

## Si può ancora comunicare la salute? Verso la fine del concetto e del metodo dell'educazione sanitaria<sup>1</sup>

---

### È possibile «educare» alla salute?

La possibilità di educare alla salute - o di educare *tout court* - singoli e popolazioni, dopo avvisaglie lunghe almeno trent'anni sembra oggi definitivamente messa in crisi (se non forse nei fatti già sconfitta) dal convergere distruttivo di una serie di dinamiche politiche, sociali, culturali, antropologiche.

La prima di esse è costituita, a partire dalla arcinota definizione OMS 1946, dalla progressiva necessaria dilatazione - fino però ad una sua difficile "maneggiabilità" - del concetto di salute: se si vuol cioè davvero considerare la salute come una condizione di pieno benessere e buona qualità complessiva della vita, occorre considerare allora che le aggressioni a salute, benessere e qualità della vita sono oggi notoriamente di origine sempre più ampia e natura sempre più eterogenea<sup>2</sup>.

Per un verso, però, contro molte di tali aggressioni nulla può un approccio educativo (come educare i tarantini a non respirare i fumi dell'ILVA?), come del resto purtroppo nulla può una classica strategia preventiva sani-

---

1. Questo lavoro riorganizza e sviluppa le tesi già presentate in: R.Bucci, F. Calamo-Specchia, *Individualismo e consumismo*, in: F. Calamo-Specchia (a cura di), *Manuale critico di sanità pubblica*, Maggioli, Rimini, 2015; e in: F. Calamo-Specchia, *L'educazione critica alla salute* (ECAS): *una difficile nuova frontiera per l'approccio educativo in Sanità*, Sistema Salute, vol. 60, n. 1, pag. 96-105, gennaio-marzo 2016

2. L'OMS definisce l'ambiente non più come sfondo naturale della vita degli uomini - aria acqua e suolo - né più come ambiente costruito, ma come "insieme dei fattori di rischio e dei determinanti positivi che influiscono sulla salute umana"; ed essendo la salute umana equiparabile alla qualità complessiva della vita, tali fattori sono di fatto identificabili con il contesto complessivo della vita delle collettività umane, nulla escluso

taria di contrasto; essendo esse legate a dinamiche colossali - dagli assetti politici e istituzionali, a quelli produttivi e dei modelli di sviluppo (neoliberalismo, globalizzazione dei mercati, diseguaglianze socio-economiche e di salute, ecc.) - che passano ormai al di sopra delle possibilità decisionali dei singoli cittadini, delle loro associazioni civili, sindacali e politiche, delle loro istituzioni rappresentative, e sono consegnati *in toto* a imperscrutabili dinamiche macrofinanziarie più ancora che macroeconomiche.

Per altro verso, molte altre aggressioni alla salute/qualità della vita che possono essere definite “culturali” o “comportamentali” hanno la loro radice in un clima culturale e in un sistema di valori (dall’individualismo al consumismo, dalle rappresentazioni sociali del corpo al ruolo dei media) strettamente legato alle dinamiche politiche e produttive appena citate, e che appare anch’esso dunque ormai sostanzialmente inscalfibile da alcuna strategia educativa.

Senza voler cadere in un sociologismo d’acatto, e pur con le semplificazioni inevitabilmente connesse al ristrettissimo spazio che una breve nota come la presente concede, non si può non segnalare come all’origine del diffusissimo disagio vitale della nostra contemporaneità, di una sofferenza che è profondamente spirituale (e comunque umana, e quindi comunque meritevole di interesse medico) prima di tramutarsi spesso in un franco danno somatico o psichico, siano in Occidente fenomeni ormai radicatissimi e totalmente pervasivi quali la totale dissipazione del capitale sociale nelle nostre collettività<sup>3</sup>,

