

La salute pubblica come scienza sociale: riflessioni sulle possibilità di una salute pubblica globale

Elena Carolina

Universidad Abierta y a Distancia de México

Email: carolina8@gmail.com

Astratto

Gli stretti rapporti storici tra medicina e sanità pubblica hanno comportato, di conseguenza, per quest'ultima, l'eredità di tratti epistemologici tradizionalmente caratteristici di una concezione positivista della scienza su cui è stata sostenuta gran parte dello sviluppo teorico della medicina moderna. Dal punto di vista di questo riferimento ontologico, epistemologico e metodologico del positivismo, la salute è stata ridotta a spiegazioni deterministiche, lineari e causaliste che cancellano sistematicamente ogni riferimento al mondo della vita (Lebenswelt), sia per il ricercatore che per il "oggetti" di ricerca. Le pretese scientifiche della salute pubblica sono diventate sporgenti sul suo impegno politico ed etico, allargando anche il divario tra le conoscenze scientifiche e le specifiche condizioni di esistenza degli attori sociali e il loro rapporto con la salute. Questo lavoro presenta alcune riflessioni sulle condizioni di possibilità per un approccio globale ai problemi di salute pubblica. Queste riflessioni si basano su una concezione della salute come fenomeno sociale, vale a dire come elemento emergente dalla complessa trama delle relazioni intersoggettive tra attori sociali, in uno specifico orizzonte sociale e storico. Vengono anche discusse le implicazioni epistemologiche, etiche e politiche di questa prospettiva per la ricerca sulla salute pubblica

Parole chiave: Salute Pubblica, Epistemologia, Comprensione, Scienze Sociali.

A. INTRODUZIONE

La storica parentela tra medicina e sanità pubblica ha comportato, per quest'ultima, l'eredità di caratteri epistemologici propri della medicina moderna, che si è tradotta nel tentativo di affrontare i problemi di salute delle comunità sulla base dei medesimi presupposti ontologici, epistemologici e metodologici della scienze naturali da cui sono stati studiati i problemi della medicina. Questa tradizione di pensiero analitico empirico è entrata nell'Ottocento con i sogni dell'Illuminismo come bandiera, di pari passo con la borghesia e con l'obiettivo di sviluppare una conoscenza che consentisse il dominio della natura e il progresso materiale (Mardones, 1991).

Il positivismo, paradigma dominante nella medicina e nella scienza moderna, aveva indicato i criteri di demarcazione di ciò che è considerato degno della scienza e quelli di ciò che dovrebbe essere considerato solo come speculazione, poesia o retorica, tralasciando i problemi che erano irriducibili ad affermazioni suscettibili di misurazione

e controllo sperimentale. Sotto questa egida, la medicina moderna ha assunto la salute e la malattia come fenomeni legati a un organismo meccanico, astratto, analizzabile, spiegabili con leggi che consentono di stabilire relazioni di causa-effetto (erklären). In una prospettiva positivista, la salute è ridotta alla malattia, all'individuo, al piano dei fenomeni osservabili empiricamente e alla semplicità unidimensionale di un ordine determinato meccanicamente (Breilh, 2006).

Anche la sanità pubblica è stata costretta ad adottare un tale modello per spiegare la salute dei gruppi umani, assumendo la metafora dell'"organismo collettivo", sottoposto a un insieme di fattori determinanti dai quali può essere spiegato, previsto e controllato il proprio oggetto di studio. Il successo della medicina sulla malattia individuale ha generato un clima di ottimismo che ha portato a considerare la possibilità di fondare una "malattia sociale", chiamata salute pubblica, cercando di spiegare la malattia collettiva come somma delle malattie individuali, e cercando le cause di malattia che sono macchina fuori dal corpo, prendendo come campo di ricerca e di azione il calcolo del rischio e la prevenzione delle malattie (Ugalde, 2008).

A metà dell'Ottocento scoppiò la controversia tra le scienze della natura e le cosiddette "scienze dello spirito", promossa, tra gli altri, da Wilhem Dilthey, che propose di fondare la storia e le altre scienze che riguardano l'uomo purché sia storico e sociale. L'oggetto delle scienze dello spirito non sarà allora ciò che è esterno all'uomo (fatti oggettivi), ma l'ambiente in cui l'uomo è inserito (Mardones, 1991).

Questa situazione configura una nuova "geopolitica" della scienza, un'organizzazione dei suoi territori, attraversati da processi di colonizzazione, tentativi di indipendenza e ogni tipo di lotte e tensioni, per difendere l'identità epistemica di ogni dominio della scientificità. Tuttavia, questa geopolitica della scienza ha generato solo l'allargamento del divario tra scienza e conoscenza e la frammentazione della realtà in oggetti di studio sconnessi che rendono impossibile affrontare fenomeni complessi che vanno oltre i compartimenti stagni disciplinari.

Sebbene questa esperienza di crisi fosse inizialmente una caratteristica attribuita alle scienze sociali e umane — come la sociologia e la psicologia, tra le altre —, anche le scienze naturali sono state oggi scosse nelle loro fondamenta e molte di esse sono in corso di revisione e discussione dei suoi presupposti fondamentali (Martinez, 2000).

