

Rita Biancheri

## Il concetto multidimensionale di salute e la categoria di genere: prospettive teoriche e applicative

Dipartimento di Scienze Politiche, Università di Pisa

**RIASSUNTO.** In questo contributo si discutono le difficoltà che hanno caratterizzato l'approccio bio-medico a comprendere le istanze psico-sociali nel passaggio dall'osservazione clinica del corpo malato alla cura della persona. Le chiavi interpretative tradizionali sono insufficienti a comprendere la complessità dei fattori che intervengono nei processi di prevenzione e il rischio è quello del ritardo nell'introdurre nuovi approcci. La conoscenza è un processo interattivo, comunicativo, e sociale per cui l'attenzione si sposta dalle cose che vediamo ai modi di guardarle, per veder ciò che non abbiamo visto abitualmente. Il concetto multidimensionale di salute, di conseguenza, implica una revisione degli statuti disciplinari soprattutto se si vuole declinare il concetto di genere non come sinonimo di sesso ma come categoria interpretativa delle differenze che caratterizzano culturalmente i ruoli, le aspettative e le obbligazioni di uomini e donne. Infatti, come viviamo il nostro quotidiano, l'uso del tempo, il lavoro, la famiglia, le opportunità e le relazioni oltre all'accesso ai servizi condizionano la nostra percezione di salute e determinano il rischio di insorgenza di malattie per questo dovrebbero entrare nella relazione medico-paziente e nelle pratiche di cura.

**Parole chiave:** genere, salute, epistemologia.

**ABSTRACT.** THE MULTIDIMENSIONAL CONCEPT OF HEALTH AND THE GENDER CATEGORY: THEORETICAL AND PRACTICAL PERSPECTIVES. This paper will examine the difficulties encountered in the bio-medical approach adopted to understand the psycho-social needs present in the clinical observation of a diseased body to the treatment of the person. Traditional interpretation tools are not sufficient to comprehend the complexity of the factors involved in prevention processes, and the risk is that the introduction of new approaches will be delayed. Knowledge is an interactive, communicative and social process, meaning our focus shifts from the things we see to the way we see them, only to see what we don't normally see. As a result, the multi-dimensional concept of health implies a revised disciplinary status, particularly if the concept of gender is not to be considered synonymous with sex, but rather an interpretative category of the differences that characterize the roles, expectations and obligations of men and women from a cultural perspective. Indeed, the way in which we live our everyday life, our use of time, our work and family lives, opportunities and relationships, in addition to our access to services condition our perception of health and result in the risk of disease onset. It is for this reason that we need to examine doctor-patient relationships and caregiving practices.

**Key words:** gender, health, epidemiology.

### 1. Definizione di salute e questioni epistemologiche

All'uscita nel 1948 del documento dell'OMS contenente la nota definizione di salute come benessere bio-psico-sociale si sollevò un acceso dibattito, in quanto si vedevano le difficoltà applicative del concetto, che sebbene molto evocativo, difficilmente era traducibile in misurazioni attendibili. La stessa sorte ebbe la nozione di qualità della vita che, solo di recente, è entrata in medicina diventando un elemento qualificante per le crescenti condizioni di cronicità e per l'allungamento delle speranze di vita. Un esito che seppur ritenuto un obiettivo rilevante del risultato terapeutico, ha incontrato una forte opposizione, per la presunta a-scientificità dei dati.

Simili esempi dimostrano le resistenze che incontrano in medicina approcci che intendono superare il riduzionismo bio-medico, per una visione più comprensiva che tenga conto di tutti i fattori che concorrono a formare la scena della salute. Se sul piano teorico tali principi possono essere condivisi, nella pratica prevalgono altri aspetti che tendono a favorire una certa inerzia organizzativa con risposte spesso tardive e inadeguate. Infatti, la stessa lentezza di penetrazione ha subito la medicina di genere, oltre ad una difficoltà interpretativa del termine utilizzato come semplice sinonimo di sesso. Proprio per questo, come più volte sostenuto, si dovrebbe parlare non tanto di medicina, anche se genere specifica, quanto di *prospettiva di genere in salute* per promuovere una ricerca che assuma il modello multifattoriale riportato nella Fig. 2. (Cfr. Biancheri 2014; 2016).