---

3. “*Strutture sociali coese si configurano dunque come un capitale sociale, dal momento che possiedono la capacità di fornire ai propri membri benefici di duplice natura: l’una relazionale, indiretta, ossia la fiducia e la reciprocità che facilita le interazioni sociali ed economiche nelle organizzazioni sociali di cui un individuo è membro; e l’altra materiale, più diretta, collegata alle risorse cui ogni individuo può accedere grazie alla sua appartenenza al gruppo*”, Angelo Stefanini; “*Il concetto di capitale sociale ... riguarda la compresenza di due dimensioni: una strutturale, relativa all’intensità e densità delle relazioni fra gli individui, ed una cognitiva, con riferimento alla condivisione delle norme sociali che riguardano i diversi contesti di vita. Il capitale sociale è costituito da quell’insieme di aspetti della vita sociale - reti relazionali, norme condivise, fiducia reciproca - che consente ai membri di una comunità di agire assieme in modo più efficace nel raggiungimento di obiettivi comuni. In sei interventi realizzati in comunità medio-piccole per prevenire le morti cardiache, Lomas ha dimostrato come gli individui (e il loro stato di salute) non possano essere compresi solo cercando dentro i loro corpi e i loro cervelli, ma che occorra anche guardare dentro le loro comunità, le loro interazioni sociali, i loro luoghi di lavoro, le loro famiglie e anche le traiettorie delle loro vite; dimostrando quanto interventi comunitari di modifica dei fattori di rischio individuali siano depotenziati dalla mancata attenzione al capitale sociale. Numerosi studi segnalano in effetti un alto capitale sociale come fattore di protezione della salute dei membri di una comunità; e ciò potrebbe da una parte comprovare, per così dire *ex juvantibus*, quanto l’approccio opposto, identificabile nell’individualismo, possa costituire un rischio per la salute; e dall’altra suggerire l’opportunità di promuovere interventi per aumentare il sostegno sociale e la coesione sociale; utili anche per favorire l’accesso degli individui ai programmi di prevenzione mirati sui tradizionali fattori di rischio*”, Roberto Bucci, Francesco Calamo-Specchia. Entrambi i brani sono contenuti in: F.Calamo-Specchia (a cura di), *Manuale critico di sanità pubblica*, cit.

l'insicurezza sociale e la crisi del lavoro, la pervicace opera di smantellamento culturale prima che istituzionale dei diritti sociali e la deviazione dell'interesse collettivo su meno rilevanti diritti civili, la perdita dei valori morali tradizionali, la crisi dell'atteggiamento ideologico, religioso, o anche solo latamente etico, sostituito da un personalismo relativista che genera - in assenza di piani collettivi di speranza - la sensazione della propria superfluità sui destini del mondo o un franco disinteresse ad essi, il ripiegamento su se stessi, l'aumento di una violenza privata senza più scopo e senza senso, l'individualismo forsennato che spiana la strada alla "finanziarizzazione" e alla deriva utilitaristica di ogni aspetto dell'esistenza e delle relazioni sociali.

La struttura economica della società si specchia nella sua sovrastruttura culturale, e viceversa; senza alcun automatismo veteromarxista, ma in un viluppo inestricabile di reciproche influenze che rende l'una e l'altra ancor più difficilmente dipanabile e "aggreddibile".

---

## **Individualismo, collettività ed etica**

In tale quadro, peraltro, quello che sembra ormai messo in questione è proprio il senso stesso di ogni approccio educativo, anche al di là della sua praticabilità e della sua efficacia.

In primo luogo, un sistema di capitalismo evoluto si fonda strutturalmente - ed esalta deliberatamente - la componente più individualistica dell'edonismo: sul versante dei produttori esso infatti incoraggia la libertà di iniziativa individuale, che è alla base della cultura imprenditoriale (intrinsecamente conflittuale e aggressiva - il famoso "*animal spirit*" - in quanto tendente al successo in una competizione con altri) e sul versante dei consumatori tende a rendere tutti i cittadini dei consumatori singoli, portatori del massimo numero possibile di desideri di acquisto.