La salute pubblica ha dovuto affrontare una lotta particolarmente intensa in questo processo di organizzazione dei suoi "domini di scientificità", dato che i suoi territori sono stati contesi vigorosamente, i suoi confini sono appena delimitati e la sua magna carta epistemica estremamente sfocata. La sanità pubblica ha costruito i suoi territori proprio là dove si apre il divario tra le scienze naturali e le scienze spirituali e, quindi, nello spazio del globus intellectualis dove il terreno è più instabile e insicuro. Allo stesso tempo, il territorio della sanità pubblica è stato governato da paradigmi concorrenti che hanno allargato il divario tra le diverse concezioni dell'uomo e del mondo nel tentativo di colonizzare il territorio dell'oggetto "salute". E mentre le scienze naturali

e le scienze sociali contestano la legittima cittadinanza del loro oggetto di studio, le condizioni di vita delle persone e dei gruppi umani diventano sempre più critiche e la voce degli scienziati, sempre più timida e inoperante.

Data l'impossibilità di ridurre la conoscenza dei problemi di salute pubblica a modelli matematici esplicativi, è essenziale adottare approcci globali che rendano possibile il recupero del mondo della vita come orizzonte di comprensione della salute, che si è offuscato nell'oggettivazione generata dai discorsi della medicina e della sanità pubblica tradizionale (Ugalde, 2008).

La domanda sulle condizioni scientifiche della salute pubblica non è solo un'epistemologica questione, ma, soprattutto, una questione etica e politica fondata sull'inevitabile impegno di autoriflessione che permette di svelare gli interessi che stanno alla base dei processi di generazione della conoscenza e le possibilità offerte da tale conoscenza nella trasformazione delle realtà sociali che pongono un freno allo sviluppo individuale e sociale e che incidono sulle condizioni di salute dei gruppi umani.

Lo scopo di questo lavoro è di delineare la possibilità di una salute pubblica globale e le sue implicazioni epistemologiche, metodologiche ed etiche, in cui la comprensione non è assunta come un'antinomia esplicativa, ma come un'alternativa democratica all'affrontare la salute - dalla ricerca e dalla pratica - come fenomeno sociale.

B. METODO

Il modo per comprendere l'oggetto e rispondere alla formulazione del problema è utilizzare i metodi. Il metodo utilizzato deve essere preciso e conforme alle caratteristiche dell'oggetto di studio e alla natura della ricerca. Quindi, questo studio utilizza un metodo descrittivo qualitativo, ovvero i dati ottenuti verranno descritti per comprendere e conoscere i fenomeni nello studio. Questo metodo mira a comprendere il significato di fondo del comportamento umano. Inoltre, i metodi qualitativi vengono utilizzati anche per produrre dati approfonditi e ottenere un quadro completo. Questa ricerca è stata condotta utilizzando la ricerca in biblioteca, che è una ricerca condotta esaminando le fonti di dati sotto forma di libri, articoli, articoli e altri risultati di ricerca che sono ancora rilevanti per l'oggetto della ricerca.

C. RISULTATO E DISCUSSIONE

La questione dello stato scientifico della salute pubblica è legata alla natura del suo oggetto di studio. Mentre alcuni autori propongono l'esistenza di una sanità pubblica scientifica, basata sull'esistenza di un definito oggetto di studio e di un insieme di teorie e procedure metodologiche per lo sviluppo della loro ricerca (Cardona & Franco, 2005), altri contraddicono questa posizione e affermano che non esiste un unico oggetto di studio per la salute pubblica, che si evidenzia nella coesistenza di correnti diverse (la corrente istituzionale, la medicina sociale latinoamericana, la salute collettiva, tra le altre), e quindi sostengono che la salute pubblica non può essere considerata una disciplina

scientifica autonoma, ma piuttosto come campo di conoscenze e pratiche transdisciplinari (Gonzales, 2007).

Nella prospettiva kuhntiana della sociologia della scienza, l'esistenza di molteplici oggetti di studio denota uno stato di immaturità, data la mancanza di accordo sulla matrice disciplinare e gli esempi condivisi di una disciplina scientifica (Kuhn, 2019). Se la salute pubblica pretende di essere una scienza, seguendo le linee guida della sociologia della scienza di Kuhn, dovrebbe garantire l'unità del suo oggetto di studio e, inoltre, supportare epistemologicamente e metodologicamente la possibilità di affrontare "scientificamente" tale oggetto. .

Questa ostinazione con il modello delle scienze naturali porta con sé almeno una delle due conseguenze per la salute pubblica: la mutilazione del suo oggetto di studio e/o la definitiva impossibilità di diventare una scienza. La mutilazione dell'oggetto di studio si riferisce all'abbandono intenzionale di un insieme di problemi che non possono essere affrontati seguendo i fondamenti metodologici delle scienze naturali, cioè quei fenomeni di natura semantica che sfuggono alle possibilità di misurazione, controllo, generalizzazione e previsione . Questo processo di "selezione artificiale" dei suoi problemi fondamentali potrebbe portare la salute pubblica a definire con precisione i limiti del suo oggetto di studio per soddisfare i criteri di demarcazione delle scienze positive, ma porterebbe contemporaneamente all'esclusione di un gruppo di problemi per la comprensione della salute pubblica come fenomeno sociale e politico. Tuttavia, l'impegno per questi problemi di natura semantica solleva sospetti tra coloro che mantengono una concezione naturalistica della scienza e si interrogano sulla possibilità di affermare senza esitazione che la salute pubblica è una "scienza autentica".

