead su questi argomenti nel capitolo 5. Inoltre, benché l'introduzione di questo capitolo si sia concentrata sulle malattie fisiche, anche le malattie mentali come la depressione, la schizofrenia, e il deficit di attenzione/iperattività (ADHD) suscitano grande preoccupazione a livello globale, nazionale e individuale (A. Rogers e Pilgrim, 2010). Non c'è una linea chiara tra la mente e il corpo; il cervello, che ospita la mente, è, dopo tutto, una parte del corpo. I processi mentali influenzano il corpo (ad esempio tramite malattie psicosomatiche), e il corpo influenza la mente. Esempi di questi ultimi comprendono la comparsa di depressione post-partum causata, almeno in parte, dagli squilibri ormonali risultanti (Benoit et al., 2007) e la depressione che si sviluppa dopo aver appreso una diagnosi di cancro alla prostata o di malattie cardiache (Luo, 2010). Tuttavia, è importante ricordare che i processi mentali possono anche avere un effetto positivo sul corpo e sul suo benessere. Un forte senso di auto-efficacia può aiutare quando si smette di fumare, si perde peso, o ci si riprende da un attacco di cuore, tra le altre cose.

13.1 IL CORPO

Anche se la sociologia ha sempre avuto un certo interesse per il corpo, l'esplosione di interesse su questo argomento è in gran parte riconducibile al lavoro del teorico sociale francese Michel Foucault.

13.1.1 Il pensiero di Michel Foucault

Il corpo è un tema centrale in molte delle più importanti opere di Foucault. In *Sorvegliare e punire: nascita della prigione*, Foucault ([1975] 1979) si interessa, almeno inizialmente, alla punizione del corpo del criminale. Il libro si apre con una descrizione della punizione inflitta a un omicida condannato nel 1757:

[La sua carne veniva]... strappata dal petto, dalle braccia, dalle cosce e dai polpacci con tenaglie roventi, la sua mano destra... bruciata con lo zolfo, e, in quei posti dove la carne veniva strappata via, veniva versato piombo fuso, olio bollente, resina rovente, cera e zolfo fusi insieme e poi il suo corpo tirato e squartato da quattro cavalli... quando questo non era sufficiente, erano costretti a tagliare le cosce del di-

CENNI BIOGRAFICI

Michel Foucault (1926 – 1984, francese)

- Ebbe una cattedra al prestigioso Collège de France.
- Il suo lavoro ha influenzato i lavori in molte altre discipline, tra cui la sociologia.
- Il suo libro più noto è *Sorvegliare e punire*.
- Negli ultimi anni della sua vita ha pubblicato una serie di tre libri dedicati alla sessualità, tra cui *Storia della sessualità*.
- Era interessato soprattutto al rapporto tra potere e conoscenza, come la conoscenza conduce al potere e come quelli al potere sono meglio in grado di acquisire conoscenze.
- Egli credeva nell'importanza delle «esperienze limite» sia intellettualmente che personalmente.
- Tra le sue esperienze limite vi furono provare l'LSD e sperimentare il sesso gay nelle famigerate saune di San Francisco nei primi anni Ottanta, un'esperienza limite che può essergli costata la vita (morì in seguito di AIDS).

sgraziato, recidere i tendini e tagliare con l'accetta le articolazioni. (Foucault [1975] 1979: 3)

È chiaro che, a questo punto della storia della punizione, il focus era sul corpo. Tra il 1757 e il 1830, il terribile trattamento dei criminali e dei loro corpi è stato sostituito dalla nascita di quello che sembrava essere un trattamento più umano in carcere. Lì, i corpi dei prigionieri erano contenuti e controllati, piuttosto che torturati. Tuttavia, Foucault sostiene che, in qualche modo, il sistema carcerario era molto *meno* umano rispetto ai sistemi precedenti di tortura fisica. La reclusione, così come la sorveglianza continua ad essa associata, implicavano una tortura mentale costante di ciò che Foucault chiamava «l'anima» del detenuto. Oggi, si può sostenere che sia le anime dei detenuti e sia quelle di chi non è detenuto vengono torturate in misura crescente, perché la sorveglianza è molto più pervasiva. Siamo sorvegliati da telecamere onnipresenti, attraverso scanner negli aeroporti, e sul computer, dove Google e altri tengono sotto controllo i siti web che visitiamo (Andrejevic, 2009).

Nella *Nascita della clinica* (1975), Foucault inizia con un'analisi della medicina prima del diciannovesimo secolo. In quel periodo, al fine di diagnosticare una malattia, i medici si concentravano su elenchi di malattie e sui sintomi a loro associati. Tuttavia, nel XIX secolo, lo sguardo dei medici si spostò dalle liste agli esseri umani, in particolare ai loro corpi e alle malattie che li affliggevano. Di grande importanza è stata la capacità di vedere e toccare i corpi malati o morti. Riguardo a quest'ultimo aspetto, l'attenzione si è concentrata sull'esecuzione di autopsie, sezionando corpi e parti del corpo, al fine di conoscere le malattie, i loro decorsi, e i loro effetti su quei corpi e i loro organi.

Il corpo sessuato

Nella *Storia della sessualità*, Foucault (1978) sottolineò l'importanza della sessualità e del ruolo del corpo per ottenere il piacere sessuale. Egli riteneva che la società utilizzasse la sessualità, e la sottoponesse a limitazioni, per ottenere l'accesso al corpo al fine di controllarlo, disciplinarlo e governarlo ed esortò la gente a rifiutare tali vincoli sul corpo così come sulle forme ristrette della sessualità e, invece, a concentrarsi sulla sessualità che riguardava «i corpi e i piaceri» (Foucault 1978: 157). Un modo per farlo era quello di spingere il proprio corpo al limite in esperienze sessuali, di rendere la sessualità una esperienza limite. Benché la maggior parte delle persone non si avvicinino alle esperienze limite di Foucault nel regno della sessualità, vi è oggi molta più apertura e libertà per quanto riguarda la sessualità tra cui, per esempio, il sesso orale e anale, così come il sesso con più partner. Anche se questi comportamenti erano certamente praticati una o due generazioni fa, avrebbero fatto arrossire la maggior parte delle persone, o almeno avrebbero finto di essere scioccati.

Anche se qui vogliamo rimarcare i rapporti sessuali tra due o più persone, vale la pena ricordare che il piacere sessuale può essere, e spesso è, raggiunto in molti altri modi. Questi includono sesso con gli animali, così come con il proprio corpo. La masturbazione è comune sia per i maschi che per le femmine. Le femministe hanno sottolineato l'importanza di procurarsi piacere. Vale anche la pena di menzionare, in questo contesto, l'oggettofilia, in base alla quale le persone traggono soddisfazione sessuale da o con vari oggetti. Vi è anche una organizzazione per chi ama oggetti chiamata *OS (Objectum-Sexuality) Internationale*. Uno dei suoi leader è Erika LaBrie, ora conosciuta come Erika «Aya» Eiffel a causa del suo amore per la Torre Eiffel, che ha «sposato» nel 2007. Tale amore può implicare rapporti sessuali con l'oggetto stesso o con un suo facsimile. Nel caso della Torre Eiffel, potrebbe essere un souvenir o anche una copia della torre costruita da un amante.

Con il lavoro di Foucault e molti altri come base, lo studio del corpo è diventato sempre più importante ed è definito da una attenzione generale sul rapporto tra il corpo, la società e la cultura (B. Turner, 2007a, 2007b), ma comprende anche una vasta gamma di problemi più specifici, tra cui il corpo sessuato, la sessualità, le modifiche del corpo come i tatuaggi, il dolore fisico, abomini del corpo (come gli stigmi; si veda il capitolo 7), e così via. Naturalmente, la questione del corpo è centrale anche per il focus principale di questo capitolo, la sociologia della salute e della medicina.

13.1.2 Il corpo sano: stile di vita, bellezza, e forma fisica

Si vive in una società sempre più riflessiva. Nel contesto della salute, la riflessività comporta un'accresciuta consapevolezza del proprio corpo e di se stessi più in generale ed anche la responsabilità di prendersi cura di se

stessi, soprattutto facendo tutto il possibile per evitare di ammalarsi e di morire. Il proprio corpo, e la sua salute, sono diventati «progetti» su cui lavorare continuamente. Nonostante questo, non mancano le volte – quella gita al ristorante fast-food, un bicchiere di birra di troppo il sabato sera – in cui la salute e il corpo passano in secondo piano. Con ogni probabilità si modella, e forse anche si modifica, il proprio corpo durante tutto il corso della vita. Anche se questo è sempre più vero per la maggior parte delle persone nel Nord sviluppato, è particolarmente caratteristico delle adolescenti (Brumberg, 1998).

La riflessività spesso porta all'insoddisfazione nei confronti del proprio corpo, soprattutto se paragonato a quelli che si vedono ritratti dai media. Questo è particolarmente vero per le donne che rischiano di non considerarsi abbastanza snelle. Le ragazze adolescenti sono spesso insoddisfatte del loro corpo – questo è vero per le ragazze preadolescenti dagli 8 agli 11 anni e anche per le bambine da 5 a 8 anni di età (Dohnt e Tiggemann, 2006). Tra queste ultime, vi è un significativo aumento del desiderio di essere magre tra le bambine di 6 anni, forse come riflesso dell'influenza dei coetanei durante il primo anno di scuola.

La riflessività si manifesta in molti altri modi nel mondo contemporaneo, ma qui ci interessa il fatto che vi è sempre più probabilità che si rifletta sul proprio modo di vivere e su come questo influenza il vostro aspetto e la vostra forma fisica. Molte persone, come vedremo presto, si impegnano in comportamenti rischiosi che mettono in pericolo la loro salute, così come il loro aspetto e la loro forma fisica. Tuttavia, molti altri si concentrano sulla creazione di uno stile di vita che sperano li manterrà in forma, attraenti e sani.

La bellezza: il mito

La questione della bellezza è diventata un argomento molto più popolare nella società e nella sociologia dopo la pubblicazione di *The Beauty Myth* di Naomi Wolf (1991). Wolf sostiene che i media mettono di fronte la stragrande maggioranza delle persone ad uno standard irraggiungibile di bellezza. Michael Kimmel (2011) fa riferimento a questo standard di bellezza definendolo lo «sguardo maschile», poiché sono i maschi che dominano i media. Questo standard è radicato negli ideali patriarcali ed eurocentrici della bellezza e del fascino. Alcuni sostengono che l'importanza della bellezza ha le sue radici nell'evoluzione (Singh e Singh, 2011), nel senso che la bellezza può essere un indicatore di salute e di fertilità con il risultato che le donne con queste caratteristiche hanno più probabilità di essere selezionate per l'accoppiamento ed hanno anche più probabilità di avere bambini che sono belli e che possono avere maggiori possibilità di sopravvivenza e di successo. In ogni caso, sia le donne che gli uomini usano la bellezza come mezzo per determinare chi è attraente e come essere attraente per il sesso opposto, così come per i membri dello stesso sesso. Per la maggior parte delle donne, gli sforzi

per raggiungere un elevato standard di bellezza (tra cui una dieta eccessiva, le abbuffate, e la purga) portano al fallimento, ad un'immagine di sé negativa, e ad una bassa autostima (Daniels, 2009; Rosenberg, 1979). Allo stesso modo, una maggiore attenzione ai corpi degli uomini nei media porta ad una preoccupazione relativa alle idee sulla forma maschile. Di conseguenza, molti uomini si vergognano di entrare negli spogliatoi per paura di critiche al loro corpo, e alcuni uomini omosessuali si sentono costretti ad una dieta eccessiva al fine di assomigliare ad un «ragazzo», ovvero avere una forma molto sottile che viene spesso considerata più attraente all'interno della comunità queer (Kimmel, 2009).

La ricerca dell'Ideale

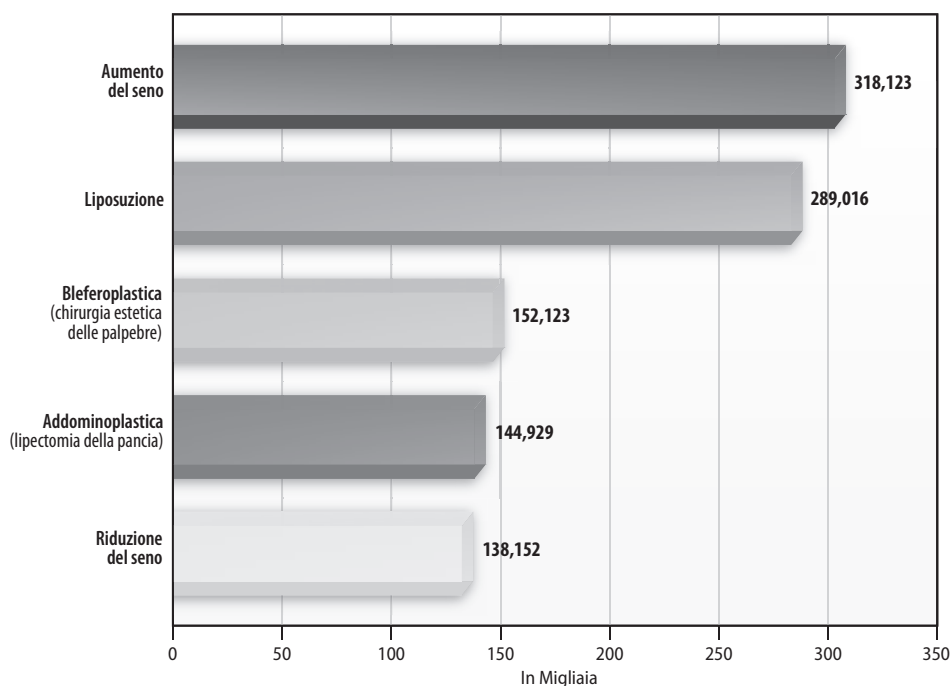
Eppure, le ricompense per il fatto di essere belli sono così grandi che molti continuano a cercare almeno di approssimare l'ideale mitico come meglio possono. Ciò è evidente, ad esempio, nelle enormi somme di denaro speso in cosmetici, allenamenti fitness e nelle palestre, in capi di abbigliamento, e, più particolarmente, in interventi di chirurgia estetica di tutti i tipi (Gimlin, 2007). Come risulta dalla Fig. 13.2, gli interventi di chirurgia estetica più popolari sono l'aumento e la riduzione del seno, la lipoplastica (liposuzione), la blefaroplastica (chirurgia estetica delle palpebre), e l'addominoplastica (lipectomia della pancia). Meno comuni sono le resezioni costali che producono gabbie toraciche più strette e

quindi un girovita più piccolo, la rimozione del dito mignolo, al fine di consentire ad una persona di entrare nelle proprie scarpe preferite, e, per gli appassionati di fantasy, trasformare le proprie orecchie in orecchie a punta da elfo. La ricostruzione dei genitali è un intervento di chirurgia estetica la cui frequenza è in aumento tra uomini e donne (Kimmel, 2009) – un esempio è la vulvectomia, una procedura per ottenere la «vagina perfetta».

Il consumo di bellezza

Nella nostra cultura consumistica, la bellezza è diventata una merce che può essere comprata, o almeno pensiamo che possa esserlo, attraverso un grande sforzo, spesso doloroso, e quasi sempre l'utilizzo di grandi somme di denaro. Naomi Johnson (2010) ha rilevato che l'importanza del consumo di bellezza pervade i romanzi rosa per le adolescenti, le cui storie collegano la desiderabilità di una giovane donna come partner romantico e sessuale a vari prodotti di marca e a linee di prodotti, e il consumo di marche si intreccia più in generale nel filo della storia. I libri, come i film, si impegnano nel *posizionamento del prodotto* al fine di guadagnare denaro e vendere i prodotti degli inserzionisti. I prodotti enfatizzati nei libri includono l'abbigliamento (canotte di Valentino), vestaglie (La Perla), scarpe (ciabatte con il tacco alto di Jimmy Choo), cosmetici (lucidalabbra Chanel Vamp), e modifiche del corpo (cerette brasiliane per il corpo). Tutto questo interesse per il nostro modo di ap-

Figura 13.2 I cinque interventi estetici più popolari negli Stati Uniti, 2010.



parire, anche se non è nuovo, è aumentato notevolmente in questa epoca di crescente riflessività. Siamo più consapevoli di come noi (e gli altri) appariamo, e siamo più consapevoli non solo di essere in grado di fare qualcosa per migliorare il nostro aspetto, ma anche di quelle che sono le alternative a nostra disposizione per farlo. Anche l'aumento delle relazioni pure (si veda il capitolo 11) aggiunge una maggiore importanza a questa attenzione per l'aspetto in quanto gli altri sono più propensi a finire una relazione che hanno con noi se non sono soddisfatti del nostro aspetto (e viceversa).

Forma fisica e corpo sano

Strettamente collegata all'enfasi sulla bellezza è l'attenzione da parte di entrambi i sessi verso l'attività fisica, la forma fisica, lo sport e il body building (A. Klein, 1993; Amy Scott, 2011). Tutti questi sono visti, almeno in parte, come modi di ottenere non solo un corpo più bello, ma anche un corpo più sano (Waddington, 2007) – o che almeno così sembri. Tuttavia, è importante distinguere tra i metodi utilizzati per ottenere un corpo sano. Il legame più evidente è tra attività fisica e corpo sano. Camminare, andare in bicicletta e fare jogging fanno decisamente bene alla salute. Questi sport di solito non comportano la competizione. Anche se si può sviluppare un corpo più bello tramite l'attività sportiva, la natura sempre più competitiva di molti sport può effettivamente influenzare negativamente la salute del proprio corpo e del suo aspetto. Questi sport richiedono grande sforzo e sono spesso violenti; possono essere dannosi, anche pericolosi, per il corpo. Vi è un aumento delle lesioni legate ad attività sportive, soprattutto negli «sport di contatto», come emerge dal crescente allarme per le commozioni cerebrali in diversi sport, soprattutto nel calcio professionale. Si veda, per esempio, l'ampia copertura stampa da parte del New York Times («Head Injuries in Football» 2010).

Alcuni sport di contatto, come il wrestling e la boxe, richiedono ai concorrenti di qualificarsi, e di rimanere, in classi di peso molto restrittive. Ciò può portare ad attacchi di fame e di disidratazione, al fine di «mantenere il peso», e può evolvere in quello che è stato chiamato «manorexia», un analogo maschile alla pratica prevalentemente femminile dell'anoressia, al fine di mantenere un corpo più snello (Kershaw, 2008). Vi è anche un fenomeno noto come «bigorexia» o il complesso di Adone (Kimmel, 2009), che riguarda uomini che potrebbero essere cresciuti con i GI Joe o le foto di Arnold Schwarzenegger quando era un body builder (prima della sua reincarnazione come governatore della California) e che aspirano ad avere un fisico simile. Probabilmente ritengono che i loro bicipiti, per fare un esempio, sono inadeguati rispetto a quelli di quei modelli idealizzati e potrebbero essere indotti a sollevare pesi ossessivamente, consumando soprattutto, o solo, proteine. Tali pratiche sono particolarmente dilaganti tra i body builder competitivi. Inoltre, i body builder potrebbero abbuffarsi

di zuccheri in un giorno di gara, rendendo così le vene più prominenti; tali vene sono un segno di forma fisica, anche di bellezza, in tali competizioni. Tutti questi esempi illustrano il fatto che il coinvolgimento negli sport può avere una varietà di effetti deleteri sul corpo sia a breve che a lungo termine.