In un sistema di libero mercato i consumi aumenteranno cioè se aumenteranno i desideri, cui rispondere (e insieme da generare) con l'offerta di consumi sempre più personalizzati, su misura e *on demand*, in una frammentazione atomistica della società che liberi il desiderio d'acquisto da ogni vincolo, e che la trasformi in una mera giustapposizione di individui incapaci di considerarsi in alcuna ottica collettiva (dove per collettiva si intende anche semplicemente duale) e "oggettivante", al cui piano commisurare le proprie pulsioni soggettive; con ciò eliminando il presupposto fondamentale dell'educazione, ossia la condivisione dei repertori in pro-

cessi di reciproca mediazione, e sostituendo la costruzione comune del consenso con metafore e prassi autoreferenziali e belliche nelle condotte comunicative, miranti all'invasione e colonizzazione del territorio spirituale dell'interlocutore<sup>4</sup>.

I consumi aumenteranno soprattutto (o solo) cioè se si convincerà ciascuno intanto della completa corrispondenza tra vita e consumo, e poi che nel consumo occorra seguire i propri desideri, e null'altro; e cioè che occorra consumare non ciò che è giusto consumare (in mancanza di alcuna misura collettiva del giusto), o ciò che serve (in mancanza di alcuna misura collettiva dell'utile), ma ciò che piace; e se si definirà - più ancora che influenzarla - tale idea di piacere attraverso meccanismi pubblicitari diretti (propaganda, *marketing*) e indiretti (valori consumistici veicolati dal sistema dei media, dello spettacolo, ecc.); mirati sulla popolazione generale, o specificamente sui diversi gruppi sociali (*target*), o addirittura - grazie ai mezzi informatici - sul singolo consumatore (col sistema dei *cookies*, degli *spyware*, della bolla del filtro<sup>5</sup> e di tutti gli altri mezzi utili a orientare e schedare abitudini e preferenze nella navigazione in rete).

Nel sistema di libero mercato individualista, tale formidabile spinta all'iper-relativismo consumistico si tramuta necessariamente in spinta al relativismo etico, sul quale peraltro al contempo esso è basato (*io unica misura di me stesso*) e genera altresì un sempre più esteso relativismo sanitario (*mi informo sulle malattie da solo, mi curo come voglio, ecc.*), che ha poi la sua massima perversione nel pretendere - in una esaltazione maniacale del principio dell'autonomia individuale - che a provvedervi sia lo Stato, considerato solo come portatore di obblighi nei confronti dei cittadini e mai come garante di doveri (*lo Stato mi paga non le cure efficaci e necessarie e stabilite per legge, ma le cure che voglio io*<sup>6</sup>).

Nel consumismo relativista, impossibilitato per definizione ad assunti ideali collettivi, e che media i rapporti tra individui attraverso l'esclusivo calcolo dei relativi interessi, ogni bene ha un costo riconducibile alle dinamiche del mercato, e per il consumatore un valore principalmente edoni-

---

4. La colonizzazione mediatica del desiderio di cui parlavano Lacan e Debord

5. Google offre i risultati delle ricerche non più solo in relazione ai contenuti più presenti sul *web*, ma anche in relazione a quelli più ricercati in precedenza dal richiedente; in un colossale effetto di autoreferenzializzazione e conformistizzazione sociale (cfr: *La bolla del filtro e i confini impalpabili*, editoriale, Vita e pensiero, vol. XCIX, n° 4, pag. 5-8, luglio-agosto 2016)

6. Come nei casi Di Bella, Stamina, pratiche varie di riproduzione assistita, ecc.

stico ancor più che d'uso (essendo il valore dei beni dissociato dal dato della loro utilità oggettiva, ed equiparato invece a quello della gradevolezza soggettiva), o men che meno etico.

In tale sistema, dunque, anche l'utilizzo ad esempio di farmaci o servizi diagnostici o l'adozione di qualsiasi stile di vita vengono sottoposti a spinte consumistiche, con la promozione della loro assunzione legata a seduzioni puramente "edonistiche"<sup>7</sup>, saltando ogni mediazione educativa o anche solo professionale medica.