Di fronte a questo bivio, è necessario ripensare il problema per superare l'estrema difesa di un moderno ideale di scientificità, sempre più logoro e indebolito. Due considerazioni permetterebbero di reindirizzare il problema: in primo luogo, la salute pubblica ha un oggetto di studio che ne definisce il campo di conoscenza, ma tale oggetto di studio è un "oggetto plurale"; in secondo luogo, la salute pubblica trova nuove possibilità di realizzazione nel campo delle scienze sociali per affrontare problemi impensabili nel quadro delle scienze naturali.

Quando si parla di "oggetto di studio plurale", non si fa riferimento a molti oggetti di studio, ma a un insieme di problemi di diversa natura che si articolano tra loro, non solo dal loro rapporto logico, ma anche dal loro rapporto politico, sociale e relazioni etiche. In termini generali, si può affermare che l'asse articolare dei problemi che compongono la sfera oggettiva della salute pubblica è l'insieme delle condizioni di salute e benessere dei gruppi di popolazione in ogni particolare contesto storico sociale (Cardona et al. 2008), tenendo conto sia delle condizioni del mondo oggettivo sia delle condizioni del mondo sociale e del mondo soggettivo. È possibile, ad esempio, effettuare un'analisi epidemiologica per stabilire in modo "oggettivo" i fattori legati alla gravidanza adolescenziale, senza che ciò vanifichi la possibilità e la necessità di affrontare il

fenomeno da una prospettiva globale che consenta le costruzioni di significato intorno all'esperienza del corpo, della relazione con l'altro, della paternità e della maternità, tra gli altri.

Questa pluralità dell'oggetto di studio della salute pubblica non è una base per affermare l'impossibilità di diventare una disciplina scientifica, ma, al contrario, è un indicatore della complessità inerente ai fenomeni relativi alla salute, che non possono essere ridotti ad un'unica prospettiva. Ed è proprio in questa irriducibilità della salute al continente naturale del *globus intellectualis* che emerge una nuova possibilità: l'assunzione della salute pubblica come scienza sociale.

Questa affermazione rappresenta una rottura con le concezioni mediche di salute e malattia ed è costruita sul presupposto che la salute sia un fenomeno sociale. Pensare alla salute in questo modo implica aprirsi a nuovi problemi, sviluppare nuovi metodi e nuove riflessioni etiche e politiche sulla ricerca. Alcune prospettive di salute pubblica, come la salute pubblica alternative (Ugalde, 2008) e l'epidemiologia critica (Breilh, 2006) hanno fatto progressi significativamente in questa direzione.

A differenza delle realtà naturali, che possono essere ridotte a spiegazioni causali, oggettive di natura deterministica, la realtà sociale è costituita dall'insieme di tutti gli oggetti culturali e di tutte le istituzioni sociali che danno origine all'esistenza quotidiana degli uomini, di cui rendono possibile l'esperienza di un mondo non privato, ma intersoggettivo, comune a tutti gli uomini, che implica intercomunicazione e linguaggio; in questo senso, l'obiettivo delle scienze sociali è raggiungere una conoscenza organizzata di detta realtà sociale (Schutz, 1974). Una salute pubblica completa richiede una comprensione della salute dalla vita stessa, e non solo dal calcolo del rischio che si verifica all'esterno e prima che la malattia si manifesti nella macchina del corpo (Ugalde, 2008).

Secondo Schütz, "il mondo della natura, come esplorato dallo scienziato naturale, non 'significa' nulla per molecole, atomi ed elettroni. Ma il campo di osservazione dello scienziato sociale, la realtà sociale, ha un significato specifico e una struttura di significato per gli esseri umani che vivono, agiscono e pensano al suo interno" (Schutz, 1974). Dal punto di vista delle scienze naturali, la salute è un fenomeno determinato da condizioni che, essendo al di fuori o all'interno dell'organismo, sono comunque al di fuori del soggetto, cioè dell'universo di significato che gli uomini costruiscono e le donne nell'interazione con dette condizioni; Dal punto di vista delle scienze sociali, invece, la salute è assunta come un fenomeno significativo, che non è esterno all'uomo, alla cultura e alla società, ma è costitutivo e costitutivo dell'umano, che culturale e sociale. La salute, intesa come fenomeno sociale, può essere intesa solo come costruzione simbolica - di natura linguistica - che emerge nell'insieme delle relazioni sociali tra soggetti che, in un determinato contesto storico, condividono valori, significati e pratiche attorno al corpo, benessere, malattia, vita e morte.

Nella classica disgiunzione tra le scienze della natura e lo spirito, spiegazione e comprensione si presentano come due poli opposti e inconciliabili: la spiegazione

costituisce la pretesa di rendere conto del mondo in termini di leggi che stabiliscono relazioni tra cause ed effetti per la previsione e controllo dei fenomeni (naturali o sociali), mentre la comprensione cerca di comprendere il significato e il significato delle azioni umane

Questa distinzione è supportata dall'idea che esistono due diversi "ordini" della realtà: il primo — quello della spiegazione — si riferisce ad una realtà oggettiva, materiale, determinata da leggi logicamente esprimibili, che esiste indipendentemente. del soggetto e che costituisce il "mondo naturale". D'altra parte, la comprensione si riferisce a un universo costruito soggettivamente e intersoggettivamente, in cui la realtà non è altro che una rete di significati che emerge nei rapporti dei soggetti con se stessi, con gli altri e con le cose in un contesto determinato storico.