L'esercizio, lo sport e l'attività fisica spesso hanno come obiettivo il miglioramento del corpo e della propria salute in generale. Sono sempre più orientati verso i *risultati* come la perdita di peso e il rafforzamento dei muscoli. Tuttavia, ciò che spesso viene dimenticato in questo periodo è l'importanza del divertimento associato all'esercizio fisico (Wellard, 2012) e, di conseguenza, la gente non esplora il pieno potenziale di vari tipi di attività fisica.

13.1.3 Modifiche del corpo

Le modifiche corporee (Ferreira, in corso di stampa; Pitts, 2003) sono stati quasi universali tra le società e nel corso della storia. Tuttavia, negli ultimi anni, c'è stata una sorta di boom di tali modificazioni negli Stati Uniti e altrove. Ci sono diverse forme principali di modificazione del corpo tra cui il tatuaggio (M. Atkinson, 2003; Dukes e Stein, 2011), la scarificazione (cicatrici o tagliare la pelle; si veda Inckle, 2007), e il piercing (Vail, 2007). Un tempo, la modificazione del corpo era associata ai devianti (cfr. capitolo 7) di vario tipo, tra cui i membri di gang criminali, i membri di gang di motociclisti fuorilegge, i carcerati e le prostitute, ma era anche associata ad alcuni gruppi convenzionali come a quelli nelle forze armate e, in particolare, nella marina. Oggi, le modificazioni del corpo, specialmente i tatuaggi, non sono solo diventati più diffuse e comuni, ma ora sono persino convenzionali (Adams, 2009). Ad esempio, il tatuaggio può essere eseguito al giorno d'oggi in studi per tatuaggi che si trovano nei centri commerciali. I media sono pieni di immagini di stelle del cinema e atleti famosi particolarmente adornati, se non addirittura coperti, di tatuaggi. Si consideri, per esempio, il giocatore di calcio David Beckham, il giocatore di baseball Jason Giambi, il giocatore di football Chris Johnson e i giocatori di basket Chris Andersen e Amare Stoudemire. Di solito associate agli uomini, le modificazioni del corpo ora sembrano essere molto più comuni tra le donne (Laumann e Derick, 2006). I genitori sembrano meno propensi a rifiutare l'idea di tatuaggi sui loro figli e possono anche loro stessi avere tatuaggi, anche se la maggior parte del tempo forse nascosti da indumenti. Sono probabilmente più interessati a saper se i loro tatuaggi, o quelli dei loro figli, sono occultabili o esteticamente gradevoli. In molti modi, la modificazione del corpo è ormai di moda, ed è essa stessa una espressione della moda.

La modificazione del corpo riflette l'aumento della riflessività. Una sempre maggiore riflessività è richiesta riguardo a ogni decisione di successo su quale nuova forma o stile di modificazione del corpo bisogna avere. Le questioni da decidere riguardano se la modifica, per

esempio un nuovo tatuaggio, dovrebbe essere visibile, dove dovrebbe essere collocata, e quanto tradizionale o creativo e unico dovrebbe essere. Inoltre, sono emersi una varietà di gusti diversi nel tatuarsi. Ad esempio, i membri della banda preferiscono tatuaggi che li identificano come tali e che hanno elementi autobiografici.

I collezionisti di tatuaggi probabilmente preferiscono disegni personalizzati e altamente distintivi (Vail, 1999). Vari gruppi guadagnano anche prestigio in riferimento a diversi tipi di tatuaggi. Ad esempio, un tatuaggio posteriore completo, un «pezzo posteriore», è molto apprezzato negli ambienti artistici. Poiché i tatuaggi sono diventati più convenzionali, anche comuni in alcuni ambienti, le persone che ne erano originariamente attratte hanno cercato di trovare altri modi di distinguere i loro corpi da quelli degli altri. Molti sono stati affascinati da piercing di varie tipologie (Schorzman et al., 2007). I più comuni sono il piercing sulla lingua e sul sopracciglio, ma poiché anche quelli sono diventati più comuni, ci sono più piercing di altre parti del corpo, anche dei genitali, e un aumento del numero di piercing che adornano il corpo. Dukes e Stein (2011) hanno confrontato gli studenti delle classi superiori, in termini di preferenze per tatuaggi o piercing. Leggermente più maschi che femmine hanno riferito di avere tatuaggi, ma una percentuale molto più alta di ragazze (42 per cento) rispetto ai ragazzi (16 per cento) aveva dei piercing (esclusi i lobi delle orecchie). I tatuaggi erano meno diffusi rispetto ai piercing forse perché sono più o meno permanenti. Le cicatrici lasciate dal piercing hanno più probabilità di guarire e meno probabilità di essere appariscenti rispetto ai tatuaggi. Nel complesso, le ragazze hanno riferito meno comportamenti devianti rispetto ai ragazzi. Tuttavia, le ragazze con piercing riportavano più comportamenti devianti rispetto alle ragazze che non avevano piercing. Quelle con piercing erano anche meno orientate verso la scuola rispetto alle ragazze con i tatuaggi. Più gli studenti erano grandi, più era probabile che avessero modificazioni del corpo. La modificazione del corpo è stata collegata ad una serie di comportamenti a rischio come l'auto-incisione, il bere e l'uso di droghe.

13.1.4 Comportamenti a rischio

Il sociologo tedesco Ulrich Beck (1992) sostiene che viviamo in una «società del rischio». L'idea del rischio è diventata una preoccupazione centrale in molti settori della sociologia, e uno di questi è il modo in cui esso si riferisce al corpo e alla salute. È interessante notare che questo si amalgama bene con le idee di Foucault sulle esperienze limite dal momento che è in queste esperienze che i rischi sono maggiori. Anzi, è il rischio che attira le persone verso di loro. Pochi arrivano agli estremi di Foucault, ma molte persone assumono rischi che mettono in pericolo la loro salute, i loro corpi e le loro vite, ovvero compiono azioni che incidono negativamente su tutte queste cose (Lupton, 2007).

La gente assume una vasta gamma di rischi che hanno

CENNI BIOGRAFICI

Ulrich Beck (1944-, tedesco)

- Beck ha ottenuto il suo dottorato di ricerca presso l'Università di Monaco di Baviera.
- È professore Emerito a Monaco ed ha anche una carica presso la London School of Economics.
- È conosciuto soprattutto per il suo libro *La società del rischio* ([1986] 1992), anche se ha pubblicato numerosi libri e articoli su questo argomento e su altri, in particolare sulla globalizzazione.
- L'idea della società del rischio è rilevante per molte questioni del mondo contemporaneo, tra cui la salute e la malattia.
- È anche noto per il suo lavoro sulla modernità, sostenendo che continuiamo a vivere nel mondo moderno, anche se in una fase avanzata che chiama «seconda modernità».
- Anche il suo lavoro sulla «modernità riflessiva» si colloca in questo ambito, o l'idea che la seconda modernità viene costruita sulla base di una riflessione critica sulla prima modernità e le sue debolezze centrali.
- Nel 2010 Beck fu coinvolto al Parlamento europeo con il Gruppo Spinelli, che mira a rinvigorire gli sforzi per rendere federale l'Unione Europea.

il potenziale di compromettere la loro salute. Da un lato, ci sono le cose che la gente *non* fa come vedere i propri medici, fare controlli regolari, farsi vaccinare e assumere i farmaci necessari. D'altra parte, le persone agiscono in molti modi pur sapendo che comportano rischi per la salute, il fumo di sigaretta è in – o verso la – cima all'elenco. L'assunzione di droghe illegali di vario genere, in particolare quelle che creano dipendenza, è chiaramente molto rischiosa in quanto le attività illegali sono spesso richieste per supportare la dipendenza da droghe. Un altro importante genere di comportamenti a rischio è il bere eccessive quantità di alcol o guidare (o navigare) sotto l'influsso dell'alcol. Particolarmente pericolosa è la combinazione di alcol e caffeina (Goodnough, 2010). Mentre molte bevande commerciali come Four Loko hanno rimosso la caffeina dall'elenco dei loro ingredienti, cocktail che associano alcol e caffeina restano diffusi. La naturale inclinazione del consumo di alcol è quella di aumentare la sonnolenza e di smettere di bere, ma è contrastata dalla caffeina. Il risultato è che alcune persone continuano a bere ben oltre la normale ebbrezza e, di conseguenza, sono finiti al pronto soccorso in ospedale. Fare sesso non protetto è molto rischioso, soprattutto con più partner, e questo tipo di comportamento sessuale è stato collegato ad altri comportamenti a rischio come l'abuso di droghe e di alcol. Molte persone mangiano troppo, si concedono di diventare obesi, e di rimanere in quello stato, anche se ci sono prove schiaccianti che collega-

no l'obesità a varie malattie. Poi, c'è la propensione delle persone a parlare ai propri telefoni cellulari, o a scrivere sms durante la guida. Lo fanno anche se l'aumento del rischio di avere un incidente associato a tali azioni è stato molto pubblicizzato (si veda, per esempio, Newman Watkins, 2011 e 2009).

In alcuni casi, la natura del proprio lavoro è rischiosa. Un esempio riguarda i lavoratori nucleari e la loro esposizione alle radiazioni che può farli ammalare e forse ucciderli (Cable, Shriver, e Mix, 2008). Naturalmente, ci sono molte professioni che portano con sé una serie di rischi per la salute.

Vale la pena notare che c'è un altro aspetto relativo ai comportamenti a rischio. Può ben essere che l'assunzione di qualche rischio renda più felice e mentalmente, e forse anche fisicamente, più sano. Questo può aiutare a spiegare il crescente interesse per gli sport estremi come il surf e lo snowboard. Questo, naturalmente, non nega il fatto che tali sport comportino rischi fisici e per la salute straordinari.

13.2

LA SOCIOLOGIA DELLA SALUTE E DELLA MEDICINA

La **sociologia medica**, la più vasta area di specializzazione all'interno della sociologia (Cockerham, 2012), si occupa delle «cause sociali e delle conseguenze della salute e della malattia» (Cockerham, 2007: 2932). Anche i fattori sociali sono profondamente coinvolti nella prestazione delle cure sanitarie, e questo è diventato un problema sempre più importante negli Stati Uniti e in gran parte del resto del mondo. La sociologia medica affronta una vasta gamma di questioni specifiche, tra cui le differenze razziali/etniche nella sanità; le cause fondamentali delle disuguaglianze nella salute in base alla classe sociale, al genere e alla razza/etnia, il legame tra stress e salute, il rapporto tra pazienti e operatori sanitari, il crescente utilizzo di tecnologie mediche avanzate; il costo astronomico e in vertiginoso aumento delle cure mediche, e la natura mutevole della professione medica (Hankin e Wright, 2010). Tra i cambiamenti nella professione medica vi sono il suo prestigio in declino, il ruolo più attivo dei pazienti nella loro assistenza sanitaria, la relazione più complicata tra i pazienti e gli operatori sanitari, e il fatto che tali rapporti sono inclini a durare più a lungo, perché le persone vivono più a lungo e soffrono di più di disturbi cronici.

13.2.1 Il ruolo del malato

Avere un corpo e concentrarsi su di esso è una cosa, ma avere un corpo malato è ben altra cosa. Un importante collegamento tra la preoccupazione per il corpo, le sue malattie, e la sociologia di questo fenomeno è il concetto di **ruolo di malato**, o le aspettative circa il modo in cui le persone malate dovrebbero comportarsi (Parsons,

1951; Twaddle, 2007). Chiaramente questo concetto è derivato dal concetto generale di ruolo discusso nel capitolo 5. Come è vero per tutti i ruoli, il ruolo di malato è definito dalle aspettative ad esso associate. Una persona malata è:

- Esente, entro certi limiti, dagli obblighi di un ruolo normale. Cioè, se si è malati, si può rimanere a casa da scuola o ignorare alcuni carichi di famiglia, almeno per un certo tempo. Questa esenzione varia con la gravità della malattia.
- Non ci si aspetta che si assuma la responsabilità di essere malato; il malato non ha causato la malattia e ha bisogno di aiuto nel trattare con questa.
- Ci si aspetta che voglia guarire.
- Ci si aspetta che chieda aiuto a chi ha la competenza medica appropriata (si veda il prossimo riquadro «McDonaldizzazione oggi»).

L'idea del ruolo di malato offre un approccio sociologico utile alla malattia, ma è stata criticata per vari motivi. Per prima cosa, molte persone chiaramente non sono conformi al ruolo di malato. Ad esempio, possono ignorare le esenzioni connesse con l'essere malato e insistere nella gestione delle loro solite responsabilità, incolpare gli altri di averli fatti ammalare, non voler guarire a causa dei benefici dell'essere considerati malati (ad esempio, sfuggire certe responsabilità), e non cercare aiuto o cercare il tipo «sbagliato» di aiuto, come ad esempio quella di un medico «ciarlatano». Tuttavia, il problema più grande relativo a questo concetto è legato alla teoria da cui è derivato – lo struttural-funzionalismo (cfr. capitolo 1) – poiché dà troppo potere alla struttura sociale più ampia, ai ruoli che ne fanno parte, e alle aspettative associate a tali ruoli. In questo caso, dà troppo peso alle aspettative associate al ruolo di malato.

Di particolare importanza è il fatto che essa attribuisce troppa importanza alle aspettative della professione medica, a cui concede troppo potere sul paziente. Ciò significa che l'idea del ruolo di malato dà *troppo poco potere* a coloro che occupano tale ruolo: i pazienti. Come abbiamo visto in precedenza, i pazienti di oggi, e, in misura minore, in passato, non si conformano semplicemente alle aspettative dei professionisti del settore medico, ma spesso creano attivamente le proprie individuali versioni del ruolo di malato.

13.2.2 La professione medica

L'idea del ruolo di malato riflette l'epoca in cui l'idea è stata creata – la metà del XX secolo. Quello era un periodo in cui una grande quantità di energia è stata dedicata al sistema di assistenza sanitaria, in particolare alla professione medica, l'attore chiave in quel sistema.

I medici avevano molte aspettative riguardo a coloro che avevano il ruolo di malato, ma più in generale avevano maturato ed esercitavano un grande potere su praticamente tutti gli altri attori coinvolti nel sistema sanita-

McDonalduizzazione

McNascita

Una misura della McDonalduizzazione del parto è il declino dell'ostetricia, una pratica molto umana (Ritzer, 2013; S. Thomas, 2009). Le ostetriche non sono medici, sono tradizionalmente donne addestrate nella gestione della maggior parte degli aspetti del processo di nascita. Nel 1900, le ostetriche si occupavano di circa la metà di tutte le nascite americane, ma entro il primo decennio del XXI secolo, meno del 10 per cento delle nascite erano gestite da ostetriche. Quando viene chiesto alle donne il motivo per cui oggi cercano le ostetriche, spesso esprimono preoccupazione per il trattamento impersonale e insensibile che ricevono dal personale ospedaliero. In genere ritengono che la procedura del parto in ospedale sia disumanizzata; un medico è disposto ad ammettere che il parto in ospedale può essere un processo disumanizzato (M. Harrison, 1982).

Storicamente, il parto avveniva in casa, con i parenti e gli amici presenti. Ora, il parto avviene quasi esclusivamente in ospedale, «sola tra estranei» (J. Leavitt, 1986: 190). Nel 1900, meno del 5 per cento delle nascite degli Stati Uniti ebbe luogo negli ospedali, ma entro il 1960 quasi il 100 per cento delle nascite si è verificato al loro interno. In anni più recenti, catene ospedaliere e centri per il parto sono emersi, secondo il modello del ristorante fast-food. Nel corso degli anni, gli ospedali e la professione medica hanno sviluppato molte procedure standardizzate – cioè McDonalduizzate – per la gestione e il controllo del parto. Una delle più note di tali procedure concepisce la maternità come un ruolo di malato e il parto come una malattia, come un processo patologico. Fino a poco tempo fa, la routine anche per le nascite a basso rischio ha implicato le seguenti procedure:

1. La paziente è in posizione supina, con le gambe in aria, piegate e divaricate, sostenute da staffe.
2. La somministrazione di sedativi è utilizzata a partire dalle prime fasi del travaglio.
3. Un'episiotomia è eseguita per allargare l'area attraverso la quale il bambino deve passare.
4. I forcipi vengono utilizzati per rendere il parto più efficiente.

Descrivendo questa procedura, una donna ha scritto: «Le

donne sono ammassate come pecore attraverso una catena di montaggio ostetrica» (Mitford, 1993: 61). Poi c'è la curva di Friedman con tre fasi rigidamente prescritte e calcolabili di lavoro. Per esempio, al primo stadio sono assegnate esattamente 8,6 ore, durante le quali la dilatazione cervicale procede da 2 a 4 centimetri.

Nel momento in cui i bimbi vengono al mondo, sono accolti da un sistema di punteggio, il test di Apgar. I bambini ricevono punteggi da 0 a 2 su ciascuno dei cinque fattori come la frequenza cardiaca e il colore; 10 è il punteggio totale più sano. Un minuto dopo la nascita, la maggior parte dei bambini ottiene tra 7 e 9 e hanno punteggi tra 8 e 10 dopo cinque minuti. I bambini con punteggi tra 0 e 3 sono considerati avere guai molto seri. Dimensioni soggettive e non quantificabili come la curiosità del bambino e il suo stato d'animo non interessano nel test di Apgar.

I cesarei sono procedure chirurgiche in cui delle incisioni sono realizzate nell'addome e nell'utero in modo da far nascere un bambino piuttosto che lasciare che la madre passi attraverso l'intero processo di nascita naturale. Il primo cesareo moderno ha avuto luogo nel 1882; ancora nel 1970, solo il 5 per cento di tutte le nascite erano da parto cesareo, ma entro il 2005 oltre il 30 per cento delle nascite erano di questo tipo. Il drammatico aumento dei cesarei si adatta bene alla McDonalduizzazione della società nel suo insieme.

La loro evenienza è molto più prevedibile rispetto al processo di nascita normale, che può verificarsi qualche settimana o addirittura mesi di anticipo o ritardo.

Essendo un'operazione relativamente semplice, il cesareo è più efficiente del parto naturale, che può implicare molti più passaggi ed eventualità impreviste.

I cesarei normalmente durano da 20 a 45 minuti. Il tempo necessario per una nascita normale è molto più variabile e spesso può essere molto più lungo.

Ci sono varie irrazionalità associate ai cesarei compresi i rischi legati all'intervento chirurgico, un lungo periodo di recupero, un tasso di mortalità più elevato e una maggiore spesa. Le meraviglie del parto sono ridotte a delle routine di un piccolo intervento chirurgico.

rio – infermiere, amministratori degli ospedali, e così via (Hafferty e Castellani, 2011). Ottennero anche e mantennero un grande potere sulla nascita e sulla morte (si vedano i due riquadri «McDonalduizzazione oggi»). Questo è stato un periodo in cui le professioni della medicina, del diritto, e di altri campi non solo esercitavano un grande potere, ma avevano anche acquisito una grande autonomia. In effetti, una **professione** si distingue da

altre occupazioni per il suo grande potere e la sua considerevole autonomia.

I medici sono stati maschi in modo sproporzionato. Uno dei settori in cui il potere dei medici di sesso maschile è evidente è lo stipendio di base costantemente più elevato. Come illustrato nella Figura 13.3, gli stipendi iniziali dei medici di sesso maschile sono stati costantemente superiori rispetto a quelli delle loro controparti

McMorte

Nell'ordine naturale delle cose, la fase finale del degrado del corpo può essere estremamente inefficiente, incalcolabile, imprevedibile, e soprattutto incontrollabile. Molte persone morenti hanno confuso i medici e le persone care ristabilendosi e vivendo più a lungo del previsto o, al contrario, morendo prima di quanto previsto.