Ne deriva che le chiavi di lettura tradizionali appaiono insufficienti, data la complessità dei molteplici indicatori da valutare nel processo di cura e promozione della salute. Un ambito sempre più ampio dove, invece, prevalgono criteri di management legati al rigore economico e all'efficienza amministrativa, che non si traducono in un'efficace prevenzione. Le misure finora messe in atto nel nostro sistema sanitario non hanno conseguito risultati adeguati e gli effetti sul risparmio sono stati minimi, mentre è cresciuto il disagio dei cittadini, la spesa privata e il ricorso alle medicine alternative.

Tali questioni come la difficile declinazione delle differenze di genere, di cui ci occupiamo in questo contributo, ci inducono prima di tutto a ripensare la presunta

matrice oggettiva, poiché la conoscenza è “situata”, legata al clima culturale *dominante* per cui l’errore non è visibile. Mi riferisco qui all’esclusione delle donne dalla scienza sia come soggetto, nell’accesso all’istruzione, sia come oggetto, dove ha prevalso un unico soggetto ritenuto universale. Gli esempi possono essere molti ma non rientrano nell’economia di questo articolo, basti qui accennare all’uso sessista della lingua, alle pratiche discorsive che concorrono alla produzione di significati per la costruzione delle identità.

Dobbiamo superare le barriere tra le diverse materie, erette in nome del dualismo cartesiano che ha permeato la metodologia scientifica separando mente e corpo, ragione e sentimento, per cui le differenze sono diventate disuguaglianze, come il pregiudizio sulla maggiore vulnerabilità femminile. Per dirla con Jonas (1999) non è forse il fenomeno stesso della vita, di cui la medicina si occupa, a negare i confini che dividono abitualmente le nostre discipline e i nostri campi di lavoro?

Di conseguenza questo enorme edificio – fatto di specialismi, innovazioni tecnologiche, linee guida ma anche di relazioni, valori, competenze professionali – incontra alcune delle contraddizioni che lo caratterizzano; per cui la medicina diventa una scienza “anormale” se non promuove un’efficace osmosi tra le conoscenze traducendole in esperienze cliniche.

Oggi è la *logica della complessità* a doverci guidare, Bateson sostiene che dobbiamo combattere l’obsolescenza delle abitudini dualistiche, rivedere le cornici concettuali perché la conoscenza è un processo *intrinsecamente* interattivo, comunicativo, sociale; l’attenzione pertanto si sposta dalle cose che vediamo ai modi di guardarle, per vedere ciò che non abbiamo visto abitualmente.

Un’attenzione alla “vita ordinaria” che dobbiamo ritrovare ed esplorare nei suoi molteplici ambiti, come processo unitario. Tutto ciò che è biologico è nello stesso tempo arricchito e intriso di cultura, il nostro quotidiano è fatto di ciò che avviene nei luoghi di lavoro ma anche nella sfera familiare e in ambito politico e partecipativo. Il tempo, il suo uso diventano gli aspetti significativi anche della nostra percezione di benessere o malessere, di opportunità o di routine, assieme ad un sistema di welfare non residuale, ma efficiente nel rispondere con una migliore qualità dei servizi ai diversi bisogni delle famiglie (Cfr. Biancheri 2012)

Nel modello epistemologico positivista, si opera una scomposizione riduttiva segnandone i confini; una scomposizione maggiormente acuita negli esiti indesiderati, poiché il volto della medicina è multiforme, ed è per questo che è necessaria l’inclusione di prospettive che consentano una lettura globale, aprendo a nuovi filoni di ricerca, per proporre ricuciture e non esclusioni nei contesti dove anche l’operatività e l’applicazione delle norme richiedono risposte differenziate per lavoratrici e lavoratori.