Questa dicotomia è oggi tanto indebolita quanto altri dei tanti supporti della modernità (corpo/mente, spirito/materia, quantitativo/qualitativo, salute/malattia). Tra il sociale e il naturale non possono esistere che relazioni segnate da distinzioni, poiché il naturale esiste — almeno come fenomeno — in quanto attraversato dal linguaggio, così come tale linguaggio diventa possibile solo dalle condizioni naturali di un organismo in un dato ambiente biochimico. La "comprensione" non è un sostituto della spiegazione, né un livello inferiore o superiore di essa; è la possibilità di rendere intelligibile un insieme di problemi di natura semantica, che non possono essere ridotti a una spiegazione formale né affrontabili al di fuori dei contesti con i quali formano un'unità indivisibile.

Secondo Gadamer, la comprensione ermeneutica non è solo un metodo, come avevano proposto Scheleiermacher e Dilthey, ma designa il modo di essere degli esseri umani (Gadamer, 1994). La comprensione non è un metodo per la conoscenza di un oggetto scelto, ma un processo che si presuppone all'interno dell'accadere di una tradizione.

Comprendere è una via possibile per arrivare alla comprensione di quegli oggetti che si sono costituiti prima di ogni intervento teorico, cioè oggetti che sono strutturati simbolicamente, che incarnano strutture di una conoscenza preteorica, elementi del "mondo della vita" che sono generati attraverso il linguaggio e l'azione (Habermas & Redondo, 1987). Quanto sopra è coerente con l'affermazione del Grandi secondo cui "nella sanità pubblica occorre interpretare le azioni generate dalle strutture, che a loro volta ne consentono o ne limitano lo sviluppo. Per questo non dobbiamo solo spiegare le strutture, ma dobbiamo anche interpretare le azioni" (Ugalde, 2008). Il riconoscimento di una strutturazione simbolica della salute come oggetto di studio per le scienze sociali mette in luce gli aspetti soggettivi di significato — inaccessibili direttamente attraverso l'osservazione o il controllo sperimentale — (Habermas & Redondo, 1987) che costituiscono il supporto di credenze, comportamenti e rappresentazioni intorno fenomeni legati a quella che si presume essere "salute" (il rapporto con il corpo come costruzione simbolica, l'igiene, il rapporto con le istituzioni, le linee guida educative, le abitudini alimentari, ecc.) . In questa prospettiva, la salute non è un "fatto", ma una

costruzione simbolica, accessibile solo attraverso il linguaggio, che sfugge alla riduzione analitica a favore di una lettura contestuale che riconosca particolarità storiche, sociali e culturali. degli scenari in cui i soggetti nascono, vivono, interagiscono, costruiscono i loro progetti, "si ammalano" e muoiono. In questo senso Schütz afferma che le costruzioni scientifiche delle scienze sociali sono costruzioni sulle costruzioni già fatte dagli attori sociali e, quindi, sono considerate "seconde costruzioni" che devono essere adattate alla comprensione di quelle delle "cons-first istruzioni". "avere gli attori sociali (Mardones, 1991). Pertanto, la salute non è intesa come un oggetto in sé (obiettivo), ma piuttosto come le costruzioni simboliche degli attori sociali sulla salute nello scenario del mondo della vita.

La salute è per il ricercatore sociale un oggetto "pre-interpretato", già carico di significati attribuiti dagli attori sociali. Questa particolare situazione implica una doppia ermeneutica (Giddens, 1987), cioè un'interpretazione di dati che sono stati precedentemente interpretati dagli attori sociali. I dati nelle scienze sociali non sono "asettici", non sono "raccolti" indipendentemente dal ricercatore; al contrario, il ricercatore è partecipe dei processi di comprensione dei fenomeni sociali e, a tal fine, deve utilizzare i linguaggi che trova nel suo ambito oggettuale, poiché questo è l'unico modo possibile di accedere ai dati [undici].

La definizione aristotelica dell'uomo come "essere vivente dotato di logos" è stata mantenuta nella tradizione occidentale sotto l'idea di un animale razionale; tuttavia, come fa notare Gadamer, la traduzione di "logos" con "ragione" o "pensiero" è insufficiente, poiché la parola "logos" significa preferibilmente "linguaggio" (Gadamer, 1994).

Dal punto di vista della scienza positivista, più specificamente nel contesto del Circolo di Vienna, è stata proposta una nuova logica del linguaggio che aveva lo scopo di fondare un linguaggio per la scienza che fosse trasparente, oggettivo e rigorosamente radicato nella realtà empirica. Tuttavia, questa pretesa di ridurre il linguaggio a una serie di precetti tecnici aumenta il divario tra scienza e vita quotidiana e paradossalmente liquida come "nonsense" quei problemi relativi al significato, cioè le costruzioni semán. - tic che non hanno una corrispondenza empirica, ma un rapporto simbolico con la realtà. A questo proposito, afferma

Heissenberg (1974): "D'altra parte, l'analisi logica del linguaggio porta con sé il pericolo di una semplificazione eccessiva e di un certo unilateralismo nell'apprezzamento delle possibilità del linguaggio. Sebbene la logica crei il presupposto per un linguaggio scientifico, all'interno del quale si raggiunga l'unicità di significato e la precisione degli argomenti, non offre, d'altra parte, la capacità descrittiva del linguaggio colloquiale, che possiede mezzi molto più ricchi di espressione".