Tuttavia, abbiamo trovato il modo di McDonaldizzare il processo della morte, dandoci almeno l'illusione di un controllo su di esso (Nuland, 1994). Vi è, per esempio, un aumento della gamma di tecnologie non umane, come respiratori progettati per mantenere in vita più a lungo, che sono spesso utilizzati, anche se alcuni pazienti non vorrebbero rimanere in vita in queste condizioni. A meno che i medici stiano seguendo indicazioni anticipate, come un testamento biologico che affermi esplicitamente che «nessuna misura eroica» deve essere presa, le persone perdono il controllo del proprio processo di morte. Ci si può aspettare un crescente ricorso a tecnologie non umane nel processo di morte. I sistemi informatici possono essere utilizzati per valutare la probabilità statistica di sopravvivenza di un paziente in un qualsiasi momento di questo processo. Le azioni del personale medico sono probabilmente influenzate fortemente da tali valutazioni.

La decisione su quando un paziente muore è lasciata ai medici e ai burocrati medici. Stanno facendo notevoli progressi nell'allungare il tempo in cui un paziente è in grado di rimanere in vita. Tuttavia, sono stati più lenti nel migliorare la qualità della vita nel periodo di tempo eccedente.

La morte ha seguito più o meno lo stesso percorso della nascita (si veda il precedente riquadro «McDonaldizzazione oggi»), poiché è stata spostata fuori da casa e al di là del controllo dei morenti e delle loro famiglie. I medici hanno guadagnato un ampio margine di controllo sulla morte, proprio come hanno preso il controllo sulla nascita. È sempre più probabile che la morte, come la nascita, si verifichi in ospedali, case di cura e ospizi. La crescita delle catene ospedaliere e degli ospizi segnala l'ulteriore McDonaldizzazione della morte nel futuro.

La McDonaldizzazione del processo di morte ha generato una serie di contro-reazioni. Ad esempio, le associazioni per il suicidio e libri come *Final Exit* di Derek Humphry (2002) forniscono alla gente istruzioni su come uccidersi. Vi è il crescente interesse, e l'accettazione, verso l'eutanasia. Infine, molte persone scelgono di morire a casa, e alcuni stanno anche optando per essere sepolti nel giardino di casa.

femminili. In effetti, nel 2008 gli stipendi iniziali dei medici di sesso femminile non erano nemmeno all'altezza di quelli dei medici di sesso maschile nel 1999.

Anche se le professioni in generale, e la professione medica in particolare, continuano a godere di notevole potere, autonomia e status elevato, vi è stato un netto calo in tutte queste dimensioni nell'ultimo mezzo secolo. In realtà, ciò che ha caratterizzato le professioni negli ultimi decenni è stato un processo di **de-professionalizzazione**, per cui il loro potere e autonomia, così come il loro elevato prestigio e la loro grande ricchezza, sono diminuiti, almeno rispetto alla eminente posizione che occupavano una volta (Brooks, 2011). Tuttavia, benché la professione medica sia più debole di una volta, rimane una potente forza nella pratica della medicina e nella società più vasta. In altre parole, la professione medica ha dimostrato di essere abbastanza resistente (Timmermans e Oh, 2010).

Come facciamo a contabilizzare la de-professionalizzazione dei medici? In primo luogo, avevano semplicemente acquisito troppo potere, mezzo secolo fa, per essere in grado di mantenerlo a quel livello per molto tempo. In secondo luogo, il pubblico, che aveva concesso alla professione medica quel potere e quell'autonomia, o gli aveva almeno concesso quelle caratteristiche, è giunto a mettere in discussione la professione medica. Una

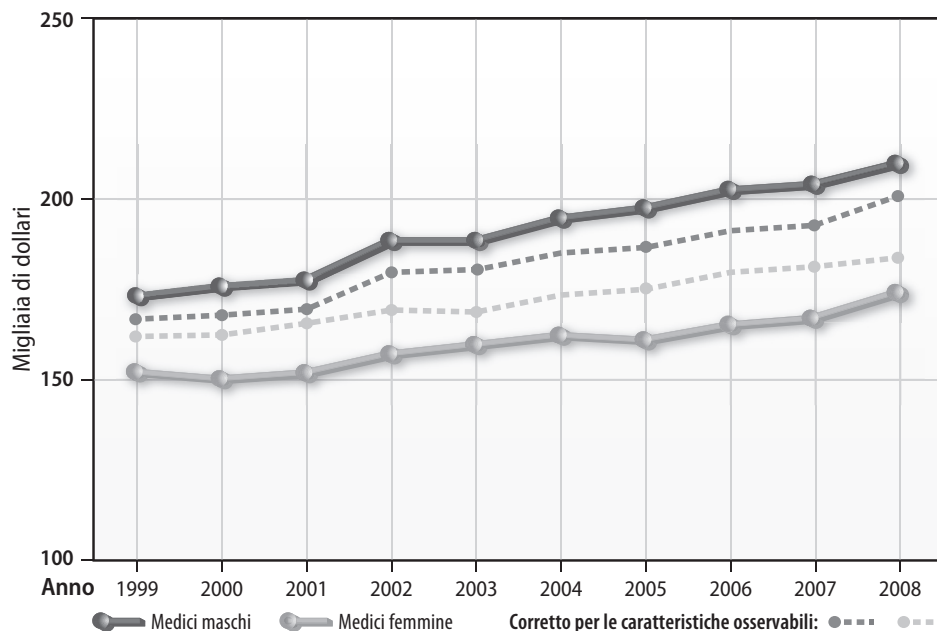
base per questo crescente dubbio era una maggiore consapevolezza della straordinaria ricchezza e del potere acquisito da molti medici. Un'altra era la rivelazione di casi di malasania, che hanno dimostrato che i medici non sempre si attenevano al proprio codice etico (Ocloo, 2010). La crescita dei processi per malasania venne aiutata, se non istigata, dall'altra professione principale, il diritto, che raccolse grandi ricompense economiche dalle cause per negligenza medica.

In terzo luogo, come viene discusso nelle pagine seguenti, i pazienti sono diventati molto più attivi e consumatori aggressivi di servizi medici, nonché di altri aspetti del sistema medico.

Nel complesso, negli ultimi anni la medicina è diventata una professione molto meno potente e gratificante con il risultato che molti giovani stanno riconsiderando una carriera medica, i medici più anziani vanno in pensione presto, e altri ancora stanno lasciando la pratica privata tradizionale per quelle che vengono chiamate pratiche «di portineria» (concierge) o «boutique». Circa 5.000 dei 240.000 internisti negli Stati Uniti sono in pratiche di concierge. I medici che si trasferiscono in pratiche di concierge generalmente stabiliscono una tariffa tra 1.500 e 25.000 dollari all'anno. Con questa tariffa, i pazienti si assicurano visite mediche facili da ottenere, spesso in giornata, appuntamenti più piacevoli, for-

Figura 13.3 Stipendio iniziale dei medici in base al genere, 1999-2008.

Fonte: Anthony T. Lo Sasso, Michael R. Richards, Chiu-Fang Chou and Susan E. Gerber, The \$16,819 Pay Gap For Newly Trained Physicians: The Unexplained Trend Of Men Earning More Than Women, Health Affairs, 30, no. 2 (2011): 193-201. Copyright © 2011 Project HOPE. Ristampato con il permesso.



se chiamate a casa, e un esame medico annuale. Tuttavia, i pazienti devono anche pagare per ogni visita dal medico, anche se il pagamento può essere rimborsato dall'assicurazione dopo che i pazienti compilano i moduli corretti. I pazienti devono anche pagare, le procedure mediche, i farmaci, le visite specialistiche e i ricoveri o avere un'assicurazione che li copra (Sack, 2009).

La pratica concierge è ovviamente una forma di medicina che solo i benestanti possono permettersi. Ancora più importante, serve ad allargare ulteriormente il divario tra i ricchi e i poveri, in termini di assistenza sanitaria. I poveri spesso non hanno l'assicurazione e sono relegati all'utilizzo del pronto soccorso ospedaliero per problemi medici di tutti i giorni, o a non avere per nulla l'assistenza medica. I benestanti, che utilizzano servizi di concierge o di altre pratiche mediche d'élite senza preoccuparsi se sono coperti da assicurazione, hanno medici di alta qualità e altri servizi medici a loro disposizione praticamente in ogni momento.

13.2.3 Infermiere

Naturalmente, ci sono molte altre occupazioni nel sistema sanitario, in particolare le infermiere (Riska, 2007). Storicamente, le infermiere non erano in grado di raggiungere lo status di professionista completo, e l'infermieristica era spesso considerata come una semi-profes-

sione (Etzioni, 1969). Mancava qualcosa che l'avvicinasse al potere, al prestigio, al reddito e all'autonomia della professione medica. Gran parte di questo fallimento aveva a che fare con l'enorme potere esercitato dalla professione medica e con il suo desiderio di mantenere occupazioni che avevano il potenziale per competere con essa in una posizione subordinata (Ocloo, 2010). Tuttavia, il fattore più importante è stato il fatto che l'assistenza infermieristica è una professione che era – ed è tuttora – prevalentemente femminile (Apesoa-Varano, 2007: 250-53). I maschi in posizioni di potere, non solo i medici ma anche i dirigenti di alto livello, come gli amministratori degli ospedali, erano generalmente contrari ad attribuire uno status professionale alle occupazioni dominate dalle donne; insegnanti e operatrici sociali subirono la stessa sorte delle infermiere. Tuttavia, i medici si affidano pesantemente alle infermiere perché le infermiere si impegnano, tra molte altre cose, nel «lavoro delle emozioni» ovvero l'assistenza emotiva ai pazienti (Lorber e Moore, 2002). Questa dipendenza dalle infermiere è rafforzata dal fatto che «la maggior parte delle persone credono che la cura venga naturale per le donne» (Weitz, 2008:308). Il risultato è stato che mentre i medici hanno quasi tutto il potere formale, le infermiere spesso hanno molto potere informale sulle decisioni quotidiane e il funzionamento di un ospedale.

Paul Starr riguardo alla medicina e all'assistenza sanitaria

Quando era un giovane assistente professore fuori ruolo di sociologia presso la prestigiosa Università di Harvard, Paul Starr esplose sulla scena accademica e pubblica con la pubblicazione di *The Social Transformation of American Medicine* nel 1983. Nel giro di un anno Starr era diventato il primo sociologo nella storia americana a vincere il Premio Pulitzer e il Premio Bancroft, così come altri premi. La sua carriera sembrava assicurata poiché un incarico di ruolo e una promozione ad Harvard lo attendevano, ma il mondo accademico rimase scioccato quando non ottenne una posizione permanente ad Harvard. Questo significava che era costretto a lasciare Harvard, e, anche se ciò fu scioccante e umiliante, atterrò in piedi con una posizione in sociologia presso l'altrettanto prestigiosa Università di Princeton, dove lavora tuttora.

The Social Transformation of American Medicine è stato un importante contributo ad una serie di settori, tra cui la sociologia della salute e della medicina, soprattutto per una comprensione storica della potente professione medica. Tra le altre cose, Starr era interessato ad esplorare storicamente perché gli Stati Uniti erano dominati dalla sanità privata piuttosto che da quella pubblica.

Nel 1990 Starr ha collaborato con superstar accademiche e importanti personaggi pubblici, Robert Kuttner e Robert Reich, fondando insieme a loro una rivista mensile, *The American Prospect*, che aveva un orientamento liberale e affrontava le idee, la politica, e i programmi politici, tramite cui attraeva e attrae un importante pubblico di liberali istruiti che sono propensi ad avere una voce potente su varie que-

stioni pubbliche. La rivista in generale e, in particolare, Starr hanno dedicato molta attenzione alla salute e alla medicina. Ad esempio, per il numero di novembre 2011 Starr ha scritto un saggio dal titolo «*The Medicare Bind*», in cui riconosce l'importanza di Medicare ma anche la necessità di riformarlo in vari modi. Un problema chiave riguarda i costi crescenti di Medicare per la società americana. Starr ritiene che sia stato un errore istituire un programma separato per gli anziani, e sostiene la necessità di ricondurre gli anziani alle stesse regole valide per tutti gli altri. Starr è a favore di un sistema equo e universale di assistenza sanitaria.

Starr ha pubblicato ampiamente sulla riforma sanitaria durante la presidenza di Bill Clinton, e ha continuato ad essere una voce attiva riguardo all'«*Obamacare*» sia in *The American Prospect* che in altre sedi. Ad un punto decisivo del dibattito sulle riforme della sanità di Obama, ha scritto un pezzo editoriale sul *New York Times* in cui sosteneva che i democratici dovrebbero sacrificare l'opzione pubblica – un piano di assicurazione sanitaria gestito dal governo pubblico in grado di competere con i piani privati – in cambio di disposizioni che consentono di ottenere il successo delle riforme (Starr, 2009). Dopo che la legge è stata approvata – senza l'opzione pubblica – Starr (2011a) ha scritto relativamente alle necessità più pratiche per ottenere l'attuazione della riforma sanitaria. Il libro più recente di Starr è *Remedy and Reaction: The Peculiar American Struggle Over Health Care Reform* (2011b) che si occupa di questa storia dei piani di assistenza sanitaria di Clinton e Obama e delle ragioni per cui l'assistenza sanitaria è un tema così controverso.

Naturalmente, i pazienti e le professioni e le occupazioni sanitarie sono solo una piccola parte del sistema sanitario americano, che comprende anche, tra molti altri elementi, scuole mediche, ospedali pubblici, privati e gestiti dal governo, compagnie di assicurazione medica; organizzazioni di cura della salute (HMO), società farmaceutiche, e il coinvolgimento del governo statale e federale, in particolare attraverso Medicaid e Medicare.

13.2.4 Carenze del sistema sanitario degli Stati Uniti

Vi è un ampio consenso sul fatto che il sistema americano di assistenza sanitaria è pesantemente difettoso (Galston, Kull e Ramsay, 2009). Uno dei problemi principali è l'elevato e rapido aumento dei costi. Gli Stati Uniti spendono circa il 16 per cento del loro prodotto interno lordo per l'assistenza sanitaria, ed è previsto un aumento a quasi il 20 per cento entro il 2017. Di tutti i paesi del mondo, solo Timor Est spende di più in termini percentuali. Nel 2009, gli Stati Uniti hanno speso 2.500 miliar-

di di dollari, o più di 8.000 dollari per persona, per l'assistenza sanitaria. I costi dell'assicurazione sanitaria stanno aumentando rapidamente. Molte persone sono costrette al fallimento a causa della loro incapacità di pagare le loro spese mediche. Tra le ragioni dell'alto costo vi è l'amore americano nei confronti di costose tecnologie mediche avanzate come la risonanza magnetica per immagini (MRI), l'aumento dei prezzi in tutto il sistema sanitario, il concetto culturale che gli americani hanno diritto alla migliore assistenza sanitaria possibile, l'invecchiamento della popolazione che spende in proporzione di più per l'assistenza sanitaria rispetto ad altri gruppi di età, e il fatto che i costi per tutti tendono ad aumentare per il gran numero di americani benestanti disposti a spendere quasi qualunque cifra per rimanere in buona salute o per riprendersi da una malattia.

Benché spenda più di qualsiasi altro paese in modo assoluto e pro capite, il sistema sanitario degli Stati Uniti va male in confronto ai sistemi di assistenza sanitaria in altri paesi. L'aspettativa di vita negli Stati Uniti è al

50° posto nel mondo (*CIA World Factbook*, stima per il 2012), la mortalità infantile è più alta rispetto a molti altri paesi industrializzati (*CIA World Factbook*, stima per il 2012); gli Stati Uniti vanno male in confronto ad altre nazioni in termini di prestazioni complessive del sistema, e decine di migliaia di americani muoiono ogni anno a causa di una mancanza di cure mediche (Wilper et al. 2009).

Le disuguaglianze nel sistema sanitario americano

Ci sono grandi disparità nel sistema sanitario americano. I benestanti negli Stati Uniti possono permettersi le cure mediche che desiderano così come le politiche di assicu-

razione sanitaria «Cadillac» che pagano almeno una parte dei costi. Al contrario, più del 16 per cento degli americani hanno poco o niente per pagare per l'assistenza sanitaria, e quasi 50 milioni non hanno l'assicurazione sanitaria (si veda la Fig. 13.4). Il numero dei non assicurati è aumentato drammaticamente dopo il 2008 a seguito della Grande Recessione. Molti altri sono sotto-assicurati. Le disuguaglianze che esistono negli Stati Uniti in materia di salute e di assistenza sanitaria – e ovunque nel mondo – sono ingiuste, artificiali, indesiderabili e probabilmente evitabili (Lahelma, 2007). Tra le principali disuguaglianze vi sono quelle basate sulla classe sociale, la razza e il genere.

Approfondimenti

Il sistema sanitario Italiano

I principi di giustizia e di solidarietà sociale si concretizzano attraverso i servizi di welfare ed è proprio alla luce di questi principi che si realizzò il primo Servizio sanitario nazionale (Ssn), quello britannico (*Health National Service*, HNS). Nelle democrazie occidentali (tra cui quella italiana), basate proprio sulla solidarietà sociale, il diritto alla salute come diritto sociale pretende siano garantiti a tutti «standard minimi» di prestazioni o di cure sanitarie, onde onorare il principio fondamentale di eguaglianza di cittadinanza. I modelli solidaristici, tipici delle istituzioni liberal-democratiche, ritengono che ogni persona abbia pari dignità sociale e lo stesso diritto di intraprendere qualsiasi esperimento di vita, preoccupandosi al contempo di tutelare la collettività e di creare servizi sociali di assistenza.

All'interno del modello solidaristico italiano, il diritto alla salute – nonostante sia collocato all'interno dell'ordinamento giuridico italiano nell'ambito dei rapporti etico-sociali (art. 32 della Costituzione italiana), non è meno rilevante di altri principi contenuti nei diritti fondamentali. Esso costituisce, quindi, una garanzia dal punto di vista costituzionale, diventando un preciso diritto dell'individuo. Proprio partendo da tale modello, ispirato alla solidarietà sociale, l'art. 32 della costituzione italiana sancisce il principio secondo il quale «*la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti*», come pure nell'art. 1 della legge n. 833 del 1978, istitutiva del Ssn si dice che «*la salute, individuale e collettiva, è tutelata per mezzo del Ssn, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana nelle tre fasi di promozione, mantenimento e recupero della salute*».

Il Servizio sanitario nazionale italiano si fonda sull'accesso universale all'erogazione delle prestazioni sanitarie e si fonda sui seguenti principi (www.ministerosalute.it; Ministero della salute, 2003): «dignità della persona umana, protezione, necessità, solidarietà, efficacia ed adeguatezza degli interventi, rapporto costi-efficienza, equità».