---

## Educazione alla salute in un contesto di soggettività

Può piacere o non piacere, dunque, ma oggi lo spazio dell'educazione alla salute dovrebbe essere ricavato in un contesto di soggettività e autoreferenzialità spinta, in cui davvero la salute "la fa" - la definisce, la persegue - ognuno a suo modo.

In un contesto generale per i momenti educativi (non solo sanitari) nel quale occorre registrare la fine generale dell'autorevolezza, la figura educativa del medico sbiadisce dunque oggi anche come effetto della generale scomparsa dalla nostra epoca di ogni istanza - o del concetto stesso - di oggettività; un contesto nel quale dunque cosa sia normale, cosa sia naturale, viene ormai definito da ognuno come risposta alle domande: "cosa è normale *per me*, cosa è naturale *per me*".

Un contesto di estremismo individualistico in cui non solo non c'è più la possibilità di definire una volta per tutte - e per tutti - cosa sia salute, o, meglio ancora, "di cosa si parla quando si parla di salute", ma neppure di attestarsi su un puro dato biologico e scientifico, che è deprivato anch'esso di credibilità (i vaccini e l'autismo, le scie chimiche, i virus paracadutati dagli aerei "del Governo" per provocare le epidemie di influenza, le neoplasie frutto di disagio psicologico e che non vanno curate, e via delirando...).

Un contesto i cui lineamenti principali sono legati alla degenerazione in disorientamento anarcoide dell'antiautoritarismo e del rifiuto della delega di ogni tipo, prima ancora che professionale; e alla diffusa diffidenza complottista e antiscientista, anti-statalista e irrazionalista *newage*, che colpisce l'idea

---

7. I casi di spinta impropria al consumismo sanitario da parte di aziende come Groupon e Groupalia, "offerte speciali" slegate da qualsiasi valutazione oggettiva di necessità; che almeno, per fortuna, sono stati duramente stigmatizzati dall'Ordine dei Medici...

stessa di Stato e tutti i suoi apparati, dalla Scuola alla Magistratura, e che è stata messa in atto come istanza pseudo-libertaria in cui nel nostro Paese si sono saldati i peggiori cascami della sub-cultura “di destra” e “di sinistra”.

Ma un contesto in cui, soprattutto, viene a mancare ogni possibilità di relazione educativa come confronto e crescita. Un contesto in cui la riflessione e la lentezza, che sono presupposto di quella crescita intima del sé che è l’obiettivo dell’educazione, non trovano più il loro spazio né di praticabilità né culturale. Un contesto in cui non serve sapere, né saper essere, ma appena saper fare e *problem solving*; in cui dunque non servono educazione sanitaria profonda, formazione di base, comunicazione partecipata, ma appena istruzioni per l’uso, professionalizzazione, regole e divieti.

---

### **Esiste una “vera” libertà di scelta?**

Tutto questo delirio individualista potrebbe magari essere considerato da qualcuno come una sorta di benefica rivalse anti-ippocratica, una positiva esaltazione dell’*empowerment* e della libertà di scelta del soggetto; non fosse che tale pretesa ipersoggettività non è per nulla soggettiva, né libera.

La libertà di scelta viene in effetti pesantemente messa in questione ad esempio dalla cosiddetta *educazione sanitaria “informale”*, cui sopra si faceva cenno, ossia dai modelli culturali e comportamentali proposti dai media, dai divi dello spettacolo, dalla pubblicità commerciale, ecc, che influiscono su stili di vita e comportamenti che hanno un grande peso sulla salute; ossia da una sostanziale (dis)educazione sanitaria, subdola e inavvertita, che Eckersley ha definito come una vera e propria “frode culturale” perpetrata nell’occidente consumista, e che consiste nella promozione di immagini e ideali di “vita buona” che giovano all’economia ma non soddisfano le esigenze psicologiche degli individui e non riflettono le loro realtà sociali, incoraggiando obiettivi e aspirazioni malsane e fuorvianti che costituiscono una grave fonte di malessere individuale e sociale<sup>8</sup>. Di soggettivo rimane giusto la scelta della combinazione di colori, tratti da una tavolozza uguale per tutti, e che dipinge sempre lo stesso quadro.