In una prospettiva globale, tutto ciò che è umano è umano perché attraversato dal linguistico; la lingua non è un mezzo o uno strumento; È la condizione sine qua non di possibilità di ogni processo di comprensione umana: "Ogni processo interumano di

comprensione è un processo linguistico, così come lo stesso processo di comprensione è un fatto linguistico, anche quando si riferisce a qualcosa di extralinguistico"

Il linguaggio permette all'uomo di comunicare i suoi pensieri e costruire concetti comuni che rendono possibili la convivenza, la vita sociale, la vita economica, la politica (Gadamer, 1994) e, naturalmente, la stessa scienza (non si può dimenticare che i dati epidemiologici, in particolare caso di salute pubblica, sono anche una forma di linguaggio, suscettibile di interpretazione).

Il passaggio verso una salute pubblica globale richiede un dialogo autentico tra le parti interessate nello Stato, ricercatori e attori sociali, che consenta la comprensione delle costruzioni di significato e dei quadri semantici di riferimento da cui le persone, i leader e i ricercatori pensano e agiscono che condividono con il sociale attori. il mondo della vita.

Molte delle azioni e delle ricerche che si stanno portando avanti nel campo della salute pubblica allargano il divario tra funzionari governativi e scienziati, da un lato, e attori sociali, dall'altro, poiché i bisogni e i problemi, nonché i modi per farlo, nascono negli sportelli dei dipendenti pubblici o nelle aule delle università, ma non nel vero dialogo orientato alla comprensione delle costruzioni di senso che orientano l'azione e il pensiero delle persone in relazione alla salute.

Quando l'operatore sanitario si impegna genuinamente nel dialogo, deve essere disposto a trasformare i suoi punti di vista rispetto al dialogo con gli attori sociali; Devi impegnarti per le tue idee nello stesso modo in cui ti impegni per le idee dei tuoi interlocutori per evitare di imporre le tue argomentazioni. Solo nella conversazione è possibile disfare il blocco che genera l'aggrapparsi alle proprie opinioni (Gadamer, 1994).

Il potere e l'autorità attribuiti al ricercatore in ragione delle sue conoscenze e del suo ruolo di "produttore di affermazioni vere" sono diventati il più grande ostacolo al dialogo autentico con gli attori sociali. Il presupposto che la conoscenza scientifica costituisca un "bene" che va non solo difeso, ma anche imposto "a favore" di persone e comunità è il presupposto iniziale dell'alienazione generata da una scienza non pensante, che cerca di colonizzare -selvage il mondo della vita. Come dice Gadamer: "Questa stessa stima limita costantemente la libertà critica che tanto è ammirata nel ricercatore, invocando l'autorità della scienza quando in realtà si tratta di lotte politiche per il potere" (Gadamer, 1994).

Un altro aspetto che ha allontanato la scienza dal dialogo autentico è il travolgente entusiasmo generato dalle "prove" scientifiche. L'evidenza è diventata il criterio supremo per il processo decisionale politico, accademico e professionale; È il nuovo volto della verità che fonda molti dei programmi, dei progetti e delle politiche pubbliche sulla salute, "esonendo" il ricercatore o il professionista dal entrare in contatto con gli attori sociali per la definizione dei bisogni e dei problemi e per l'accordo delle modalità per avvicinarli. Secondo Hernández, "la salute pubblica basata sull'evidenza è l'esecuzione e la valutazione dell'efficacia di interventi, piani, programmi, progetti e politiche nella salute

pubblica attraverso l'applicazione di principi di ragionamento scientifico, compreso l'uso sistematico di dati e informazioni sistemi di addestramento "(Hernandez, 2003). L'evidenza costituisce ciò che è "già detto", che non è detto da nessuno, poiché nell'evidenza non ci sono ricercatori concreti, storicamente situati, né soggetti concreti, storicamente situati. È una specie di oracolo che si consulta e dal quale si riceve una risposta, ma in assenza di ogni forma di dialogo autentico. L'atteggiamento acritico nei confronti dell'evidenza è il contrario del dialogo e della condanna a morte per la comprensione, perché di fronte a prove "indiscutibili" gli attori sociali (e in molte occasioni ricercatori e funzionari pubblici) non hanno altra scelta che non essere muti e sottomessi seguiti le indicazioni dell'"oracolo".

Le teorie sulla salute abitano solo nelle menti degli accademici e nei loro libri e riviste, proprio come le politiche pubbliche abitano le menti dei governanti e i documenti che le contengono, ma l'esperienza della salute è costruita sulla vita quotidiana di particolari uomini e donne, ed è spesso separato da tali teorie e politiche. È necessario conciliare il linguaggio della scienza e il linguaggio quotidiano per superare la leggendaria inintelligibilità della scienza [10], per generare dialoghi costruttivi e performativi tra sapere popolare e sapere scientifico, senza interessi di dominio l'uno sugli altri.

La generazione di conoscenze teoriche che consentano di spiegare i fenomeni legati alla salute e alla malattia è stato uno dei compiti che la sanità pubblica si è occupata come episteme; cioè, come dominio di scientificità. Queste teorie tentano, da una razionalità strumentale, di ridurre i fenomeni di salute pubblica a formulazioni astratte che danno origine a un sapere articolato, formalizzato e comunicabile, che è quello che circola nelle riviste scientifiche e nelle università e negli eventi accademici.