In Italia, dagli anni Novanta del secolo scorso e all'inizio del millennio, nel corso del processo di attuazione delle misure di riorganizzazione del Ssn, il ruolo delle regioni ha acquistato sempre più importanza. Tale tendenza è in linea con l'importanza già assegnata a tale struttura istituzionale con la Legge n. 833/78 sulla riforma sanitaria, che assegna nuove funzioni, come la pianificazione della sanità regionale o la gestione del sistema sociale e sanitario così come la distribuzione del Fondo sanitario regionale. Abbiamo assistito, pertanto, alla creazione di servizi sanitari regionali, abbastanza differenziati l'uno dall'altro. L'autonomia nell'istituzione di un sistema sociale e sanitario ha condotto alla costituzione di differenti modelli regionali. In effetti, tale diversità è inevitabile, soprattutto se si considerano le notevoli differenze di natura territoriale, economica e socio-culturale tra regioni che determinano politiche sanitarie e livelli di servizio differenti e specifici. Il processo di riorganizzazione del Ssn iniziato nel 1992 – e proseguito negli ultimi vent'anni con ulteriori regole di attuazione – tuttavia, non ha condotto all'adozione uniforme e completa della riforma, in particolare per quanto riguarda i servizi sanitari regionali. Questo ritardo può essere attribuito sia ai governi regionali sia al governo nazionale che hanno continuato per la loro strada fin dall'avvio delle riforme.

Ad oggi, il Ssn in Italia è concepito come un sistema in cui le risorse del sistema sanitario sono state trasferite dal governo nazionale ai governi regionali e le tipologie di servizi forniti sono suddivise in base a Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA) e di Prestazione (LEP), che si differenziano tra servizi gratuiti (per i quali le prestazioni sono garantite dalla fiscalità generale) e servizi parzialmente a pagamento (per i quali le persone pagano un ticket). Il governo nazionale e i governi regionali devono accordarsi sugli obiettivi sanitari da perseguire entro un determinato periodo di tempo, così come indicato nel Piano sanitario nazionale (Psn), ed è responsabilità delle regioni determinare i mezzi

più efficaci per raggiungerli. Il controllo sulla realizzazione dei contenuti del Piano sanitario nazionale nel suo insieme resta, invece, nelle mani del governo centrale-nazionale.

Quale sostenibilità del welfare sanitario?

È ora opportuno aprire una riflessione sulle nuove tendenze adottate recentemente dai sistemi sanitari dei paesi a tradizione democratica per fronteggiare un duplice problema: la scarsità di risorse da un lato e l'aumento e la diversificazione della domanda di cura dall'altro. In questo scenario si fa delicata la questione della cittadinanza sanitaria e quindi dell'inclusione/esclusione dalle forme di assistenza dei « non aventi pieno diritto » alle cure, tra i quali rientrano alcune tipologie di utenti (si vedano ad esempio gli immigrati).

L'Italia sta attraversando, insieme ad altri paesi occidentali, la più grave crisi dal dopoguerra ad oggi, una crisi nata come finanziaria, divenuta poi economica e le cui ricadute, oggi, si riflettono anche nel campo sociale. Alla gravità della situazione vanno aggiunte alcune peculiarità tipiche del nostro paese che rendono lo scenario ulteriormente vulnerabile: la dimensione del debito pubblico, la resistenza all'innovazione sul fronte economico, e in vari casi, l'inadeguatezza del welfare sul piano sociale. I vincoli di rientro imposti dall'Unione Europea riguardano il ridimensionamento anche di quei capitoli di spesa che, nonostante siano stati stabilizzatori automatici per attenuare gli effetti della crisi sul benessere della popolazione, risultano comunque troppo onerosi per le finanze pubbliche.

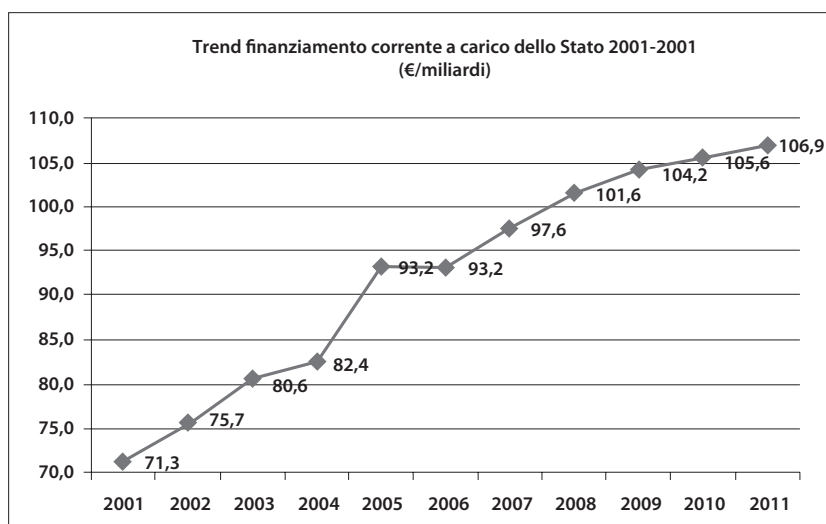
La necessità di perseguire un ridimensionamento della spesa destinata alla tutela della salute apre un dibattito su qua-

li debbano essere i nuovi pilastri della sanità e quali i destinatari delle sue prestazioni. Il mito del « tutto a tutti e per di più gratis » non risulta più praticabile in questo contesto e induce ad aprire una riflessione su chi « merita » di ricevere assistenza. Dare poco a tutti o dare tutto a pochi è la domanda centrale sulla quale si stanno interrogando i sistemi sanitari attuali, una questione che rimanda a due importanti principi delle società liberaldemocratiche: la libertà di scelta e la responsabilità individuale. La prima sta a indicare la possibilità di scegliere quale stile di vita seguire, mentre la seconda sottende i rischi relativi (uso di alcol, fumo, cibi malsani, ecc.) a tali scelte e le conseguenze che queste hanno sulla salute collettiva e sulla spesa pubblica. Se nei sistemi universalistici si riteneva che tanto l'individuo che preferisce uno stile di vita « sregolato » quanto colui che conduce una vita accuratamente riflessiva avessero ugual diritto di essere adeguatamente assistiti, in condizioni di scarsità di risorse questa logica potrebbe essere messa in discussione. La libertà di scelta non è più considerata un principio inattaccabile ma, piuttosto una scelta determinante anche per l'intera collettività, sia in termini di rischi diretti (si pensi al fumo passivo) sia in termini di distribuzione delle risorse e di scelte di destinazione. La questione delle responsabilità individuali è stata sollevata perché potrebbe essere la linea di demarcazione che separa gli aventi diritto dai non aventi diritto di cure. Questo tema non è l'unico a essere stato individuato per segnare il confine tra inclusione ed esclusione dalle cure: anche lo stato giuridico è stato considerato in più occasioni una possibile demarcazione. E, nonostante la cura di alcune categorie di immigrati (irregolari, minori figli

Figura 1

Fonte: Ministero della salute (salute.gov.it).

Il finanziamento del SSN



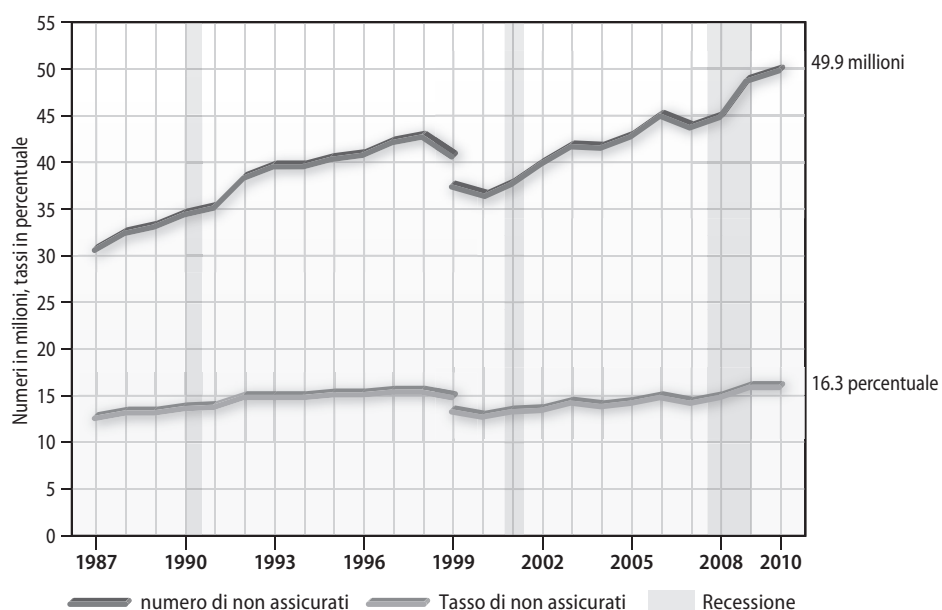
di irregolari e famigliari ricongiunti) sia sempre stata oggetto di discussione, essa è ritornata nel dibattito pubblico proprio ora che si fa inevitabile la razionalizzazione della spesa sanitaria.

In questo scenario è fondamentale individuare nuove modalità di finanziamento per servizi e prestazioni che coinvolgano attori finanziatori ed erogatori non solo pubblici, nonché trovare soluzioni capaci di garantire cure ad ampio rag-

gio e, allo stesso tempo, in grado di assicurare sostenibilità ai bilanci pubblici. Obiettivo da non perdere di vista è la riduzione delle disuguaglianze di accesso e di fruizione dei servizi da perseguire ricercando forme di compartecipazione alla spesa sanitaria proporzionali al reddito, che non costringano le famiglie di reddito medio-basso a scegliere tra una spesa onerosa e una rinuncia alla cura finché lo stato di salute lo permette.

Figura 13.4 Mancanza di copertura sanitaria negli Stati Uniti, 1987-2010.

Fonte: DeNavas-Walt, Carmen, Bernadette D. Proctor, and Jessica C. Smith, U.S. Census Bureau, Current Population Reports, P60-239, Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2010, U.S. Government Printing Office, Washington, DC, 2011.



Globalizzazione

Assistenza sanitaria in Messico

L'assistenza sanitaria negli Stati Uniti è un tema politico caldo e che probabilmente continuerà ad essere caldo dal momento che i costi sanitari continuano incredibilmente ad aumentare e l'invecchiamento della popolazione porta ad un bisogno sempre crescente di assistenza sanitaria. La mancanza di assistenza sanitaria universale negli Stati Uniti, anche con le riforme avviate sotto l'amministrazione di Barack Obama, sono spesso paragonate in modo sfavorevole alla sanità più universale disponibile in altri paesi, soprattutto

in Europa (Russell, 2006). Tuttavia, molto più vicino a casa, il Messico ha anche, almeno in teoria, un piano sanitario universale.

Nel 2000, circa la metà di tutti i messicani non erano coperti da assicurazione sanitaria. Mentre coloro che detenevano lavori stipendiati erano coperti dall'Istituto messicano di sicurezza sociale e un piccolo numero di messicani ricchi avevano assicurazioni private, molte persone ne erano escluse tra cui gli agricoltori, i lavoratori autonomi, i lavoratori part-

time, e simili. Tuttavia, nel 2006 il governo ha approvato una legge che aveva come obiettivo la fornitura di assistenza sanitaria per tutti i messicani. Almeno sulla carta, tutti i messicani che erano senza copertura sanitaria sono, o saranno presto, iscritti nel piano di assicurazione sanitaria. Di fatto, molti messicani poveri stanno già ricevendo un trattamento medico che non sarebbero stati in grado di permettersi in passato.

La questione è se milioni di messicani stanno ricevendo, o saranno in grado di ottenere, l'assistenza sanitaria promessa loro dal governo, poiché il bilancio per l'assistenza sanitaria per l'intero paese è di soli 12 miliardi di dollari. Questo è mitigato, però, dal fatto che la popolazione del Messico è relativamente giovane, meno del 10 per cento dei messicani ha più di 60 anni. Una popolazione più giovane è meno probabile che abbia bisogno di assistenza sanitaria, in particolare nelle forme molto costose necessarie alle popolazioni più anziane degli Stati Uniti e dell'Europa.

Tutti i messicani hanno avuto la possibilità dal 2004 di firmare per il Seguro Popular, l'«assicurazione popolare», che copre una vasta gamma di servizi medici e farmaci, oltre ad offrire un po' di copertura nel caso di una malattia catastrofica. Le persone sono tenute a pagare una quota annuale per il programma, ma in realtà pochi lo fanno. Il programma è sotto-finanziato, e il suo budget permette una cifra di solo circa 200 dollari per paziente. Inoltre, il denaro non è distribuito equamente in tutto il paese. Il denaro viene assegnato agli stati in base ai numeri di persone iscritte al programma in ogni stato. È nell'interesse degli Stati iscrivere quante più

persone possibile, ma non sono ritenuti responsabili per il modo in cui il denaro viene speso. Di conseguenza, come il direttore di un gruppo di controllo ha detto, «Ci sono persone iscritte sulla carta, ma non ci sono medici, medicine o letti di ospedale» (Malkin, 2011) e, di conseguenza, esiste una grande variabilità nella sanità da uno Stato messicano ad un altro. Al fine di ottenere cure adeguate, alcune persone possono dover andare in un altro stato e stare accampati lì fino a quando la cura è disponibile e fino a quando non è completata. Di conseguenza, le strutture sanitarie in alcuni stati sono sovraffollate da persone che provengono da altri stati. L'assistenza sanitaria in Messico è ancora lungi dall'essere universale, ma è ancora un processo in corso.

Tali sistemi di assistenza sanitaria sono i migliori visti in prospettiva comparata (World Health Organization, 2000b, 2010). Mentre il Messico continua a lottare per attuare il suo tentativo per l'assistenza sanitaria universale, sia i paesi sviluppati che quelli in via di sviluppo hanno fornito un'assistenza universale molto più efficace. Ad esempio, la Thailandia è in grado di fornire una copertura universale ai suoi cittadini per una media di 136 dollari pro capite – offrendo un'assistenza più ampia per un prezzo più conveniente rispetto al Messico o agli Stati Uniti (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2010b). Grazie alla qualità delle cure in Thailandia e in altri paesi in via di sviluppo, sono ora tra le principali destinazioni in un sistema globale di «turismo medico», in cui i pazienti provenienti da paesi sviluppati si recano in questi paesi per ricevere un'assistenza sanitaria più accessibile e di alta qualità (L. Turner, 2007).

Classe sociale e salute

Esiste una relazione in gran parte invariante tra classe sociale e salute – più bassa è la classe sociale di una persona, più la sua salute rischia di essere scarsa (Warren e Hernandez, 2007). Questa relazione vale in tutti i paesi (anche se ci sono variazioni da paese a paese) e nel corso del tempo; in realtà, le disuguaglianze si sono generalmente ampliate nel corso degli anni.

Ci sono una serie di cause per le differenze di classe sociale nella salute (Lahelma, 2007). In primo luogo, vi sono le condizioni in cui vivono i bambini, poiché differenze iniziali possono avere conseguenze di lunga durata per la salute. Così, vivere in condizioni di povertà o in una famiglia divisa può contribuire ad una cattiva salute nell'infanzia e quindi in seguito nella vita (Duncan, Ziolo-Guest, e Kalil, 2010). In secondo luogo, anche le condizioni nell'età adulta influenzano la salute. Fattori che contribuiscono ad una scarsa salute fisica e mentale tra gli adulti includono cattive condizioni di vita, in particolare quelle associate a vivere in quartieri urbani malsani (Cockerham, 2012), vite lavorative che sono poco gratificanti economicamente e psicologicamente e alti livelli di stress. In terzo luogo, una serie di comportamenti relativi alla salute contribuiscono alle disuguaglianze nella salute. Questi includono, la maggiore probabilità

che i membri delle classi inferiori utilizzino droghe illegali, fumino, bevano eccessivamente e siano obesi a causa di cattive abitudini alimentari e in mancanza di esercizio fisico. Infine, la presenza o l'assenza di assistenza sanitaria in generale, e di assistenza sanitaria di alta qualità, in particolare, possono svolgere un ruolo enorme nelle disuguaglianze nella salute. Coloro che vedono i medici in pratiche *concierge* hanno più probabilità di avere una salute migliore rispetto a quelli che non ricevono l'assistenza sanitaria o la ricevono sporadicamente dal pronto soccorso degli ospedali (Gawande, 2011).

Un buon esempio della relazione tra classe sociale e salute è da ricercarsi nelle conseguenze negative per la salute associate al fumo (Marmor, 2005). Negli anni Cinquanta i membri delle classi sociali superiori avevano più probabilità di quelli delle classi inferiori di essere fumatori. Questa differenza era dovuta, in parte, all'influenza del cinema che rendeva attraente il fumo, i viaggi e il romanticismo (Kimmel, 2009). Tuttavia, entro gli anni Sessanta erano quelli delle classi sociali più basse che erano più propensi a fumare. È stato in questo periodo che le conoscenze mediche sugli effetti negativi per la salute del fumo sono diventate più conosciute e pubblicizzate. Tuttavia, mentre la conoscenza si è diffusa ra-

pidamente nelle classi superiori, ha avuto molte più difficoltà a farsi strada verso e nelle classi inferiori (Phelan et al., 2004: 269; Phelan, Link e Tehranifar, 2010). Un fattore chiave è il livello di istruzione più basso nelle classi inferiori e una maggiore incapacità di accedere e comprendere l'attività di ricerca e di dati disponibili sugli effetti negativi del fumo. In ogni caso, al giorno d'oggi le classi inferiori soffrono molto di più gli effetti negativi del fumo di quanto non facciano le classi superiori. Più avanti nel capitolo si discuterà il rapporto tra la globalizzazione e il fumo.

Un altro esempio del rapporto tra salute e classe sociale riguarda la probabilità di partecipare a studi clinici per nuove procedure chirurgiche, screening di malattie o terapie farmacologiche. Il fatto è che la stragrande maggioranza delle persone che partecipano a tali sperimentazioni sono persone delle classi medie e superiori. Sono loro che hanno più probabilità di trarre beneficio da queste in una fase iniziale del loro sviluppo e di diffondere informazioni in proposito, con ogni eventualità ad altri nella loro classe sociale (Braveman et al, 2005; Clougherty e Cullen, 2010).

Razza/etnia e salute

Il rapporto tra razza/etnia e salute è strettamente legato a quello tra classe sociale e salute. Negli Stati Uniti, ad esempio, i bianchi hanno più probabilità di essere nelle classi medie e superiori, mentre i neri e gli ispanici sono sproporzionatamente presenti nelle classi inferiori. Nel complesso, i bianchi tendono ad avere una salute migliore rispetto ai neri (e agli ispanici). Di conseguenza, i neri hanno una speranza di vita che è di 4,8 anni *più breve* rispetto a quella dei bianchi (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2011).