Peraltro, come dinamica generale, può essere oggi rilevato nell’educazione sanitaria informale un fenomeno importante e con grandi ripercussioni culturali, antropologiche - e anche sull’organizzazione dei servizi e sull’improprietà degli interventi che vengono loro richiesti - e cioè la promozione

---

8. Eckersley R., *Cultural Fraud*: *The Role of Culture in Drug Abuse*. *Drug and Alcohol Review* 2005; 24:157-63

dell'idea di salute intesa non più come buon funzionamento, assenza di malattia, buona omeostasi, ma piuttosto come potenziamento più grande possibile delle prestazioni personali (*human enhancement*, medicina estetica, *doping*, tatuaggi); definizione con risvolti di potenza, prestazione/competitività, immagine/seduttività, anch'essa sostanzialmente promossa dal mercato con intenti commerciali (la salute/potenza si può comprare, con una pillola dimagrante o antidepressiva, con la palestra, con la medicina estetica ecc).

Non tanto di autonomizzazione pare dunque che si possa parlare, quanto di nuovi modi di una eterodeterminazione non più ippocratica ma mediatica; in cui le valenze etiche e il contenuto di beneficiabilità, che erano pur presenti nell'approccio ippocratico, si perdono del tutto nella complessiva ed esclusiva spinta mercantile.

---

## E il web?

A ciò si somma un'altra nefasta eterodirezione camuffata da *empowerment*, e cioè quella da *web*, quantitativa, disorientata e diffusa; in cui alla scienza e coscienza del curante (e alla sua responsabilità, come mandato interno deontologico e come oggettività normativa) si sostituisce una ridda di soggettività esperienziali indistinte e contraddittorie, o la loro pura somma.

*Internet* come luogo di "autonomizzazione" del paziente e di rifiuto della delega educativa professionale, come luogo di natura per così dire "iperdemocratica" - ma di una democrazia metastatica e afinalistica come un tumore del sociale - in cui la *qualità* delle affermazioni come promanazione dell'autorevolezza-credibilità-competenza-certificazione di chi le propugna viene sostituita dal criterio puramente *quantitativo* dell'assenso che esse provocano (e così i "*like*", mi piace, sostituiscono l'ormai inconcepibile e impronunciabile "*è giusto*").

Oltre alcuni limiti per così dire "di utilizzazione" (*internet* incrementa le disuguaglianze tra coloro che vi hanno accesso e coloro che ne sono esclusi, ad esempio per questioni di alfabetizzazione informatica o di disponibilità del servizio; e fornisce informazioni all'utente a prescindere dalla sua capacità di interazione, comprensione e discernimento) - il *web* porta l'utente a sopravvalutare le proprie conoscenze (e ad essere così ulteriormente motivato a trascurare o svilire la relazione educativa col curante), formate peraltro attingendo in maniera sostanzialmente casuale ad una enorme massa di informazioni senza alcuna certificazione di valore né di rilevanza, e senza un ordine riconoscibile (*internet* sostituisce alla gerarchia dei saperi e del sapere

l'affastellamento “paritario” dei nodi della rete).

Tali caratteristiche del *web*, però, essendo legate alla natura stessa insopprimibile e incomprimibile del mezzo, che determina la natura dei suoi effetti (il mezzo è il messaggio, diceva McLuhan, e la fondatezza di tale assunto non è mai stata così evidente), rendono di fatto impraticabile ogni tentativo di una sua correzione (come ad esempio iniziative di sostegno agli utenti per districarsi all'interno degli innumerevoli siti), che dovrebbe sottostare alle stesse dinamiche che vorrebbe contrastare, e che da tali dinamiche verrebbe dunque inesorabilmente depotenziato. La lotta per rendere *internet* utilizzabile in una strategia di educazione appare dunque persa in partenza, per la straordinaria forza intrinseca del mezzo: *internet* è “tecnicamente” anarchico, e nessuna strategia “riformista” può essere utile a modificarne gli effetti di autonomizzazione narcisistica.