Gadamer riprende la distinzione aristotelica tra razionalità teorica (scienza) e razionalità pratica (*phronesis*) per evidenziare il rapporto delle scienze dello spirito con l'etica e la politica, fondate sul concetto di applicazione. Per Aristotele la conoscenza teorica è insegnabile, trasmissibile, una –conoscenza dell'inalterabile che poggia sulla dimostrazione– (Gadamer, 1977) mentre la conoscenza pratica si riferisce a una conoscenza morale, che prende forma solo nell'azione e che, quindi, non può essere trasmessa allo stesso modo dell'episteme o della stessa *techné*, poiché insufficienti a guidare l'azione umana perché non contengono in sé un principio applicabile alle situazioni concrete. Ciò è evidente, ad esempio, nel caso della scienza moderna, che è riuscita a controllare con le proprie relazioni logiche, ma non ha saputo controllare i fini a cui tale conoscenza è applicata, come è stato chiaramente affermato dai tempi di Hiroshima; l'applicazione ragionevole della nostra conoscenza è possibile solo dalla nostra capacità umana e politica globale (Gadamer, 1977) di una razionalità pratica che ci permette di guidare le azioni eticamente e politicamente.

Affermare che la salute pubblica è una –scienza morale–, nel senso di Gadamer, non implica una rinuncia allo sforzo teorico che sta portando avanti, ma piuttosto

costituisce un richiamo all'attenzione sull'urgenza di avanzare nell'aggiornamento di queste produzioni epistemiche, basato su un impegno etico e politico che consenta di orientare l'azione di uomini e donne verso condizioni di salute più dignitose, basato su una migliore comprensione tra gli attori impegnati nella cura della salute dei collettivi umani. Insieme alla phronesis appare la comprensione, come fa notare Aristotele, poiché si può parlare di comprensione solo quando si è raggiunto uno spostamento del giudizio fino alla piena realizzazione della situazione in cui l'altro agisce: phronesis e comprensione non possono essere intese come una conoscenza generale, ma come qualcosa di concreto e temporaneo (Gadamer, 1977).

L'impegno etico e politico della salute pubblica non può essere ridotto ad un'azione paternalistica di intervento sugli oggetti passivi, svolta da funzionari dello Stato e della scienza che si danno il potere di determinare ciò che è buono e conveniente per le persone. L'operatore sanitario del XX secolo appare come un tecnico normativo che, sotto il potere dello Stato, dispiega il suo arsenale tecnico normativo per controllare il funzionamento selvaggio della natura e del comportamento umano e per avanzare verso un mondo di salute e razionalità (Ugalde, 2008). La conoscenza pratica, al contrario, si costituisce come conoscenza etica solo quando permette e promuove lo sviluppo dell'autonomia delle persone e dei gruppi umani, e genera tutte le condizioni necessarie affinché esse si assumano in luogo di decidere, responsabilmente, della vostra propria vita e salute.

Solo nella conoscenza pratica, nell'applicazione, è possibile una comunione tra il mondo della scienza e il mondo della vita, e in questo senso l'impegno etico e politico del ricercatore di sanità pubblica non si limita alla generazione della conoscenza, ma alla sua applicazione, nel senso gadameriano di attualizzare la tradizione nell'orizzonte attuale dell'interprete: "Il compito della decisione morale è colpire la cosa giusta in una situazione concreta, cioè vedere cosa è corretto e farlo. Inoltre, coloro che agiscono moralmente devono servirsi di qualcosa e scegliere i mezzi appropriati, e le loro azioni devono essere guidate in modo riflessivo come quello dell'artigiano" (Gadamer, 1977).

Come affermato da Granda, è necessario passare da operatore tecnico sanitario normativo a operatore sanitario interprete-caregiver e mediatore, che sappia interpretare le costruzioni di significato degli attori sociali nella loro vita quotidiana, sviluppare azioni volte a promuovere la cura della salute e che mediano strategicamente tra i poteri scientifici, politici ed economici per migliorare la salute e le condizioni di vita (Ugalde, 2008) come obiettivo finale di qualsiasi azione di salute pubblica, sia investigativa, politica o professionale.

Il cartesianismo, e con esso la modernità, hanno inaugurato una tradizione in cui la conoscenza scientifica è diventata la via regale per accedere alla verità, senza che il soggetto debba essere alterato o modificato: «Il soggetto agisce sulla verità, ma la verità ha smesso di agire sul soggetto" (Foucault, 1994). L'io della filosofia di Cartesio è un io impersonale, una cosa che pensa (Cartesio, 1904), un soggetto de-soggettivato. La scienza

moderna cerca di oggettivare la tradizione e mira anche a eliminare sistematicamente qualsiasi influenza di l'orizzonte dell'interprete sulla sua comprensione, cioè di rimanere indipendente da ogni applicazione soggettiva per il bene della sua metodologia (Gadamer, 1977) Se si tratta di rendere più oggettiva la conoscenza, l'esclusione del soggetto non è solo possibile, ma necessario: questa soppressione del soggetto e la sua sostituzione con il metodo ha significato il passaggio dall'ascesi all'asepsi.