## 2. La ricerca su salute e sicurezza una questione anche di genere

Questo dialogo aperto per una ricerca *gender sensitive* è stato realizzato fin dall’inizio nel nostro percorso per

l’applicazione della norma n°81/2008 (Cfr Biancheri, Carducci, Foddìs, Ninci 2013), che introduce la parola genere, senza definirla, e per questo richiede un contributo proveniente dalle scienze umane dove i *gender studies*, da tempo, si sono consolidati.

Il termine riassume i molti e complessi modi in cui le differenze tra i sessi acquistano significato e diventano fattori strutturali nell’organizzazione familiare e lavorativa, è questa nozione una categoria interpretativa senza la quale non si vede ciò che determina i comportamenti, le obbligazioni e le aspettative di ruolo che derivano dai condizionamenti esercitati dai diversi contesti culturali. Il suo portato euristico ha messo anche in discussione i modelli performativi delle identità, che per la donna assumono le caratteristiche di immodificabile naturalità, per la sua essenziale funzione riproduttiva. Alle acquisizioni delle conoscenze non è seguito, in molte discipline, una riflessione in grado di adottare metodi di ricerca adeguati a cogliere la natura sociale, processuale, discorsiva e situata del genere e delle sue connessioni con quello che, nei modelli più tradizionale di divisione dei ruoli, Laura Balbo aveva identificato con il felice termine di “doppia presenza”. Una doppia attività lavorativa, visibile nei dati Istat sull’uso del tempo, con una distribuzione significativamente asimmetrica per le molte ore in più dedicate dalle donne agli impegni familiari e domestici, spesso non riconosciuti e ritenuti ineludibili. Un surplus di lavoro e di stress che aumenta i rischi per la salute, come dimostrato da numerosi studi, favorendo l’ipertensione e l’insorgenza di malattie cardiovascolari (Biancheri, Cervia 2017; Biancheri 2017). Infatti la peggiore percezione di salute, le varie patologie con eziologie incerte rimandano a determinanti psicologici insufficienti a spiegare i processi di socializzazione che sono alla base dei due generi.

Solo con una decostruzione degli stereotipi, di ciò che è dato per scontato è possibile effettuare una revisione nella lettura di alcune dimensioni tra loro finora non collegate, come l’affrontare le questioni del lavoro senza avere la consapevolezza degli intrecci con processi più generali di cambiamento della condizione femminile. Siamo di fronte ad una *rivoluzione incompiuta*: le donne hanno superato gli uomini nel raggiungimento della laurea, dimostrando capacità e competenze, per poi inserirsi nel mercato produttivo, dove tuttora incontrano molteplici ostacoli a partire dalle difficoltà di conciliazione derivante da un inadeguato sostegno nei servizi per minori e anziani oltre ad un modello organizzativo basato sul *male breadwinner*. Da questo derivano le difficoltà nelle carriere, il perdurare di differenziali retributivi, il basso tasso di fecondità e di occupazione che segna per l’Italia un gender gap tra i più alti in Europa.

Con la medicina di genere è stato compiuto uno sforzo importante per superare il neutro maschile, ma questo non è sufficiente poiché dobbiamo tener conto delle implicazioni/prescrittività derivanti dalla costruzione sociale dei significati dell’essere uomini e donne, soprattutto nella valutazione del rischio. Stili di vita, condizioni di salute, determinanti individuali e collettivi sono il risultato di un ampio spettro di fattori che, come per la luce, devono essere visti attraverso un prisma che ne scomponga le di-

verse caratteristiche confutando il colore unico, che fuori di metafora significa superare la visione scienziata omologante disvelandone il dominio simbolico.