Le informazioni mediatiche o quelle reperite sul *web* potrebbero giocare un ruolo positivo solo se fornissero un supporto ad una decisionalità libera e autonoma formata altrove da esse, nel confronto con un esperto; così dunque il *focus* del discorso sulla comunicazione e l'educazione in sanità potrebbe essere riportato dalla diffusione delle informazioni all'educazione alla consapevolezza, alla responsabilità, all'analisi critica.

---

## **Rapporto e distanze tra SSN, operatori sanitari e cittadini**

Ma chi dovrebbe attivare tale strategia, e assumersi il ruolo dell'educatore, se credibilità ed autorevolezza sono oggi per il SSN e i suoi operatori pressoché totalmente distrutte?

Il SSN non è purtroppo solo travolto dalla crisi di autorevolezza generale delle istituzioni, ma anche da spinte negative specifiche di grande forza; tra cui non si può non ricordare per prima la annosa campagna, del tutto strumentale o puramente scandalistica, e comunque infondata, che ha bersagliato il SSN praticamente dalla sua fondazione (e continua a bersagliarlo, col retropensiero - ormai nemmeno più tanto nascosto - della sua distruzione) su una presunta malasantità... che peraltro lascia l'Italia al secondo posto al mondo come attesa di vita alla nascita; o sulla necessità di una lotta agli sprechi... che comunque lasciano l'Italia tra i Paesi OCDE con i più bassi livelli di spesa sanitaria procapite e sul PIL!

D'altra parte, alla diminuzione (o scomparsa) dell'autorevolezza del SSN nel suo complesso si aggiunge la distruzione della credibilità e autorevolezza dei suoi operatori; anch'essa determinatasi sull'onda di dinamiche



sia specifiche sia più generali.

Oltre la fine dell'ippocratismo in nome del principio di autonomia, oltre la fine di un'epoca in cui era il medico a definire la salute - e oltre anche la breve era dell'alleanza terapeutica virtuosa - sembra aperta oggi l'era in cui si chiede al medico nella migliore delle ipotesi un avallo, o altrimenti una pura facilitazione di scelte già prese autonomamente<sup>9</sup>.

Un'era in cui ogni alleanza cede al conflitto; in cui la generale fine del rapporto fiduciario a favore di quello contrattuale si somma alla fine specifica della fiducia negli operatori pubblici, e - scomparsa la relazione d'aiuto e il senso meritorio della professione, e scomparsa l'attenzione alla specificità del paziente in nome della razionalizzazione quantitativa dei protocolli, scomparsa la ricerca dell'efficacia degli interventi in nome della loro pura efficienza - rimangono a confrontarsi sul terreno il rivendicazionismo legalistico e astioso del cliente, e la medicina difensiva e altrettanto rancorosa del prestatore d'opera.

Nessuna educazione si dà tra i contraenti di un contratto.

Scomparso dalla cultura contemporanea il senso del limite e l'integrazione profonda dell'esperienza del dolore e della morte nell'avventura umana, scomparsa l'accettazione delle leggi naturali fondata su interpretazioni non esclusivamente scienziistiche e performative dell'esistenza, il medico e il sistema sanitario vengono considerati responsabili di ogni malattia, di ogni mancata guarigione, di ogni sofferenza.

Scomparso dall'orizzonte formativo e dall'abitudine professionale dei medici ogni attenzione per l'uomo e per la relazione, scomparso ogni mandato etico e ogni capacità di riconoscere "*accanto all'aspetto demiurgico del sapere e dell'arte, il dolore - contenuto nella comune matrice umana, corporea e mortale - che unisce, al di là dei ruoli, medico e paziente*"<sup>10</sup>, sopravvive appena un interesse per la realtà astratta delle malattie, o più spesso per gli aspetti di contorno - legali, sindacali, retributivi - del proprio lavoro.