Perché i neri hanno una salute peggiore rispetto ai bianchi? Il razzismo, sia oggi che come eredità del passato, svolge un ruolo importante. In seguito ad esperimenti sui corpi delle donne nere durante la schiavitù, così come a studi clinici notoriamente immorali, come gli esperimenti di Tuskegee (si veda il capitolo 3), molte donne e uomini neri hanno grande sfiducia verso il sistema medico americano a causa di quello che considerano come la sua pratica di razzismo medico (C. Collins e Williams, 2004). I neri hanno grande difficoltà a ottenere la formazione di cui hanno bisogno per ottenere occupazioni di livello superiore ed i redditi superiori ad esse associati (US Census Bureau, 2011b, 2011c). Anche se sono in grado di ottenere una tale educazione, possono comunque non essere in grado di ottenere quei posti di lavoro e il reddito che ne deriva. Di conseguenza, hanno meno probabilità di avere la migliore assicurazione sanitaria, o di non averla, o di avere i soldi per farsi visitare da operatori sanitari, tantomeno regolarmente. L'assistenza sanitaria che si ottiene dal pronto soccorso, dagli ospedali pubblici o dai medici più marginali rischia di essere inferiore. Anche se possono permettersi una cura migliore, gli uffici e i centri che offrono tale assistenza sanitaria

possono essere lontani e/o in ostili quartieri bianchi della classe media e superiore. I neri hanno anche maggiori probabilità di essere trattati meno bene, o addirittura maltrattati, da parte del sistema sanitario (Perloff et al., 2006; Wasserman, Flannery, e Clair, 2007). Di conseguenza, sono più propensi a sottoutilizzare quel sistema, a non utilizzarlo affatto, o ad usare medicine alternative (come guaritori popolari e tramite preghiere). Hanno anche maggiori probabilità di essere scoraggiati dalla sotto-rappresentazione dei neri nelle posizioni e nelle occupazioni di alto livello nell'assistenza sanitaria. I neri hanno più probabilità di essere relegati in quartieri e in condizioni che incidono negativamente sulla loro salute, come vivere vicino a discariche di rifiuti dove vengono contaminate la terra, l'aria e l'acqua e in appartamenti o case con vernice a base di piombo che rappresenta un rischio per la salute, soprattutto per i bambini piccoli (Crowder e Downey, 2010). Nuru-Jeter e colleghi (2008) hanno scoperto che lo stress associato con il razzismo in tutto il corso della vita influenza negativamente il tasso di mortalità delle donne e dei neonati neri.

Le condizioni possono migliorare per i neri e le altre minoranze razziali/etniche in futuro, quando nuove riforme sanitarie entreranno in vigore – un argomento che sarà discusso più avanti nel capitolo. In direzione di tale miglioramento è pure indicativo il fatto che la ricerca finanziata dal *National Institutes of Health* deve ora includere un numero proporzionale di minoranze razziali/etniche a meno che i ricercatori ricevano una dispensa speciale per evitare questo requisito. In parte, questo è il risultato di lamentele provenienti da sociologi, attivisti delle minoranze, e altri (S. Epstein, 2009). Conoscere di più sugli specifici problemi di salute dei neri dovrebbe portare ad una prevenzione ed un trattamento migliori.

Genere e salute

In superficie, le disuguaglianze nella salute non sembrano essere un problema che affligge le donne in quanto la loro aspettativa di vita in tutto il mondo occidentale è superiore a quella dei maschi per un significativo margine. Tuttavia, come abbiamo visto nel capitolo 10, anche se le donne vivono più a lungo, vi è una diffusa, anche se non pienamente accolta, opinione che godano di una salute peggiore durante la loro vita rispetto agli uomini (Shinberg, 2007).

Un buon esempio di un ambito in cui le donne sono svantaggiate rispetto agli uomini sono le malattie coronariche. Gli uomini hanno più probabilità di avere questa malattia rispetto alle donne, ma il divario si sta riducendo poiché sempre più donne fumano – un importante fattore di rischio nelle malattie cardiache. Le cure mediche aiutano nella prevenzione e nel trattamento della malattia coronarica; tuttavia, hanno ridotto la malattia più per gli uomini che per le donne. I medici sono meno propensi a dare attenzione alle donne con sintomi coronarici e a prescrivere loro gli esami diagnostici necessari (A. Adams et al., 2008; Ayanian e Epstein, 1991).

Le donne hanno maggiori probabilità di non ricevere una cura se non quando la malattia è in fase avanzata, e hanno più probabilità di dover subire un intervento chirurgico d'urgenza per curarla. Si hanno meno informazioni riguardo le malattie cardiache nelle donne perché in passato tendevano a non essere incluse negli studi epidemiologici e clinici. Anche se la malattia è un po' diversa negli uomini e nelle donne, i risultati di ricerca sugli uomini sono semplicemente stati estesi alle donne.

La malattia coronarica è correlata allo stress, e le donne sembrano sperimentare uno stress maggiore in gran parte perché hanno minori probabilità di avere il controllo delle situazioni in cui si trovano. Al lavoro, hanno più probabilità di essere occupate in posti di lavoro di livello inferiore che danno loro meno controllo su quello che fanno, oltre ad offrire meno sicurezza e meno ricompense finanziarie. Quando le donne lavorano, c'è per molte lo stress aggiuntivo della necessità di continuare a gestire le responsabilità della casa, tra cui l'educazione dei figli (cfr. capitolo 10).

Le donne hanno sperimentato un processo di medicalizzazione di aspetti della loro vita che le riguardano in modo specifico. La **medicalizzazione** comporta la tendenza ad etichettare come malattia un fenomeno o una sindrome non precedentemente considerata come tale e comporta anche la tendenza ad esagerare le capacità della medicina di gestire tale fenomeno o sindrome (Conrad, 1986; Conrad, Mackie, e Mehrota, 2010; Conrad e Schneider, 1980). Come discusso in precedenza, la medicalizzazione è particolarmente evidente nel caso del parto. Forse l'esempio più famoso di un aspetto femminile che è stato medicalizzato è l'orgasmo femminile. Questo è stato a lungo considerato non come un aspetto naturale della sessualità femminile, ma piuttosto come una malattia «isterica» che richiedeva attenzione medica (Maines, 2001). Molti altri aspetti della salute delle donne sono stati medicalizzati in questi ultimi anni tra cui la sindrome premestruale (PMS), la sterilità e la menopausa. Nel complesso, si potrebbe sostenere che le donne ricevono troppo poca attenzione medica in alcuni settori cruciali (quali assistenza coronarica), e troppa assistenza medica in altre aree (come il parto).

La riforma sanitaria negli Stati Uniti

Sulla scia dei tipi di problemi discussi in precedenza, in particolare quelli che si riferiscono alle differenze di classe sociale, una nuova legislazione sanitaria è stata convertita in legge nel 2010. Tra gli aspetti chiave di questa legge vi sono i seguenti:

- La copertura assicurativa sanitaria sarà estesa a ulteriori 32 milioni di persone entro il 2014, entro il 2019 circa il 95 per cento degli americani avrà un'assicurazione sanitaria.
- La copertura di Medicaid è estesa ai poveri, permettendo loro redditi fino al 133 per cento della soglia di povertà federale (attualmente 14.000 dollari per un

individuo e più di 29 mila dollari per una famiglia di quattro persone).

- Praticamente tutti gli americani saranno tenuti ad avere l'assicurazione sanitaria (o saranno multati). I datori di lavoro con più di 50 dipendenti saranno tenuti a fornire loro l'assicurazione sanitaria o saranno multati.
- Le compagnie di assicurazione sanitaria non potranno respingere i richiedenti perché hanno malattie/condizioni pre-esistenti, praticare tariffe eccessive o annullare le polizze dopo che gli assicurati si ammalano (Cockerham, 2012).

Anche se la legge di riforma sanitaria aveva molte caratteristiche lodevoli, non ha creato l'opzione pubblica desiderata da molti. Ciò avrebbe fornito un'assicurazione pubblica conveniente e a basso costo, per coloro che non potevano permettersi un'assicurazione privata. L'opzione pubblica avrebbe aiutato a rendere i costi di assicurazione sanitaria privata più competitivi perché le persone avrebbero avuto la possibilità di scegliere il piano pubblico. Gli assicuratori privati sarebbero stati costretti a offrire tariffe competitive rispetto all'opzione pubblica. Con la mancata approvazione dell'opzione pubblica, tra gli altri fallimenti, non è probabile che le riforme contribuiranno molto a risolvere il problema dei costi elevati e in costante aumento dell'assistenza sanitaria.

13.2.5 Consumismo e Assistenza Sanitaria

Storicamente, la riflessione sull'assistenza sanitaria era caratterizzata dalla tendenza a concentrarsi sui «produttori» di assistenza sanitaria, in particolare medici, infermieri, altri operatori sanitari, e agenzie governative, ma anche compagnie di assicurazione, Medicare e Medicaid. Benché molta attenzione continui ad essere dedicata a tutti questi produttori di assistenza sanitaria, diversi decenni fa si è iniziato a spostare l'interesse in direzione dei consumatori di tali cure. Un maggior numero di pazienti hanno iniziato a rendersi conto che non dovevano semplicemente accettare ciò che era stato loro offerto da medici, ospedali e altri, ma riconoscevano di essere consumatori di tali servizi più o meno allo stesso modo in cui lo erano di molti altri servizi (e merci).

Ciò era dovuto, in parte, alla de-professionalizzazione dei medici. Nel momento in cui i medici erano ormai percepiti come professionisti meno potenti, era sempre più facile per i pazienti interrogarli. Allo stesso tempo, le domande crescenti promuovevano il declino dello status e del potere dei medici. L'entrata del consumismo in medicina ha portato ad un aumento della ricerca di opzioni tra vari medici e della messa in discussione delle loro diagnosi e raccomandazioni di trattamento. Il miglior esempio di crescente consumismo nella medicina contemporanea è associato alla decisione da parte delle aziende farmaceutiche di aumentare le vendite di farmaci da prescrizione attraverso un appello diretto ai consu-

matori utilizzando messaggi pubblicitari accattivanti nei giornali, nelle riviste, su Internet e in televisione.

La valanga è iniziata nel 1997, quando la *Food and Drug Administration* (FDA) ha iniziato ad allentare le restrizioni sulle pubblicità dei farmaci che erano prescritti direttamente ai consumatori. Le aziende farmaceutiche hanno sempre integrato la loro commercializzazione ai medici attraverso annunci sui giornali medici, addetti alle vendite, campioni gratuiti, e altri media. Il marketing diretto è rivolto al consumatore finale dei prodotti farmaceutici – i pazienti (Stephen Morgan, 2007). L'ironia è che, in generale, i pazienti non possono riuscire ad ottenere questi farmaci da soli, hanno bisogno di prescrizioni dai loro medici. Così l'idea è quella di motivare i pazienti a chiedere ai loro medici, e in alcuni casi esigere, le prescrizioni desiderate. Le prove mostrano che ciò funziona, e di conseguenza le aziende farmaceutiche sono diventate attori sempre più onnipresenti nei media (ad esempio, N. Singer, 2009).

13.2.6 Internet, consumo di assistenza sanitaria, e televisite

Internet è stato coinvolto nel consumo di sanità (e-sanità), in vari modi. Il primo, e più ovvio, è nel permettere alle persone di trovare fornitori di assistenza sanitaria di tutti i tipi più facilmente. Internet è una grande risorsa per la ricerca di fornitori, di specialità, a livello locale, nazionale e anche mondiale. Non è solo possibile trovare i nomi e gli indirizzi dei fornitori su Internet, ma soprattutto un sacco di informazioni su di loro che sono disponibili online. Ad esempio, si può ottenere la classifica dei fornitori di assistenza sanitaria, nonché informazioni da precedenti pazienti circa le loro esperienze e le loro raccomandazioni. Vi è anche una ricchezza di informazioni e di valutazioni disponibili sui prodotti farmaceutici, sulle tecnologie mediche e sulle cure alternative.

La crescente quantità di dati di tutti i tipi relativi all'assistenza sanitaria su Internet permette al consumatore-paziente di diventare un consumatore molto più consapevole dei servizi e dei prodotti di assistenza sanitaria. Al momento, la maggior parte delle informazioni su Internet sono sparse, numerose e non sistematiche. Un altro problema è che non c'è collegamento con gli individui, le loro malattie e le loro esigenze specifiche. I consumatori-pazienti possono comparare le alternative di acquisto per cure mediche su Internet in modo molto simile a quanto fanno per i loro acquisti di automobili, televisori, e tariffe aeree (Konrad, 2009). Per esempio, ci sono siti (come ad esempio www.Pricedoc.com e www.healthcarebluebook.com) su cui le persone possono confrontare i prezzi di tutto, dai vaccini influenzali e dalle visite mediche annuali alla mastectomia e agli interventi chirurgici intestinali. Le compagnie di assistenza sanitaria stanno sempre più fornendo prezzi on-line, per esempio, delle visite ambulatoriali e delle procedure mediche. Internet è diventato una fonte globale di informazioni mediche. Un esempio specifico riguarda un sito web –

www.malecircumcision.org – progettato per far fronte alla mancanza di informazioni, e ai miti relativi, alla circoncisione e all'HIV/AIDS (McNeil, 2009). Ciò è particolarmente importante in Africa, dove l'HIV/AIDS, come vedremo in seguito, è dilagante. È importante, soprattutto per gli africani, sapere che studi svolti in quel continente hanno dimostrato che la circoncisione riduce il rischio di trasmissione sessuale dell'HIV/AIDS di ben il 60 per cento. Tuttavia, un mito che viene trattato nel sito web è che dopo la circoncisione gli uomini non hanno più bisogno di usare il preservativo per prevenire l'HIV/AIDS. Naturalmente, l'esistenza del divario digitale (si veda il capitolo 8) e la mancanza di accesso ai computer e a Internet rendono molto più difficile che tali informazioni raggiungano le persone in Africa – e altrove – che ne hanno più bisogno.

Internet apre anche una gamma globale di punti di vista, possibilità e alternative per i consumatori di beni e servizi medici. I consumatori sono maggiormente in grado di rendersi consapevoli delle alternative disponibili in altre parti del mondo, ottenere informazioni e consigli a riguardo e trovare il modo di ottenerli. Dal lato positivo, questo dà ai consumatori di sanità un migliore accesso alla maggior parte dei beni e servizi e molte più scelte e opzioni. C'è anche una vasta gamma di beni e servizi medici alternativi che si possono trovare su Internet, e potrebbero rivelarsi utili, anche salvavita. Dal lato negativo, questo è un territorio globale relativamente nuovo e non regolamentato, ed è molto più probabile che il consumatore ottenga prodotti e servizi medici disonesti.

Il risultato netto di quanto sopra è che un paziente che utilizza queste risorse sarà un consumatore di servizi e prodotti medici nettamente migliore, più sofisticato, competente e indipendente. Ad esempio, molti prodotti e servizi possono essere ottenuti legalmente e illegalmente – e spesso più a buon mercato – attraverso Internet senza passare attraverso un intermediario associato al sistema di assistenza sanitaria (Krauss, 2004; Naples, 1999). Anche una serie di test che possono essere eseguiti a casa sono disponibili online, come il test del DNA che può essere ottenuto per 349 dollari per un individuo e per 698 dollari per una coppia (Pollack, 2010). Questi test possono essere utilizzati da persone e coppie per determinare da soli se sono portatori di malattie pericolose per la vita come la fibrosi cistica, che potrebbe presentarsi nei loro figli. Tuttavia, ci sono preoccupazioni riguardo al fatto che queste prove potrebbero non essere affidabili, dando a chi li utilizza un falso senso di sicurezza, che i costi sono troppo alti, che la privacy dei risultati del test potrebbe non essere garantita e che le persone che si affidano a questi test potrebbero non ricevere i consigli esperti di professionisti medici competenti (Brody 2009).

Ci sono altri problemi connessi con l'uso di Internet per il consumo sanitario. Ad esempio, vi è la possibilità di ottenere farmaci falsi, e forse inefficaci, oltre a servizi e informazioni fasulle di vario tipo. Al culmine della

paura globale riguardo a una pandemia di influenza H1N1 (si veda pagina 420), Internet era pieno di false pretese relative a gel curativi e spray «agli ioni d'argento», così come annunci per un falso Tamiflu, un farmaco antivirale (Wayne, 2009). Anche se i consumatori possono diventare più sofisticati, esplorando le informazioni mediche su Internet, non sono competenti in medicina e quindi probabilmente in grado di comprendere appieno i vantaggi e gli svantaggi di ciò che è disponibile. Di conseguenza, hanno più probabilità di essere ingannati in vari modi.

Internet è anche una risorsa sempre più importante per gli operatori sanitari, che possono ottenere informazioni su nuove ricerche, prodotti farmaceutici e tecnologie su Internet. Ci sono una varietà di programmi e applicazioni informatici disponibili per i professionisti medici che possono essere utilizzati per migliorare l'assistenza medica. Ad esempio, nei casi in cui i pazienti sono stati esposti al virus dell'AIDS, è stato sviluppato un processo di screening che consente ai medici di porre le domande giuste e ottenere le informazioni necessarie in modo rapido poiché è importante sapere quando l'esposizione al virus ha avuto luogo e cominciare il trattamento velocemente (Rabin, 2009). Un altro esempio riguarda i registri online per varie malattie (come la fibrosi cistica), che possono essere importanti fonti di informazioni sull'efficacia dei farmaci e sulla terapia medica (Freudenheim, 2009).

Digitalizzazione delle cartelle cliniche e televisite

La digitalizzazione delle cartelle cliniche è destinata a crescere in importanza nei prossimi anni. La Danimarca ha preso l'iniziativa nella digitalizzazione della documentazione medica, mentre gli Stati Uniti sono molto in-

dietro; la digitalizzazione delle cartelle cliniche è stata una delle principali preoccupazioni dell'amministrazione di Obama, perché gli Stati Uniti sono molto deboli in questo settore, con solo il 10 per cento degli ospedali e il 17 per cento dei medici in possesso di archivi elettronici.

La Danimarca è anche in prima linea nella telemedicina, che offre la possibilità ai pazienti di usare, dalla comodità delle loro case, alcune tecnologie mediche semplici (per esempio misuratori di pressione), leggere varie volte i dati e mandarli via Bluetooth al medico, e in seguito avere un consulto via webcam con il medico (Bhano, 2010). Nonostante la sua evidente utilità e i suoi vantaggi, soprattutto per le grandi aree rurali, come nel Midwest americano, la telemedicina non ha preso piede negli Stati Uniti. Il principale motivo sembra essere la resistenza dei medici e di altri professionisti. In situazioni ospedaliere critiche, ad esempio, ai medici non piace avere specialisti di terapia intensiva che da lontano guardano i loro pazienti attraverso i monitor 24 ore al giorno, e non amano ricevere consigli da quegli specialisti (Chen, 2010).

Tuttavia, a partire dal 2010, una divisione della più grande assicurazione sanitaria, UnitedHealth Group, ha iniziato ad offrire «NowClinic» dove pazienti e medici possono comunicare a livello nazionale tramite chat video (C. Miller, 2009). Anche se ciò può essere una pallida imitazione di una visita ambulatoriale, offre comunque qualche contatto con i medici per coloro che altrimenti non potrebbero ottenere molto, se non alcun, aiuto medico. Già operativo in Texas, NowClinic offre appuntamenti di 10 minuti per 45 dollari. Sulla base di un teleconsulto, il medico può scrivere ricette, anche se non per sostanze soggette a restrizioni.

Vivere digitale

Salute 2.0/Medicina 2.0

Il Web 2.0 è ancora relativamente nuovo, il termine stesso è stato introdotto da Tim O'Reilly in una conferenza nel 2004. Il suo utilizzo è cresciuto in molti settori, tra cui la salute e la medicina. Una rassegna della letteratura sul Web 2.0 riferita alla salute e medicina – Salute 2.0/Medicina 2.0 – ha rivelato alcuni fatti chiave (Van De Belt et al, 2010.):

- I professionisti, i pazienti o consumatori e le altre parti interessate, come gli studenti di medicina e i ricercatori hanno più potere grazie alle tecnologie Web 2.0.
- I social network e gli strumenti di social media hanno un'importanza centrale per la Salute 2.0/Medicina 2.0.
- I prosumer (produttori-consumatori), come discusso nel capitolo 4, sia producono che consumano contenuti, e sia i professionisti che i pazienti sono prosumer quando collaborano attivamente nella produzione e nel consu-

mo di assistenza sanitaria. Tra l'altro, questo serve per elevare la condizione dei pazienti, in alcuni casi, allo stesso livello dei professionisti medici.