Finora lo studio sulla salute e sicurezza ha proceduto su binari separati, mentre è necessario intensificare gli scambi, condividendo l'accezione dei termini e avvalendosi dell'elaborazione teorica di altri settori disciplinari. Tuttora questo contesto è poco frequentato, ci sono nodi concettuali da risolvere che il gruppo di ricerca, da me coordinato, ha tentato di sciogliere attraverso un confronto continuo ed elaborando uno strumento applicativo che tenesse conto di una sfera pubblica e privata non separata, delle discriminazioni dirette e indirette da cui derivano: i problemi di conciliazione tra i diversi tempi di vita, un carico di cura e domestico ancora fortemente sbilanciato a svantaggio delle donne, misure di sostegno alla genitorialità che hanno difficoltà a decollare in quanto non si investono adeguatamente risorse per un cambiamento culturale. Una riproduzione iniqua degli svantaggi femminili, che si ripercuotono sull'accesso ad un impiego non adeguato rispetto al titolo di studio, sul fenomeno della segregazione orizzontale e verticale, sulle difficoltà di reinserimento dopo la maternità e più in generale sull'accesso al potere e alle risorse materiali e simboliche. La soppressione delle disuguaglianze di genere sarebbe uno dei passi più importanti della politica verso l'equità nella salute, la diminuzione della violenza e la denuncia dell'oggettivazione del corpo femminile, fattori che ridurrebbero anche i costi sanitari.

Occorre de-costruire i contenuti, compreso gli insegnamenti universitari; una formazione che come abbiamo richiamato all'inizio dell'articolo tarda ad assumere la complessità di una società dove alle trasformazioni sociali non seguono cambiamenti nella nostra cassetta degli attrezzi. Lo stesso welfare insufficiente non solo nelle risorse ma anche nel modo di allocarle evidenzia discrasie, rispetto alle nuove doggettività, di cui tener conto in termini di politiche di conciliazione.

Solo di recente è stata approvata una mozione del coordinamento dei presidenti dei CLM dove si raccomanda di integrare e implementare i singoli corsi "con attività didattiche relative alla Medicina di Genere inserendo le Unità Didattiche Elementari ad essa pertinenti tra gli obiettivi specifici del Corso a partire dall'aa 2017-2018".

Da molti anni mi occupo di questi temi, molti sono stati i modelli teorici prodotti, ma tuttora mancano strumenti

operativi efficaci che assumano lo sforzo multidisciplinare come modello. La stessa commissione sui determinanti di salute annovera il genere come fattore che incide sulla salute ma mancano studi integrati che ne evidenzino gli effetti in una declinazione ampia di tutte le variabili. Nella pratica ospedaliera e ambulatoriale tali aspetti possono emergere solo se si tiene conto dei corsi di vita, delle narrazioni. Per dirla con Sacks (1986 p. 12) "solo allora avremo un 'chi' oltre a un 'che cosa', avremo una persona reale...Non vi è soggetto nella scarna storia di un caso clinico".

Nelle figure che seguono, elaborate sul modello dei grafici relativi ai determinanti di salute, ho cercato di far emergere le disuguaglianze brevemente descritte (per cui si rimanda alla bibliografia di riferimento), la prima è realizzata con variabili *gender blind*, mentre nella seconda ho declinato il genere nei diversi fattori in una nuova cornice concettuale *gender sensitive*.