L'ideale moderno dell'oggettività ha cercato incessantemente di mantenere asettico il sapere scientifico per evitarne la "contaminazione" con qualsiasi tipo di interesse; Tuttavia, come ha chiarito Habermas, ogni conoscenza è inseparabilmente legata a un interesse, e la negazione di questa condizione simbiotica tra i due non è altro che un tentativo di proteggere la scienza dai rischi che essa comporta. autoriflessione (Habermas, 1997). Questa pratica autoriflessiva è una pratica ascetica, cioè una consapevolezza da parte del ricercatore degli interessi cognitivi che lo sottendono e anche degli interessi politici, economici o sociali che, consciamente o inconsciamente, permeano la sua ricerca.

Avvicinarsi alla ricerca in una prospettiva ascetica implica quindi una reintroduzione del ricercatore come soggetto partecipante alla ricerca, e non solo come qualificato operatore del metodo scientifico: «Capire non è tanto la corretta affermazione di un punto di vista, quanto una trasformazione in una comunione in cui non rimaniamo come eravamo» (Saenz, 2001). Parimenti, l'azione in sanità pubblica implica per il ricercatore un processo di costruzione della soggettività, attraversando un soggetto della vita, un soggetto epistemico, poi un soggetto pubblico da ricostituire e, infine, un soggetto della vita impegnato nel cambiamento richiesto (Ugalde, 2008).

Nella ricerca sociale, la ricercatrice non può rinunciare alle conoscenze preteoriche che possiede come membro del mondo della vita, cioè non può rinunciare al proprio mondo della vita, poiché questo è insito in ogni processo di comprensione (Habermas & Redondo , 1987). Habermas propone il recupero di una posizione in prima persona che, attraverso un rapporto intersoggettivo con una seconda persona, assume una posizione non oggettivante (come la posizione di terza persona), ma un atteggiamento performativo: "La realtà simbolicamente prestrutturata costituisce un universo che deve risultare incomprensibile se solo lo si guarda con gli occhi di un osservatore incapace di comunicare. Il mondo della vita è aperto solo a un soggetto che si avvale della sua competenza linguistica e della sua competenza d'azione" (Habermas & Redondo, 1987).

La comprensione della salute pubblica è possibile solo se il ricercatore si assume come partecipe di un orizzonte condiviso con i soggetti ei gruppi umani in cui si intreccia la complessa trama dei rapporti sociali, culturali, politici e storici. la salute come universo semantico. In una prospettiva globale, il ricercatore di salute pubblica si assume come parte della realtà osservata e, in questo stesso senso, adotta necessariamente una posizione interessata che deve diventare una posizione di compromesso: il significato ultimo di un approccio globale ai problemi di salute pubblica deve essere la convinzione

del ricercatore che i significati attribuiti a salute, malattia, vita, morte, povertà e altre categorie di interesse della disciplina possano essere trasformati (ri-significati), operando da ciò trasformazioni nei modi di vita e nelle condizioni materiali di esistenza. Il tema della soggettività, recentemente introdotto nella sanità pubblica, ha permesso di comprendere l'importanza di questa prospettiva per il rafforzamento del soggetto dell'azione e per la costruzione di un potere simbolico alternativo, senza il quale è impossibile un progresso veramente emancipativo (Breilh, 2006).

D. CONCLUSIONE

La proposta di una sanità pubblica globale non ha uno scopo colonizzante di iscriverla la sanità pubblica in uno dei continenti del *globus intellectualis*, ma ha piuttosto uno scopo democratizzante in cui i problemi legati al mondo della vita, in cui entrano complessi compagni di il significato in cui la salute emerge come costruzione sociale può essere presa in considerazione come problemi di conoscenza scientifica legittimi, sotto presupposti diversi da quelli della scienza positiva. La salute pubblica globale non costituisce un'antinomia di approcci esplicativi, ma sostiene piuttosto il riconoscimento della natura complessa dell'oggetto di studio "salute", che diventa irraggiungibile da un'unica prospettiva; A tal fine, però, è necessario generare strategie che rendano possibile la convergenza di dette prospettive e non semplicemente la somma di metodi che perpetuano la frammentazione dei problemi. In primo luogo, è necessario un nuovo impegno etico da parte dei ricercatori per consentire di riconoscere e legittimare diversi approcci alla conoscenza e per stabilire dialoghi costruttivi sui problemi di salute pubblica. Non è possibile continuare a concepire la popolazione e la natura come oggetti, ma è necessario comprenderli come soggetti, e generare nuovi scenari di dialogo (Ugalde, 2008).

L'introduzione di una prospettiva globale per affrontare i problemi di salute pubblica non solo implica un cambiamento metodologico e l'introduzione di nuove logiche di comprensione del processo di ricerca, ma introduce anche una nuova forma di relazione tra ricercatori e stakeholder. basato sul dialogo autentico, sul riconoscimento del ruolo attivo degli attori sociali nella costruzione di significati intorno alla salute e sull'atteggiamento riflessivo e pratico del ricercatore che si pone come partner nel mondo della salute. vita degli attori sociali e che, quindi, si presenta come attore impegnato. Da questo punto di vista, la competenza non costituisce una proprietà privata del ricercatore o dell'operatore sanitario, che sulla base delle proprie conoscenze ha il potere di definire ciò che è buono, giusto e appropriato, ma piuttosto che la competenza è una condizione emergente del rapporto tra soggetti dialoganti che possono condividere e trasformare i significati attribuiti alle proprie esperienze individuali e collettive nello scenario dell'intersoggettività.