Nessuna educazione si dà tra interlocutori reciprocamente invisibili.

---

9. Secondo dati Censis del 2014, le decisioni sanitarie sono prese dai pazienti - o meglio dai consumatori - nella stragrande maggioranza dei casi sulla base di informazioni raccolte dal *web*, da radio e tv e da amici e conoscenti

10. A.Grieco, V.Lingiardi, *Il guaritore ferito*, introduzione a: H. G.Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, Cortina, Milano, 1994. Per poter curare, o per poter comunicare (e talvolta è la stessa cosa), un medico non deve mai pensarsi separato dal suo aspetto di paziente, come suggerisce l'immagine potente di Eliot: "*Il chirurgo ferito maneggia l'acciaio/ Che indaga la parte malata / Sotto le mani insanguinate sentiamo/L'arte tagliente e pietosa di chi guarisce/E scioglie l'enigma del diagramma della febbre*" T.S.Eliot, *Quattro quartetti*, Einaudi, Torino, 1975

## E quindi?

Educare è dunque oggi andare senza strumenti e senza autorevolezza, senza linguaggio né repertori condivisi contro un fortissimo *mainstream* anti- e a-educativo, che fin qui si è tentato - pur con fortissime semplificazioni - di delinearne. Significa lottare contro dinamiche che ormai passano sopra la testa dei cittadini e dei medici; significa proporre qualcosa che sempre più spesso è oggettivamente non più praticabile.

C'è qualcosa da fare per opporsi a tutto ciò? Per cercare di invertire la tendenza? Per cercare di ricreare uno spazio per l'educazione alla salute?

Le conclusioni logiche di una tale analisi porterebbero - per la verità con automatismi logici forse un po' datati - a proporre il tentativo di ricostruire attitudini critiche personali sia tra i medici (sistema formativo) sia nelle società civili (riattivazione del piano collettivo), che generino opzioni etiche ed ideologiche forti, per puntare sulla costruzione di una nuova oggettività sociale che radichi e giustifichi, e orienti, il diritto alla salute. Una nuova oggettività libera, ossia antimercatista e de-digitalizzata/de-tecnologizzata, fondata sul giusto e non sull'utile, sulla qualità e non sulla quantità. Porterebbe ad auspicare l'affermarsi di una cultura comunitarista, in cui alcuni beni *meritori*<sup>11</sup> (tra cui la salute) possano essere considerati fuori dalle dinamiche di mercato, e promuovibili solo perché intrinsecamente di valore; perché solo in tale cultura essi possono essere commisurati ad una *definizione collettiva e condivisa di utilità e di valore*, ed essere prodotti da una *organizzazione sociale non commerciale*.

Ma queste proposte, del tutto soddisfacenti sotto il profilo speculativo, oltre a mostrarsi fatalmente generiche, e carenti di indicazioni essenziali (chi dovrebbe fare tutto ciò? e perché?) paiono scontrarsi con gli stessi termini dell'analisi che le hanno generate; gli stessi contorni culturali e reali della società, come fin qui lumeggiati, sembrano avere la straordinaria, intrinseca forza di relegarle appunto al puro piano speculativo.

In mancanza, a tutt'oggi, di prospettive di cambiamenti radicali per i quali mancano le teorie e gli attori, la risposta è dunque forse che l'educazione alla salute, la sua difesa e i tentativi di praticarla, vengano da chi continua ad occuparsene considerati una nobile per quanto residuale testimonianza civile; in attesa di un futuro - che appare piuttosto vicino, e piuttosto ineluttabile - in cui dell'educazione scompaia del tutto ogni senso, ogni necessità, ogni progetto, e la parola stessa.

---

11. J.E Stiglitz, *Economics of the Public Sector*, W.W. Norton & Company, New York, 2000