- Il contenuto medico continua ad essere di grande importanza, anche se tale contenuto ha meno probabilità di essere «posseduto» dal professionista, ma è piuttosto un contenuto di proprietà dell'utente. Tuttavia, sempre più, nessuno «possiede» il contenuto medico – viene prodotto e condiviso in modo collaborativo.

Un esempio di produzione-consumo (prosumption) relativo alla Salute 2.0/Medicina 2.0 è il sito www.lamsight.org, dove i pazienti possono riferire le loro esperienze con la linfagiomiomatosi (LAM), una malattia rara e fatale che distrugge lentamente i polmoni (Arnquist, 2009). In sostanza, le vittime si aggregano e riportano i dati riguardanti la ma-

lattia che in passato dovevano raccogliere e riportare i ricercatori. Il risultato è un database auto-riferito che può essere utilizzato dai ricercatori di tutto il mondo. Si tratta di un esempio di crowdsourcing e di ricerca open-source, per cui, in questo caso, i pazienti nel loro insieme hanno il controllo dei loro dati e aiutano a costruire relazioni tra ricercatori, pazienti e medici, che possono essere visti anche come membri di una comunità online che condividono informazioni sulla loro malattia. Un altro esempio è www.patientslikeme.com, sviluppato per le persone con epilessia. Tuttavia, ci sono problemi di affidabilità dei dati trasmessi a, e trovati su, questi siti web. Per esempio, uno studio sulle comunità Facebook dei malati di diabete ha scoperto che molti post erano promozioni per farmaci o rimedi non approvati dalla FDA (E. Moore, 2010).

La produzione-consumo (prosumption) si manifesta in molti altri modi riguardo alla Salute 2.0/Medicina 2.0. Per esempio, i pazienti scrivono sempre più recensioni, spesso in forma di blog, in riferimento a medici, ospedali e simili. Tali giudizi vengono letti da altri potenziali pazienti – così come dai professionisti della salute – che poi, a loro volta, potrebbero scrivere i propri blog in base alle loro esperienze. Ci sono anche siti web come www.rateMDs.com dove i pazienti pubblicano le loro esperienze e le valutazioni e gli altri le leggono. Internet è anche utilizzato dai prosumer per sensibilizzare, contribuire, e raccogliere fondi per la ricerca su molte malattie differenti. Si vedano, per esempio, le storie ospitate su www.giveforward.com, che descrivono in dettaglio gli sforzi di ciascuno per aiutare a raccogliere fondi per le cure mediche.

13.2.7 Globalizzazione e salute

C'è una serie quasi infinita di questioni che potrebbero essere discusse sotto il titolo di globalizzazione e salute (Linn e Wilson, 2012). Non possiamo fare altro che accennarne alcune in questa sezione.

Crescente disuguaglianza globale

Anche se la globalizzazione è stata associata ad un aumento della speranza di vita aggregata, ha anche avuto la tendenza ad ampliare le disparità globali in materia di salute (Yach e Yashemian, 2007). Donne e bambini tendono ad essere le popolazioni più vulnerabili a livello globale a causa delle loro posizioni sociali inferiori e dello scarso accesso alle cure sanitarie (Fillipi et al., 2006). La gente nei paesi poveri tende ad avere salute peggiore a causa di un accesso limitato ai servizi di assistenza sanitaria, di istruzione, igienico-sanitari e ad una alimentazione e un alloggio adeguati. Per contro, una cattiva salute tende a limitare la crescita economica in quelle nazioni, principalmente influenzando negativamente la produttività. I paesi in via di sviluppo hanno una quota sproporzionata di mortalità e morbidità, che in gran parte potrebbero essere evitate a basso costo e trattate efficacemente se il denaro fosse disponibile. Considerato l'ammontare totale delle malattie, il 90 per cento di questo è concentrato nei paesi a basso e medio reddito. Eppure, solo il 10 per cento del totale delle spese sanitarie mondiali si verificano in quei paesi, quelli che hanno più bisogno di denaro. Solo il 10 per cento del denaro speso per la ricerca negli Stati Uniti è dedicato ai problemi di salute che rappresentano il 90 per cento dell'ammontare globale delle malattie (Al-Tuwaijri et al., 2003).

Per queste ed altre ragioni, vi è un divario di 19 anni nell'aspettativa di vita tra paesi ad alto e basso reddito. I miglioramenti nei paesi in via di sviluppo tendono a verificarsi in quei paesi coinvolti più profondamente e con successo nella globalizzazione economica, come il Brasile, l'Egitto, e la Malesia. Tuttavia, per la maggior parte

degli altri paesi, in particolare quelli meno sviluppati del Sud del mondo, la globalizzazione ha portato con sé un calo della crescita economica, un aumento della povertà, e, di conseguenza, un declino della salute.

Malattia

La stragrande maggioranza delle malattie non solo acute, ma anche croniche, si verificano ad un'età sempre più bassa e nei paesi a basso e medio reddito. L'aumento del costo di gestione delle malattie croniche nei paesi in via di sviluppo influenzerà negativamente la loro capacità di affrontare le malattie infettive acute. Di particolare importanza dal punto di vista della globalizzazione è la crescente commercializzazione globale di tabacco, alcool, zucchero, grassi – gli ultimi due rivolti in particolare ai bambini – e la conseguente diffusione globale delle malattie associate a questi prodotti.

Sebbene la maggior parte degli osservatori vedano un aumento nel tempo delle disparità nella salute tra i paesi sviluppati e i paesi meno sviluppati, almeno due osservatori (Firebaugh e Goessling, 2007) vedono in questi ultimi anni un declino della disuguaglianza nella salute tra le nazioni, anche se riconoscono che la continuazione di tale diminuzione è minacciata dall'epidemia di HIV/AIDS. Anche se accettiamo la tesi del declino, grandi disparità permangono tra e all'interno delle nazioni in termini di salute.

La malnutrizione

I paesi del Sud del mondo soffrono in maniera sproporzionata la fame e la malnutrizione (Van de Poel et al., 2008). Circa 850 milioni di persone sono colpite da questi problemi. Le cause sono le scorte di cibo inadeguate o totalmente non disponibili e le diete povere e sbilanciate. Occuparsi della fame e della malnutrizione è particolarmente importante per i bambini, perché coloro che sono sottopeso sono, da adulti, probabilmente meno produttivi fisicamente e intellettualmente e soffrono di più malattie croniche e disabilità. Questa situazione si per-

petua attraverso le generazioni, poiché la capacità di questi adulti di fornire un'alimentazione adeguata per i propri figli è compromessa.

La **denutrizione** è una forma di malnutrizione che comporta un insufficiente apporto di sostanze nutritive, tra cui calorie, vitamine e minerali. L'altra forma di malnutrizione comporta l'obesità causata da un eccessivo apporto di sostanze nutritive, soprattutto calorie. I paesi in via di sviluppo ora soffrono sempre più di un «peso nutrizionale doppio» – quelli che non hanno abbastanza da mangiare e quelli che mangiano troppo, soprattutto dei tipi sbagliati di cibo (per esempio, cibo che è ad alto contenuto di grassi e colesterolo) (Kelishadi, 2007; Prentice, 2006). Tuttavia, anche se quest'ultimo aspetto è in aumento in tutto il mondo meno sviluppato, la denutrizione resta il problema principale, soprattutto per le madri e i bambini. I problemi derivanti dalla denutrizione permangono lungo il ciclo di vita e sono responsabili del rachitismo, della minore scolarizzazione, della minore produttività, delle madri che hanno bambini con basso peso alla nascita e delle malattie croniche. È anche collegata al rapido aumento di peso e all'obesità tra i bambini precedentemente sottopeso (Serra, 2012).

La malnutrizione è collegata a problemi non solo per gli individui, ma anche per la società nel suo complesso, poiché è connessa al sottosviluppo e tende a perpetuare la povertà. Senza un'adeguata nutrizione il capitale umano necessario per lo sviluppo economico non può svilupparsi.

L'**insicurezza alimentare** è una causa importante di denutrizione. Tale insicurezza esiste quando le persone non hanno sufficiente accesso a cibo sicuro e nutriente – una condizione necessaria per condurre una vita sana e produttiva. Vi sono molte cause dell'insicurezza alimentare, ma una delle più importanti è la mancanza di un adeguato sviluppo agricolo. Un certo numero di programmi globali sono state intrapresi per contribuire ad affrontare il problema, come ad esempio la creazione di orti comunitari, mercati contadini, programmi di diversificazione agricola, e simili.

Fumo

Il fumo è un'importante causa di problemi di salute in tutto il mondo. A dispetto di questi problemi di salute, peraltro, un'industria del tabacco altamente redditizia continua ad essere centrale per l'economia globale (Fulbrook, 2007). Secondo una stima del 2011 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, quasi 6 milioni di persone muoiono ogni anno per l'uso di tabacco e, a meno che non vi siano sostanziali cambiamenti, il numero salirà a 8 milioni entro il 2030. Si prevede anche che 1 miliardo di persone moriranno nel ventunesimo secolo per malattie legate al fumo.

Con il mercato occidentale delle sigarette in contrazione a causa della crescente consapevolezza dei rischi associati al fumo, le multinazionali del tabacco hanno spostato la loro attenzione verso l'Africa e l'Asia. L'In-

dia è responsabile di quasi un terzo dei decessi del mondo legati al tabacco. La Cina è oggi il più grande mercato del mondo per le sigarette (Gu et al., 2009) con 1,7 trilioni di sigarette fumate ogni anno e i cinesi consumano circa il 30 per cento di sigarette del mondo, anche se la Cina ha circa il 20 per cento della popolazione mondiale. Molti cinesi sembrano avere una scarsa conoscenza dei rischi per la salute associati al fumo (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2010a). Da parte loro, le potenze occidentali sono i principali esportatori di sigarette verso il resto del mondo e gli Stati Uniti sono il più grande esportatore di sigarette e della pubblicità e dei marchi di sigarette riconosciuti a livello mondiale.

Malattie senza confini

Un altro aspetto negativo della globalizzazione, per quanto riguarda la salute è il flusso di malattie senza confini (Ali, 2012). Benché le malattie senza confini siano diventate molto più comuni negli ultimi anni, non sono un fenomeno nuovo. La tubercolosi (TB) era conosciuta fin dai tempi antichi e oggi l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) stima che più di un terzo della popolazione mondiale è infettato dalla causa della malattia – il bacillo della tubercolosi (Linn e Wilson, 2012). Le infezioni sessualmente trasmissibili (IST) di vario tipo sono da tempo diffuse a livello globale. Un esempio specifico di queste ultime è la sifilide, che si è diffusa a livello mondiale, e continua a circolare, soprattutto in tutta una serie di paesi meno sviluppati. Tuttavia, le radici della malattia erano probabilmente in Europa, ed è stata diffusa dallo sfruttamento coloniale e militare europeo. In effetti, per molti nel mondo meno sviluppato la malattia era strettamente associata ai soldati francesi e divenne nota, in alcune parti del mondo, come il «mal francese».

Poi c'è la crescente prevalenza di altre malattie senza confini, molte di loro relativamente nuove. Gli esempi includono la sindrome acuta respiratoria severa (SARS), l'encefalopatia spongiforme bovina (BSE o «malattia della mucca pazza»), che si trova spesso nel bestiame e può causare una malattia del cervello negli esseri umani (P. Ong, 2007), l'influenza aviaria, il virus Ebola e l'HIV/AIDS. La natura di queste malattie e la loro diffusione, sia nella realtà (HIV/AIDS), o soltanto, almeno finora, come una possibilità spaventosa (influenza aviaria), ci dice molto circa la natura e la realtà della globalizzazione agli inizi del XXI secolo. Gli agenti patogeni che causano queste malattie circolano, o che hanno il potenziale per circolare, rapidamente in tutto il mondo.

Diversi fattori contribuiscono a spiegare la grande e crescente mobilità globale delle malattie senza confini. In primo luogo, vi è l'aumento dei viaggi globali e la crescente rapidità di quei viaggi (Rosenthal, 2007b). In secondo luogo, vi è la crescente migrazione umana e la facilità con cui le persone possono attraversare le fron-

tiere. Di conseguenza, essi spesso portano con sé malattie che non vengono rilevate ai confini della nazione. In terzo luogo, l'espansione di massicce aree urbane come Lagos, Nigeria (si veda il capitolo 14), ha creato enormi recipienti per la miscelazione, dove un gran numero di persone in stretto e frequente contatto possono facilmente infettarsi l'un l'altro. In quarto luogo sta aumentando il coinvolgimento umano negli habitat naturali precedentemente mai toccati da esseri umani. Lì, la gente può avere contatti con agenti patogeni per i quali non ha alcuna immunità e che possono diffondersi rapidamente in tutto il mondo (Ali, 2012).

La diffusione degli sforzi per affrontare queste malattie deve essere altrettanto globale. Cioè, vi è una necessità di risposte globali alla crescente probabilità di diffusione di varie malattie. Tuttavia, alcune nazioni si sono dimostrate non in grado o insensibili a questo bisogno globale. Ad esempio, la Cina e il Vietnam non erano disposti a fornire all'OMS i campioni di influenza aviaria che era diventata un problema serio in quei paesi. Questi campioni erano necessari al fine di studiare la diffusione della malattia e i modi in cui l'influenza si stava evolvendo. Questa informazione avrebbe potuto essere utile per sbarrare la strada all'ulteriore diffusione della malattia e avrebbe potuto accelerare lo sviluppo di un vaccino per prevenirla.

HIV/AIDS

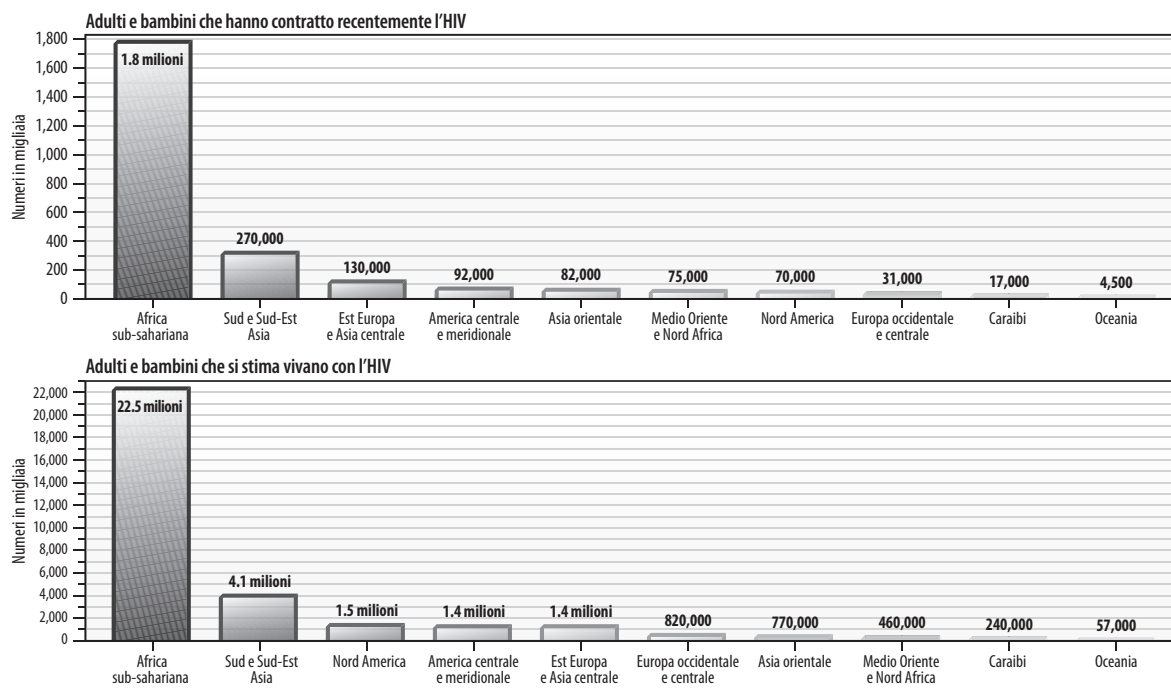
L'HIV/AIDS è stato individuato per la prima volta negli Stati Uniti nel 1981 e da allora è stato riconosciuto come un flagello non solo per gli Stati Uniti, ma per gran parte del mondo (Whiteside, 2008, 2012). Nel 2010, è stato stimato che 25 milioni di persone sono morte di AIDS, mentre altri 33 milioni, molti dei quali moriranno a causa della malattia, erano affetti da AIDS. Il numero di persone affette da HIV e di quelle che vivono con l'AIDS varia notevolmente in tutto il mondo (si veda la Fig. 13.5).

L'HIV/AIDS non può essere contratto attraverso il contatto casuale con persone che hanno la malattia. La malattia si diffonde solo attraverso il contatto umano intimo con fluidi corporei, soprattutto attraverso rapporti sessuali non protetti e l'uso di droghe per via endovenosa. Così, nonostante il gran numero di persone con AIDS, *non* è una malattia facile da contrarre. Per esempio, dei compagni di viaggio su un volo internazionale non contrarranno l'AIDS, semplicemente perché si siedono accanto o parlano con un altro passeggero che ha questa malattia.

La diffusione dell'Aids è legata alla globalizzazione, in particolare all'aumento della mobilità globale associata al turismo (in particolare, il turismo sessuale), ai maggiori tassi di migrazione dei lavoratori, alla crescita

Figura 13.5 Individui che hanno contratto recentemente e che vivono con l'HIV globalmente, 2009.

Fonte: UNAIDS, Report on the Global AIDS Epidemic, 2010.



dell'immigrazione legale e illegale, ai tassi molto maggiori di viaggi commerciali e per affari, al movimento (a volte di massa) di rifugiati, agli interventi militari e al movimento del personale militare, e così via.