Questa prospettiva globale porta con sé nuove esigenze per la formazione di professionisti e ricercatori nel campo della salute pubblica. Non basta quindi una

formazione strumentale che doti l'operatore sanitario di un arsenale tecnico, ma è necessaria la "formazione di un atteggiamento" per un dialogo autentico, un ascolto empatico e una sensibilità che permetta quella fusione di orizzonti che è il possibile scenario di tutta la comprensione. Questa formazione è possibile solo attraverso un processo permanente di riflessione e critica volto a trasformare la nostra modalità di relazione cognitiva con il mondo, solitamente attraversata da un'esposizione precoce e generalmente intensa alla tradizione ereditata della scienza (Guba & Lincoln, 2002).

Di fronte alle preoccupanti condizioni di salute delle popolazioni umane, è urgente un impegno etico e politico da parte di accademici e professionisti della sanità pubblica con conoscenze pratiche, una conoscenza che si concretizza nella possibilità di generare trasformazioni nell'azione umana. che promuova l'autonomia delle persone, che dia voce agli attori sociali, che denunci le contraddizioni sociali che colpiscono la salute e che fa della conoscenza uno strumento di trasformazione sociale.

Vale la pena ricordare la mancanza di comprensione da parte degli stessi professionisti del concetto di matrice sociale e familiare descritto nei documenti. Non viene problematizzata, solo attribuita come centralità della famiglia nella Politica di Assistenza Sociale.

È importante considerare che i principi che mirano alla Matricialità Sociofamiliare consentono la comprensione della realtà dei soggetti e la conoscenza dei modi per resistere e affrontare le espressioni della questione sociale che si inseriscono.

Vale la pena notare che uno strumento che deve essere utilizzato per attuare la Politica di Assistenza Sociale è l'articolazione e l'integrazione tra le politiche di settore, svolgendosi in modo articolato e integrato, contribuendo allo scambio di conoscenze e fornendo una soluzione quando si considera la totalità delle problemi degli utenti, cioè che i loro problemi non siano trattati in modo frammentario attraverso azioni disgiunte che ne ostacolano l'inclusione sociale, rompendo con una cultura presente nella politica nazionale, segnata da azioni assistenzialiste, clienteliste e paternalistiche. I settori devono dialogare tra loro, conoscere e costruire modalità di collaborazione per consentire il miglioramento delle condizioni di vita delle famiglie, soprattutto quelle in situazioni di vulnerabilità e rischio sociale, l'accesso a benefici, servizi, programmi e progetti che fanno parte della SUAS.

RIFERIMENTI

1. Breilh, J. (2006). Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. In *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade* (pp. 317-317).
2. Cardona, Á., & Franco, Á. (2005). La salud pública como disciplina científica: fundamento para los programas de formación académica. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(2), 107-114.

3. Cardona, Á., Sierra Varela, R., Caballero, L. S., & Agudelo Acevedo, F. (2008). Cadáveres, cementerios y salud pública en el virreinato de Nueva Granada. In *Cadáveres, cementerios y salud pública en el Virreinato de Nueva Granada* (pp. 157-157).
4. Descartes, R. (1904). *Meditaciones metafísicas* (Vol. 22). Dirección y Administración.
5. Foucault, M. (1994). *Hermenéutica del sujeto*. trad. Fernando Álvarez-Uría. Madrid: La Piqueta, 88.
6. Gadamer, H. G. (1977). *Verdad y método*. Salamanca: edit.
7. Gadamer, H. G. (1994). *Verdad y método II* Salamanca. Editorial Sígueme.
8. Giddens, A. (1987). *Nuevas reglas del método sociológico* (p. 16). Buenos Aires: Amorrortu.
9. González, E. R. (2007). La salud pública como campo transdisciplinar. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25(1).
10. Guba, E., & Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*, 113-145.
11. Habermas, J. (1997). *Conocimiento e interés*. 3ª ed. Medellín: Paidós.
12. Habermas, J., & Redondo, M. J. (1987). *Teoría de la acción comunicativa* (Vol. 2, p. 469). Madrid: Taurus.
13. Heisenberg W. (1974). *Más allá de la física*. Madrid: Biblioteca de Auto-res Cristianos
14. Hernández, L. (2003). ¿ Qué es la salud pública basada en la evidencia. *Rev Salud Pública*, 5(1), 40-5.
15. Kuhn, T. S. (2019). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de cultura económica.
16. Mardones, J. M. (1991). *Filosofía de las ciencias humanas y sociales: materiales para una fundamentación científica* (Vol. 1). Anthropos Editorial.
17. Martínez, M. (2000). El proceso de Conocer postula un nuevo paradigma Epistémico. *Revista latinoamericana de Altos Estudios Avanzados. RELEA*, 11, 16.
18. Sáenz, M. D. C. L. (2001). La aplicación gadameriana de la " phrónesis" a la " praxis". *Contrastes: revista internacional de filosofía*, (6), 79-98.
19. Schütz, A. (1974). *El problema de la realidad social*, Buenos Aires. Amorrortu Editores.
20. Ugalde, E. G. (2008). El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 26, 65-90.