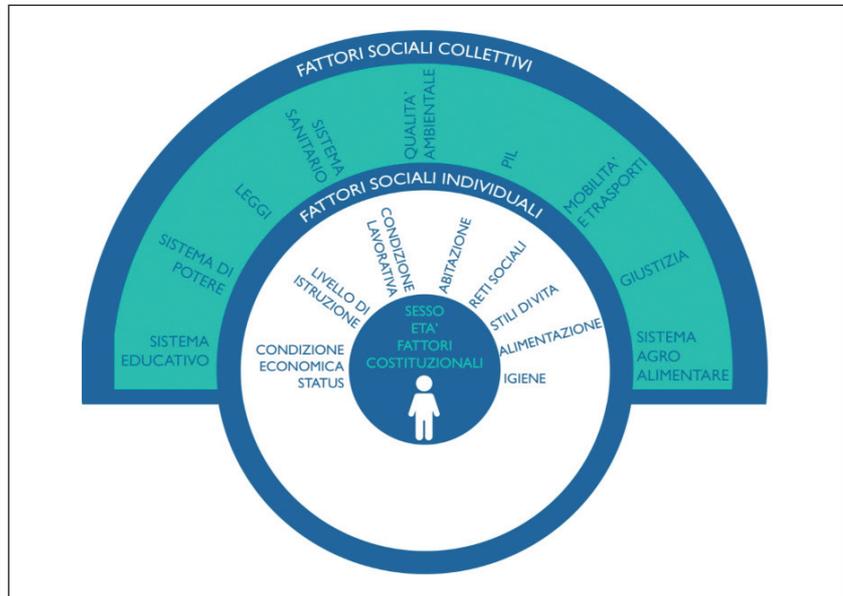


Figura 1. Modello multifattoriale gender blind dei determinanti di salute

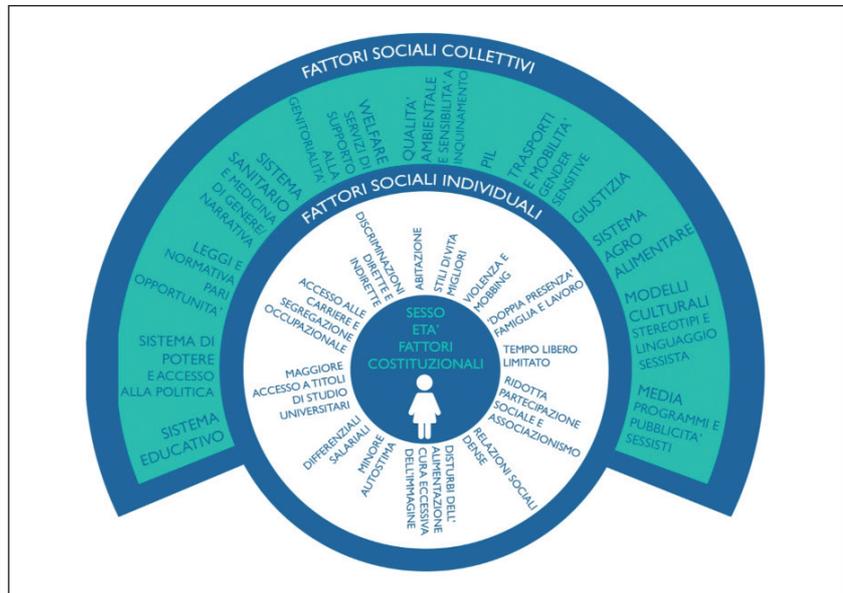


Figura 2. Modello multifattoriale gender sensitive dei determinanti di salute

---

**Bibliografia**

- Bateson G. Verso un'ecologia della mente (ed. orig. 1972), Milano, Adelphi, 2000.
- Biancheri R. Famiglia di ieri, famiglie di oggi. Affetti e legami nella vita intima. Pisa, ETS, 2012.
- Biancheri R (a cura di). Genere e salute tra prevenzione e cura, Salute e Società, n°1, 2014.
- Biancheri R (a cura di). Culture di salute ed ermeneutiche di genere, Salute e società n° 3, 2016.
- Biancheri R (a cura di). La qualità della vita in una società in trasformazione. Vita urbana, salute partecipazione, Roma, Carocci Editore, 2017.
- Biancheri R, Carducci A, Foddis R, Ninci A (a cura di). Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere, Rischi lavorativi un approccio multidisciplinare. Rivista INAIL degli infortuni e delle malattie professionali, 4, 2013.
- Biancheri R, Ruspini E (a cura di). Interpretare il genere. Nuove tecnologie, dinamiche di salute e professioni, Pisa University Press, 2015.
- Biancheri R, Cervia S. La costruzione della salute nel welfare socio-sanitario, Pisa University Press, 2017.
- Sacks O. L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello, Milano, Adelphi, 1986.

**Corrispondenza:** Rita Biancheri, Dipartimento di Scienze Politiche, Università di Pisa, Via Serafini 3, 56126, Pisa, Italy, E-mail: [rita.biancheri@unipi.it](mailto:rita.biancheri@unipi.it)