Le persone che hanno la malattia possono viaggiare per grandi distanze per un periodo di anni, senza sapere di avere la malattia e quindi hanno la possibilità di trasmettere la malattia a molti altri in luoghi ampiamente dispersi. Così, quando le persone con l'HIV/AIDS hanno contatti sessuali con persone di altri paesi, è probabile che trasmettano la malattia ad almeno alcuni di loro. Allo stesso modo, quelli senza la malattia possono viaggiare in nazioni dove l'HIV/AIDS è prevalente, contrarlo, e poi riportarlo in patria. In entrambi i casi, la malattia si sposta da regione a regione, paese a paese, e in ultima analisi globalmente, trasportato da vettori umani. Sempre più persone, soprattutto nel Sud del mondo, contraggono la malattia. L'Africa sub-sahariana è in particolar modo duramente colpita (Nolan, 2006). Circa due terzi degli adulti e dei bambini che vivono con la malattia abitano nell'Africa sub-sahariana (si veda la Fig. 13.6). Di cattivo auspicio per il futuro dell'Africa sub-sahariana è il fatto che circa i due terzi di tutte le nuove infezioni da HIV/AIDS nel 2009 si sono verificate lì. Un modo ben noto in cui la malattia si è diffusa in

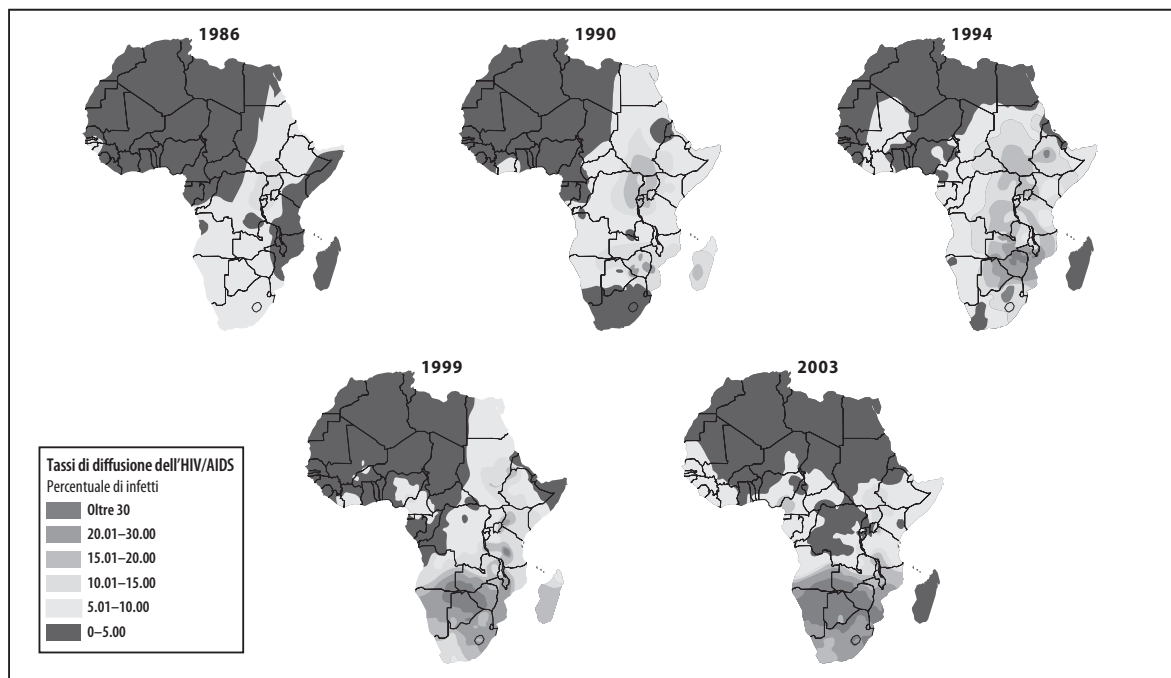
tutto il continente africano è attraverso i camionisti che si sono fatti strada da paese a paese. Se hanno la malattia, possono infettare coloro che vivono in aree che erano fino a quel momento libere dalla malattia. I dati sui paesi specifici nella parte meridionale dell'Africa fanno riflettere. Per esempio:

- A partire dal 2008, circa il 19 per cento degli Swazi erano positivi all'HIV; nel contesto degli Stati Uniti, ciò si tradurrebbe in 57 milioni di americani infetti.
- La speranza di vita nello Swaziland era di 54 anni nel 1980 e di 58 nel 1990, ma è scesa a 40 anni nel 2007. La maggior parte del calo della speranza di vita è riconducibile all'HIV/AIDS e alla giovane età in cui tendenzialmente muoiono le vittime dell'HIV/AIDS.
- In Sud Africa, 180.000 persone sono morte di HIV/AIDS nel 2000, ma entro il 2007 il numero di morti era salito a 350.000.
- Si stima che 6 milioni di sudafricani, circa il 13 per cento della popolazione, morirà a causa dell'HIV/AIDS entro il 2015 (UNAIDS, 2008; Whiteside, 2012).

La malattia, ed i molti oneri ad essa associati, sta avendo un effetto negativo su tutti gli aspetti della vita

Figura 13.6 Diffusione dell'AIDS nell'Africa sub-Sahariana, 1986-2003.

Fonte: Adattato da «Tragedy and Progress Amid the African HIV/AIDS Pandemic», Ezekiel Kalipeni, The Illinois International Review, International Programs and Studies: University of Illinois at Urbana-Champaign. May 21, 2007.



sociale ed economica in tutta l'Africa. Alcuni osservatori prevedono il fallimento degli Stati africani e il collasso economico completo di alcuni a causa della diffusione della malattia. Le economie di molte nazioni africane si sono già contratte da quando la speranza di vita media è diminuita e diventa più difficile trovare adulti sani per svolgere le attività di base.

La maggiore diffusione dell'AIDS in Africa è solo un esempio della maggiore vulnerabilità dei non abbienti del mondo nei confronti di questa e di molte altre malattie senza confini. Si tratta di una questione non solo di marginalità economica, ma anche di marginalità sociale e politica. Ad aggravare il problema è il fatto che è proprio questa popolazione più vulnerabile che ha anche meno probabilità di avere accesso all'assistenza sanitaria di alta qualità e ai farmaci molto costosi che possono rallentare la malattia per anni, o anche decenni.

Di fatto, le cose peggioreranno presto per i malati di AIDS in Africa. Negli ultimi anni, gli aiuti economici, in gran parte dagli Stati Uniti, hanno permesso a molte vittime africane di ottenere i farmaci necessari. Tuttavia, la recessione globale, così come la sensazione che il denaro potrebbe essere meglio e più efficacemente speso per

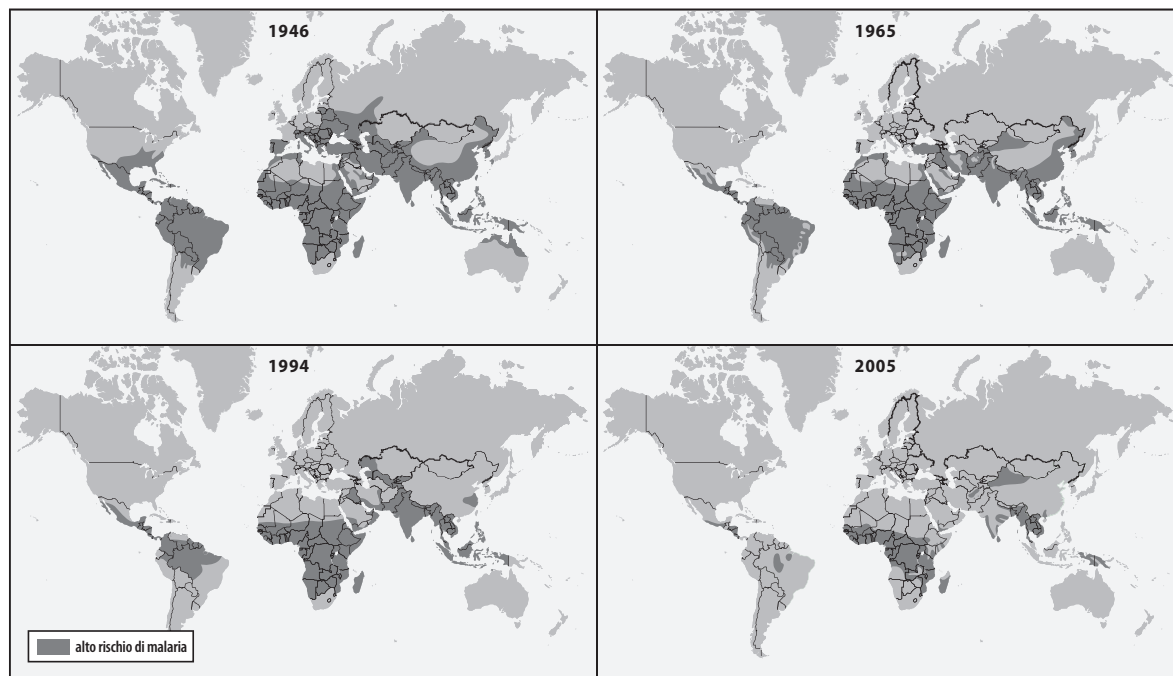
altre malattie (per esempio, più vite potrebbero essere salvate da malattie come la tubercolosi e la malaria e, probabilmente, ad un costo inferiore), significano molti meno soldi per i farmaci che curano l'AIDS. Quindi è probabile che l'epidemia in Africa peggiorerà (McNeil, 2010).

Malaria

Come molte malattie senza confini, anzi la maggior parte delle malattie, la malaria ha il suo maggiore impatto sulle popolazioni meno abbienti e più vulnerabili del mondo in via di sviluppo (Hall, 2012a). Anche se quasi la metà della popolazione mondiale vive in paesi che hanno almeno una certa incidenza della malaria, il maggior rischio di malattia è stato in Africa, Asia meridionale, e nelle regioni equatoriali del Sud America. Tuttavia, come appare chiaro osservando la Fig. 13.7, nel corso degli anni la malattia è diventata principalmente una malattia africana. Secondo l'OMS, nel 2008 ci sono stati quasi 250 milioni di casi di malaria, e 863.000 decessi sono stati attribuiti alla malattia. Di questo totale, 85.000 morti erano dei bambini sotto i 5 anni di età. Al di là delle malattie e dei morti, altri costi includono la perdita di

Figura 13.7 Aree ad alto rischio di malaria, 1946-2005.

Fonte: Mappe da *Globalization: A Basic Text* by George Ritzer. Wiley-Blackwell, 2010. Originariamente adattato da *Power of Place: Geography, Destiny, and Globalization's Rough Landscape* by H.J. de Blij. Copyright © 2008 Oxford University Press; «The Economic Burden of Malaria», John Luke Gallup e Jeffrey D. Sachs in *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 2001, vol. 64, no. 1, 85-96. Copyright © 2001 by The American Society of Tropical Medicine and Hygiene.



lavoro e di reddito, i giorni di scuola persi e le spese per la salute pubblica che limitano il denaro che può essere speso per altre necessità sanitarie urgenti.

Non esiste un vaccino per la malaria, ma gli sforzi per controllare le zanzare portatrici della malattia possono aiutare. Le zanzariere trattate con insetticidi riducono il numero di punture mentre la gente dorme, e l'irrorazione all'interno delle case aiuta molto. Tuttavia, è possibile che le zanzare riescano a sviluppare resistenza agli agenti chimici.

Occuparsi della malaria è complicato dalle caratteristiche di grande mobilità dell'era globale. I nuovi arrivati, specialmente quelli senza immunità, hanno un rischio maggiore di contrarre la malattia. Nuovi focolai della malattia possono svilupparsi poiché la malattia si trasmette dagli individui infetti alle zanzare non ancora contaminate, che quindi sono in grado di infettare altri esseri umani in una nuova area. Questo può portare a rinnovati focolai in aree che in precedenza erano state cancellate dalla malattia. La comunità sanitaria globale è impegnata in uno sforzo concertato per ridurre l'incidenza della malaria. Sono stati compiuti progressi, ma l'eliminazione della malattia è una lontana speranza.

Tubercolosi

La tubercolosi è un'altra malattia, ancora più letale, che colpisce in gran parte persone povere nelle aree più povere del mondo (Hall, 2012b). Sul totale dei casi, l'85 per cento si verifica nel sud-est asiatico, in Africa e nel Pacifico occidentale. Non ci sono neanche lontanamente altrettanti casi di tubercolosi ogni anno quanti ce ne sono di malaria; tuttavia, la tubercolosi è molto più letale, poiché uccide circa il doppio delle persone in un determinato anno. Le persone contraggono la malattia tramite l'inhalazione di batteri presenti nell'aria. C'è un vaccino per la malattia, e il trattamento può essere efficace, anche se può richiedere fino a un anno. Quelli con un sistema immunitario vulnerabile, come quelli con l'HIV/AIDS, sono particolarmente a rischio di TBC. Alcuni progressi sono stati compiuti a livello mondiale nella lotta contro la malattia, ma permane, soprattutto in Africa, a causa degli alti tassi di HIV/AIDS in quell'area.

Influenza aviaria

Nel 2009 e nel 2010 il mondo è stato testimone di una pandemia di influenza A (H1N1), ma si è rivelata una forma relativamente lieve della malattia. In precedenza, vi era stata la paura di una pandemia di un ceppo potenzialmente molto più letale di influenza, e poiché viviamo in un'era globale, la sua diffusione sarebbe più veloce e più estesa rispetto alle pandemie precedenti. Tuttavia, è anche possibile, come sarà discusso tra breve, che la capacità di affrontare una tale pandemia sia migliorata in conseguenza della globalizzazione. Ad esempio, il controllo globale è aumentato, e vi è una maggiore possibilità di convogliare operatori sanitari e farmaci rapidamente sul sito di un focolaio.

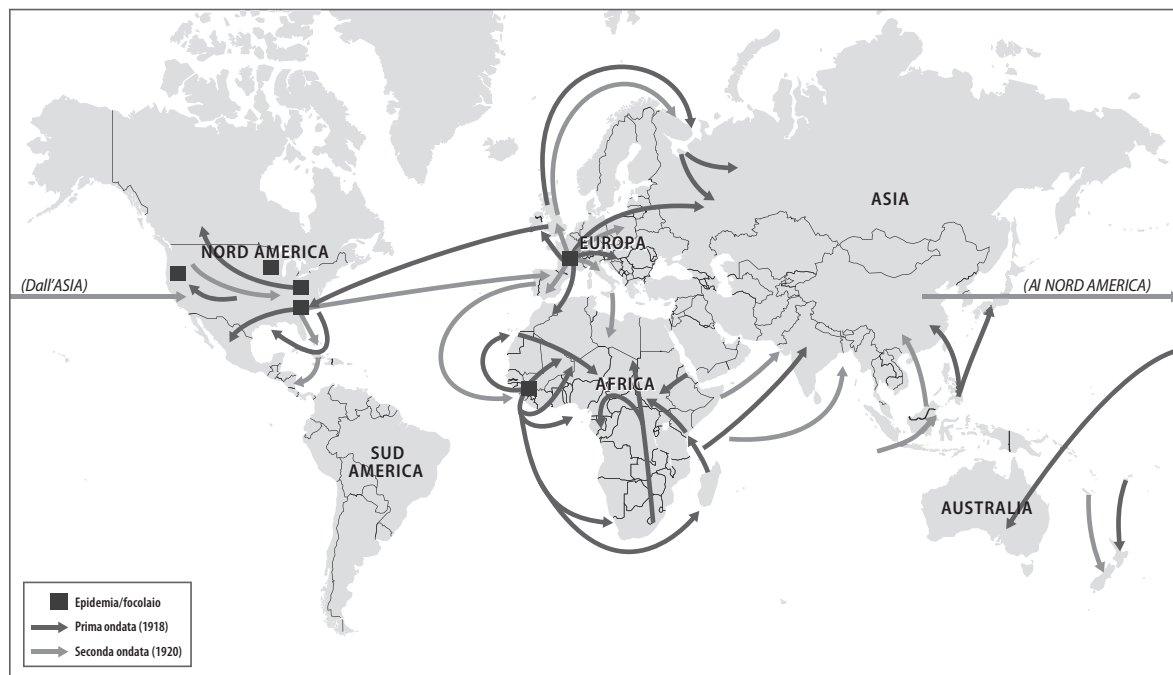
Alcuni sottotipi influenzali possono diffondersi attraverso il contatto umano casuale con un animale infetto, ma vi è scarsa evidenza circa la trasmissione da uomo a uomo del virus dell'influenza aviaria. Il numero relativamente piccolo di esseri umani nel mondo che hanno contratto la malattia, e il numero ancora più piccolo di coloro che sono morti in conseguenza di questa, ha contratto la malattia attraverso il contatto diretto con uccelli infettati dalla malattia. Coloro che risiedono nelle nazioni meno sviluppate hanno maggiori probabilità di avere tale contatto diretto con i loro uccelli – alcuni letteralmente vivono con gli uccelli – in quanto il loro consumo e le loro uova sono fondamentali per il loro approvvigionamento di cibo e/o gli uccelli e le loro uova possono rappresentare un'attività economica importante per loro. Al contrario, relativamente poche persone nel mondo sviluppato sono in contatto diretto con i volatili, e quindi è altamente improbabile che contraggano l'influenza aviaria in questo modo.

C'è un po' di timore, però, che il virus che causa l'influenza aviaria possa alla fine trasformarsi in un ceppo che può essere diffuso dal contatto casuale da uomo a uomo. Questa paura deriva dal fatto che i virus hanno preso questa strada in precedenza e causato pandemie umane globali come la famigerata «influenza spagnola» del 1918-1920, che ha ucciso mezzo milione di persone negli Stati Uniti e decine di milioni in tutto il mondo (si veda la Mappa dei flussi globali 13.1; Kolata, 1999). Se queste trasformazioni di virus si verificassero, la maggiore mobilità globale delle persone porterebbe a una rapida diffusione della malattia. Benché ci si sforzerebbe di mettere in quarantena quelli che hanno chiaramente l'influenza, alcuni che sono asintomatici passerebbero inevitabilmente senza ostacoli e porterebbero la malattia con loro in molte aree del mondo.

Alla fine del 2011, è stato sollevato l'allarme riguardo alla creazione in laboratorio di un'influenza aviaria (H5N1), che in precedenza non era stata considerata come facilmente trasmissibile per contatto da uomo a uomo. I ricercatori sono stati in grado di modificare il virus in modo che potesse essere diffuso attraverso l'aria. Il virus ha il potenziale, se andasse fuori controllo, di diffondersi in tutto il mondo, e potrebbe rivelarsi molto più mortale anche dell'influenza spagnola dal momento che ha un tasso straordinariamente elevato di mortalità (Grady e Broad, 2011). In realtà, il governo degli Stati Uniti ha compiuto sforzi altamente insoliti e controversi per limitare la pubblicazione dei risultati completi della ricerca, perché si temeva che le informazioni potessero essere utilizzate dai terroristi per creare una pandemia globale. L'argomento contro tale censura è che l'accesso ai risultati della ricerca potrebbe portare ad una maggiore comprensione del virus e a modi migliori di prevenire e curare la malattia. Nei primi mesi del 2012, è stato deciso di consentire la pubblicazione dei risultati della ricerca. La motivazione era che il pericolo che i terroristi fossero in grado di utilizzare le informazioni per avviare

Mappa dei flussi globali 13.1 La diffusione dell'influenza spagnola, prima e seconda ondata, 1918, 1920.

Fonte: Inverness Medical Innovations, Inc. Spanish Flu 2009.



un'epidemia era inferiore al pericolo rappresentato dalla possibilità che virus stesso subisse una mutazione che potrebbe causare un'epidemia. La speranza è che la pubblicazione dei risultati porterà a metodi per prevenire o cambiare in meglio tale epidemia.

13.2.8 L'impatto della guerra sulla salute

La guerra ed i suoi preparativi hanno un profondo effetto sulla salute e sul benessere delle persone, di nuovo specialmente nei paesi in via di sviluppo. Ad esempio, nei paesi in via di sviluppo viene speso quattro volte di più in ambito militare rispetto a quanto viene erogato per la salute e l'istruzione. Delle vittime di guerra, il 90 per cento sono civili, molti dei quali sono gravemente feriti e necessitano di quantità significative di assistenza sanitaria a lungo termine. La guerra colpisce anche l'alimentazione della gente poiché i terreni agricoli e le colture vengono annientati e la capacità di funzionare dell'economia nel suo complesso è influenzata negativamente. Le persone, sotto forma di capitale umano che hanno da offrire al sistema economico, sono diminuite, e il risultato è un calo della quantità e della qualità della forza lavoro.

I conflitti hanno anche un impatto misurabile sulla salute mentale. Ad esempio, i bambini soldato in Africa hanno maggiori probabilità di tenere un comportamento antisociale, di essere vittime di depressione e paranoia

come risultato della partecipazione in battaglia (Honwana, 2007). I bambini che non combattono in battaglia, ma vivono nei pressi di zone di guerra, hanno più probabilità non solo di essere feriti, ma anche di percepire una minore capacità di controllo sull'ambiente che li circonda e, come conseguenza, maggiori sentimenti di insicurezza e di depressione ed una maggiore incapacità di stabilire relazioni significative con gli altri (Sagi-Schwartz, 2008). I bambini, così come molti altri in – o vicino alla – battaglia, possono soffrire di disordine da stress post-traumatico (PTSD). Per esempio, tra i soldati americani di ritorno dall'Afghanistan, il PTSD è stato associato a problemi come alcol e droga, depressione, violenza verso gli altri, e pensieri suicidi (www.va.gov).

13.2.9 Globalizzazione e miglioramenti nella salute e nella sanità

Nelle ultime sezioni ci siamo concentrati sugli effetti negativi della globalizzazione sulla salute; è chiaro, tuttavia, che la globalizzazione ha portato con sé una serie di sviluppi (ad esempio, la crescita delle organizzazioni globali legate alla salute [Inoue e Drori, 2006]) che hanno migliorato, o almeno avrebbero dovuto farlo, la qualità della salute in tutto il mondo. Naturalmente, come accade in molti altri aspetti della globalizzazione, gli effetti sono stati ineguali e influenzati da una serie di circostanze locali.

Aumentare le relazioni interpersonali entro e tra le varie regioni in tutto il mondo significa che gli sviluppi positivi in una parte del mondo hanno la possibilità di diffondersi nella maggior parte delle altre parti del mondo, e molto rapidamente. Inoltre, vi è un flusso di nuove idee disponibili associate all'assistenza sanitaria e alla salute. Nell'era di Internet e delle riviste online – in questo caso riviste mediche – le informazioni sui nuovi sviluppi medici viaggiano velocemente in tutto il mondo medico praticamente in modo istantaneo. Naturalmente, come tali idee vengono ricevute e se, e quanto velocemente, possono essere implementate varia enormemente. C'è una grande variabilità in tutto il mondo riguardo al numero di professionisti in grado di comprendere e utilizzare tali informazioni. Così, i chirurghi del mondo sviluppato potrebbero essere in grado di implementare una nuova tecnica chirurgica quasi subito, ma quelli dei paesi meno sviluppati potrebbero trovare più difficile conoscere e utilizzare tale tecnica. Inoltre, anche le istituzioni in grado di attuare tali idee possono variare notevolmente. Così, gli ospedali nei paesi sviluppati sarebbero in grado di attuare i cambiamenti per ridurre i rischi di infezioni ospedaliere, ma quelli dei paesi meno sviluppati troverebbe tali cambiamenti difficili o impossibili da implementare a causa dei costi.

I nuovi prodotti medici chiaramente circolano in tutto il mondo molto più lentamente delle nuove idee, ma grazie ai miglioramenti a livello mondiale nel settore dei trasporti sono molto più mobili di quanto non siano mai

stati prima. In questo ambito sarebbero inclusi i farmaci di tutti i tipi. Chiaramente, le superstar del settore farmaceutico sono fenomeni globali. Infatti, benché gli Stati Uniti rappresentino circa 325 miliardi di dollari su un totale di 880 miliardi dollari in vendite farmaceutiche previsti in tutto il mondo nel 2011, le vendite nei mercati emergenti al di fuori degli Stati Uniti stanno crescendo più rapidamente rispetto alle vendite negli Stati Uniti (Alazraki, 2010; Herper e Kang, 2006). Il punto chiave è che nel momento in cui questi farmaci sono approvati e vengono considerati efficaci, hanno la possibilità di diffondersi in tutto il mondo, soprattutto nei paesi sviluppati e tra le élite dei paesi meno sviluppati.

Naturalmente, i farmaci che hanno più probabilità di essere prodotti e distribuiti a livello globale sono quelli che hanno più possibilità di diventare i più redditizi, ovvero quelli che affrontano i problemi di salute dei membri più ricchi della società globale, come l'ipertensione, il colesterolo alto, l'artrite, i problemi di salute mentale, l'impotenza, la perdita di capelli, e così via. I benestanti hanno più possibilità di permettersi le diete che portano a colesterolo alto, reflusso acido e bruciore di stomaco, e sono quindi i probabili consumatori di Lipitor, Zocor, Nexium e Prevacid. Poiché producono maggiori guadagni per le aziende farmaceutiche, questi farmaci hanno più probabilità di ottenere una distribuzione globale.

Al contrario, i farmaci che potrebbero salvare molte vite non hanno molte probabilità di essere prodotti (Moran et al., 2009). La Tabella 13.1 mostra che poche azien-

Tabella 13.1 Trascuratezza nei confronti di certe malattie da parte delle principali aziende farmaceutiche.

Numero di società (su 11 intervistati) che svolgono attività di ricerca e lo sviluppo rivolte a farmaci per le malattie trascurate				
Malattia	Spesa in ricerca e sviluppo	Screening	Sviluppo pre-clinico o clinico	Prodotto sul mercato negli ultimi cinque anni
Malattia del sonno	0	0	0	0
Malattia di Chagas	1	0	1	0
Leishmaniosi	1	0	1	0
Malaria	2	1	2	2
Tubercolosi	5	4	3	1
Altre malattie infettive (incluse malattie virali, batteriche e fungine)	9	N/A	8	6

Metodologia: Il sondaggio è stato inviato agli amministratori delegati e/o direttori di ricerca di 20 aziende farmaceutiche in Europa, Giappone e Stati Uniti. Il questionario indagava le risorse complessive dedicate alle malattie infettive e le risorse specifiche dedicate a particolari malattie trascurate. Il sondaggio ha dichiarato che i nomi di società individuali non sarebbero stati divulgati nella diffusione dei risultati. I risultati si basano su auto-dichiarazioni e tali dichiarazioni non sono state convalidate in modo indipendente.

Fonte: da Fatal Imbalance: The Crisis in Research and Development for Drugs for Neglected Diseases. Pubblicato da Médecins Sans Frontières Access to Essential Medicines Campaign and the Drugs for Neglected Diseases Working Group I, September 2001.

de farmaceutiche, o nessuna, tra quelle intervistate negli Stati Uniti, in Europa e in Giappone investono denaro in ricerca e sviluppo per la creazione di farmaci che aiuterebbero coloro che, nei paesi meno sviluppati, soffrono di malattie come la malattia del sonno e la malaria. Tali farmaci difficilmente generano grandi profitti perché coloro che ne hanno bisogno sono soprattutto i poveri nei paesi meno sviluppati. Anche se venissero prodotti i farmaci, il loro flusso verso quelle parti del globo sarebbe probabilmente minimo. Così, come abbiamo visto, l'Africa è un focolaio di molte malattie, come la malaria, alcune delle quali uccidono milioni di persone ogni anno. Tuttavia, poiché si tratta di persone in gran parte povere nei paesi poveri, le maggiori aziende farmaceutiche, che hanno sede principalmente nei paesi sviluppati occidentali e benestanti, sono poco interessate a investire in ricerca e a pagare per i costi necessari per avviare la produzione di farmaci che non saranno probabilmente redditizi e che possono anche comportare una perdita di denaro.

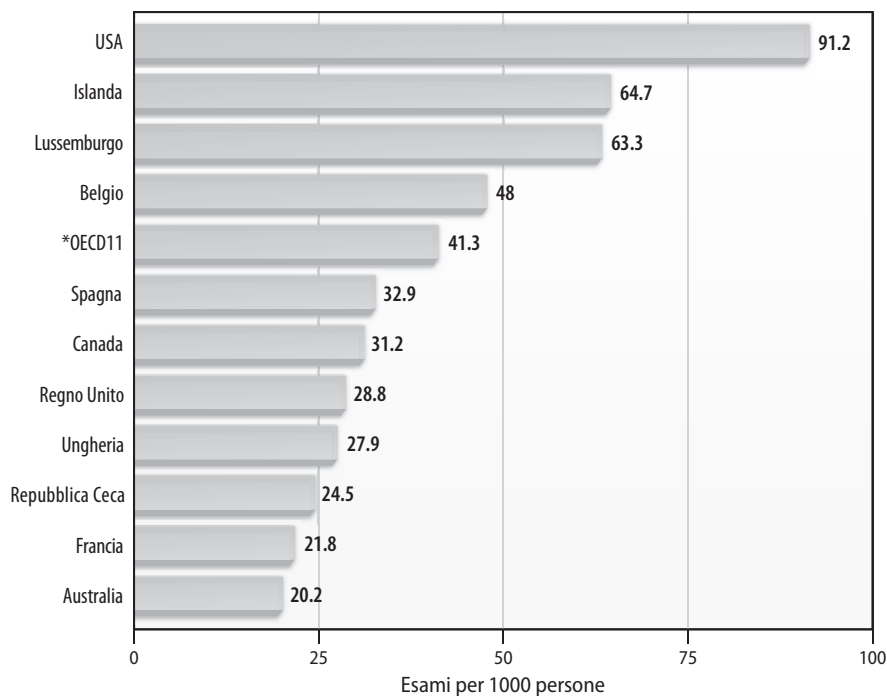
Un'osservazione simile può essere fatta riguardo alla diffusione di tecnologie mediche avanzate, tra cui risonanza magnetica, TAC, e scansioni PET, in tutto il mondo. Queste sono tecnologie estremamente costose che si trovano in gran parte nei ricchi paesi industrializzati del

Nord del mondo. Le macchine non hanno solo più probabilità di essere presenti in questi Paesi sviluppati, ma hanno più possibilità di essere utilizzate in modo intensivo perché i pazienti, sia per conto proprio o tramite l'assicurazione sanitaria, sono in grado di permettersi le scansioni e gli esami molto costosi che si possono eseguire con questi strumenti. La Fig. 13.9 mostra i leader mondiali del 2008 in base al numero di esami di risonanza magnetica per 1.000 persone. Gli Stati Uniti sono al vertice con 91,2 per 1.000, tutti gli altri paesi e gruppi di paesi (Organizzazione per la Cooperazione Economica e lo Sviluppo [OCSE]) sono nel Nord del mondo. Anche il personale altamente qualificato necessario per somministrare ed interpretare i risultati di, diciamo, una risonanza magnetica è concentrato nei paesi sviluppati. Per contro, relativamente poche di queste tecnologie sono diffuse nei paesi del sud meno sviluppati, dove sono utilizzate meno intensamente, e dove vi sono relativamente poche persone preparate in grado di somministrare l'esame e interpretare i risultati (Debas, 2010; WHO, 2010).

In termini di reti di persone, emerge più o meno lo stesso quadro. Il personale medico e sanitario del Nord è strettamente collegato attraverso una serie di reti professionali e, di conseguenza, il personale può muoversi

Figura 13.8 Risonanza magnetica per paese, 2010.

Fonte: Da « World Population Prospects: The 2010 Revision », Department of Economic and Social Affairs, Population Division, United Nations.



* OCSE sta per Organization for Economic Co-operation and Development, ovvero Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico.

all'interno di tali reti. Ancora più importante, le ultime scoperte e gli sviluppi in materia di salute e medicina si diffondono rapidamente attraverso tali reti. Il problema nel Sud del mondo è che non solo ci sono meno professionisti coinvolti in queste reti, ma la circolazione di nuove informazioni verso di loro è più limitata (Godlee, et al 2004; Horton, 2000). Ancora più importante, anche se sono in grado di ottenere le informazioni, in genere non dispongono delle risorse e delle infrastrutture per

usarle, o per utilizzarle adeguatamente. A un livello più generale, si può dire che le istituzioni sanitarie e mediche nel Nord sono fortemente interconnesse, mentre quelle del Sud sono solo debolmente interconnesse con quelle del Nord, ma anche l'una con l'altra (Buss e Ferreira, 2010). Questo è un'altra, più generale, ragione che spiega come mai nuovi importanti sviluppi nel campo della salute e della medicina non si diffondono rapidamente nel Sud del mondo.

Sommario

1. In molti modi la bellezza è diventata una merce che può essere comprata. L'enfasi sulla bellezza ha anche posto maggiore attenzione sull'attività fisica e sui suoi collegamenti con i corpi sani. La modificazione del corpo, come ad esempio tatuaggi e piercing, è un altro esempio di crescita della riflessività nella società ed è diventata più comune negli ultimi decenni. L'esplosione di interesse sociologico nei confronti del corpo può essere fatta risalire a Michel Foucault, il cui lavoro ha costituito la fondazione dello studio sociologico del corpo. Questo campo è definito da un focus generale sul rapporto tra corpo, società e cultura e comprende una vasta gamma di problemi, come il corpo sessuato, la sessualità, e il dolore fisico.
2. La sociologia medica si occupa delle cause sociali e delle conseguenze della malattia. Dalla metà del XX secolo la professione medica, insieme ad altre professioni, è passata attraverso un processo di de-professionalizzazione, per cui il suo potere e la sua autonomia, nonché il suo elevato prestigio e la sua grande ricchezza, sono diminuiti rispetto al posto molto elevato che una volta avevano. A differenza dei medici, gli infermieri non sono mai stati in grado di raggiungere lo status di professionista completo, soprattutto a causa del desiderio della professione medica prevalentemente maschile di mantenere la professione infermieristica prevalentemente femminile in una posizione subordinata.
3. Nel complesso, vi è un ampio consenso sul fatto che il sistema sanitario degli Stati Uniti è molto carente. Infatti, nonostante la grande quantità di denaro che gli Stati Uniti spendono per l'assistenza sanitaria, l'aspettativa di vita degli Stati Uniti è al 50° posto nel mondo, ed anche i suoi tassi di mortalità infantile sono superiori a quelli di molti altri paesi industrializzati. Gli svantaggi sono spesso collegati alla classe sociale, alla razza e al genere. Ci sono stati tentativi di affrontare queste disuguaglianze con la riforma sanitaria, anche se la mancanza di un'opzione pubblica nella recente legislazione rende improbabile che possa fare molto per gestire il problema dei costi sanitari fuori controllo e delle disuguaglianze nella sanità.
4. In linea con la de-professionalizzazione della medicina, l'attenzione dell'assistenza sanitaria si è spostata dai produttori ai consumatori di cura. Alle persone viene anche richiesto, e lo desiderano loro stesse, di essere prosumer del sistema sanitario. Internet è stato coinvolto nel consumo di assistenza sanitaria in diversi modi poiché fornisce, almeno per le persone che hanno accesso a Internet, un modo semplice e veloce per individuare i medici, navigare cercando i prezzi più bassi per i trattamenti, leggere le recensioni di altri pazienti e diventare più esperti di sanità e salute.
5. Allo stesso modo in cui vi è disuguaglianza all'interno degli Stati Uniti per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, ci sono anche le disparità globali nelle cure sanitarie. Queste disparità sono state spesso legate alla globalizzazione. Gli individui nel Sud del mondo soffrono in maniera sproporzionata la fame e la malnutrizione, incluse l'obesità e la denutrizione. La diffusione dell'Aids è legata alla globalizzazione e alla maggiore mobilità globale. Ciò è particolarmente problematico in Africa, in cui si trovano più di due terzi di tutti i casi di AIDS. Tuttavia, la globalizzazione permette anche alle informazioni sui nuovi sviluppi medici di circolare più rapidamente in tutto il mondo, anche se la capacità di implementare nuove tecnologie e permettere nuovi farmaci varia chiaramente in base alla posizione geografica.

Parole chiave

- Denutrizione
- De-professionalizzazione
- Insicurezza alimentare
- Medicalizzazione

- Professione
- Ruolo del malato
- Sociologia medica

Pensare alla sociologia

1. Viviamo in una società sempre più riflessiva, con una maggiore consapevolezza sui nostri corpi. Secondo Naomi Wolf, in che modo il mito della bellezza perpetua tale riflessività?
2. In che modo un comportamento di assunzione di rischi è collegato all'idea di esperienze limite di Michel Foucault? Che soddisfazione ricava la gente da un comportamento che assume dei rischi?
3. Si decide di andare a una festa con gli amici, la notte prima di un esame importante. Si finisce per bere troppo e dormire oltre la sveglia. Secondo l'idea di Parsons del ruolo di malato, perché il professore sarebbe giustificato nel decidere di non concedere un esame compensativo? Che cosa si dovrebbe cambiare per essere scusati?
4. Quali sono le caratteristiche di una professione? Quali fattori possono contribuire a spiegare perché i medici sono diventati sempre più de-professionalizzati?
5. Quali sono i punti deboli del sistema sanitario negli Stati Uniti? In che modo queste debolezze sono legate ai sistemi di stratificazione?
6. In che modo la McDonaldizzazione del parto è legata alla crescente medicalizzazione della società? Quali conseguenze ha avuto per il processo della nascita?
7. In che modo Internet e le nuove tecnologie dei social media hanno influenzato il consumo di assistenza sanitaria? Quali sono alcuni degli svantaggi dell'avere accesso a ulteriori informazioni riguardo all'assistenza sanitaria?
8. In che modo i pazienti sono sempre più prosumer (produttori-consumatori) di assistenza sanitaria? E in che modo ciò ha influenzato il potere dei medici?
9. Come la globalizzazione tende ad amplificare le disparità globali nella sanità? Quali tipi di problemi di salute è più probabile trovare nel Sud del mondo? Cosa si potrebbe fare per evitare alcuni di questi problemi?
10. In che modo la globalizzazione ha migliorato la qualità dell'assistenza sanitaria in tutto il mondo? In che modo la tecnologia è stata un fattore importante per il miglioramento della salute globale? I benefici della globalizzazione sono distribuiti uniformemente rispetto alle cure sanitarie? Perché sì o perché no?

Applicare l'immaginazione sociologica

Questo capitolo mette in evidenza le disuguaglianze nella Sanità degli Stati Uniti e nell'assistenza sanitaria in tutto il mondo. Per questa attività, si confrontino gli Stati Uniti con altri due paesi – uno nel Nord del mondo e uno del Sud del mondo – in base alla loro spesa sanitaria e ai risultati relativi alla salute (come l'aspettativa di vita e la mortalità infantile). Utilizzate Internet per individuare i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Cosa suggeriscono i dati riguardo alla salute in ciascuno dei paesi? In che modo ciò riflette la stratificazione globale? Come potrebbe essere utilizzata la globalizzazione per aiutare a cambiare i risultati in ognuno di questi paesi?

Sociologia attiva

Molti siti web forniscono informazioni sulla salute e sul benessere.

Uno di questi è WebMD. Vai sul sito (www.webmd.com) e descrivi il modo in cui la salute è costruita. Che cosa è considerato sano e che cosa è considerato malato? Quali tipi di malattie sono presentati e come vengono descritte? In che modo le costruzioni della bellezza sono incorporate nel sito? Dal punto di vista sociologico, perché qualcuno potrebbe usare un sito come WebMD invece di andare da un dottore? Leggi le pagine interattive, come ad esempio i Top Trends, Expert blog, ecc. Chi condivide le informazioni qui? In che modo questo sito riflette il punto di vista del prosumer? Per partecipare a questa attività, crea il tuo account. Grazie alla tua appartenenza, quali conoscenze aggiuntive hai riguardo a questa pagina? Cioè, come e dove ti è permesso creare o contribuire a consigli medici su questo sito?

Siti per gli studenti

Visitate il sito per gli studenti su www.utetuniversita.it per questi contenuti aggiuntivi:

- esercizi dei capitoli
- documenti di approfondimento
- domande per la discussione
- domande a risposta multipla