

Quale normatività? Vita e malattia fra naturalismo e antiriduzionismo.

Stefano Pilotto

1. Descrivere, comprendere e definire la malattia.

L'origine dell'odierno dibattito sui concetti di salute e malattia procede dalla definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità¹, la quale nel preambolo della sua Costituzione dichiara che «la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattia o di infermità». Questa definizione, per quanto vaga, è un primo tentativo verso il superamento di una visione riduzionistica dei termini, aprendo la comprensione del fenomeno a discipline come la psicologia, l'antropologia e la sociologia. In tal modo si propone una concezione positiva di salute, in cui concorrono fattori che afferiscono tanto all'ambito biomedico quanto all'ambito dei *valori*². Proprio questa componente che caratterizza l'umano, quale naturalità biologica inserita in una dimensione socio-culturale, pone il problema riguardo alla possibilità di un accordo sulle definizioni di salute e di malattia, che generalmente tendono a ricondurre entro uno dei due ambiti la loro forza esplicativa, riproponendo la tradizionale dicotomia fra natura e cultura.

La questione soggiacente riguarda dunque quale sia il *criterio normativo* in base al quale distinguere la salute e la malattia, la normalità e la patologia. Nella letteratura di riferimento prodotta fra gli anni Sessanta e Settanta del secolo scorso, soprattutto in area angloamericana, la controversia si è sviluppata a partire dal ruolo dei dati oggettivi e dal posto dei valori nei giudizi e nella concettualizzazione della salute. La questione è stata indirizzata verso una concezione della malattia che potremmo

¹ Constitution of the World Health Organization; in *Official Records of the World Health Organization*, Vol. 2:100, Geneva, 1946.

² Questa definizione risulta sicuramente un passo in avanti rispetto al circolo vizioso delle definizioni negative tradizionali di «salute come assenza di malattia» e di «malattia come stato corrispondente alla mancanza di salute»; va ricordato inoltre che tale definizione venne formulata nell'immediato dopoguerra, tra il 1946 e il 1948, pertanto va considerata come «uno slogan politico più che un prodotto della moderna epistemologia medica», con l'intento di richiamare l'attenzione sull'obbligo politico, degli Stati membri, di assicurare le migliori condizioni di vita possibili per ogni individuo, condizioni che sfuggono ai criteri puramente clinici e biologici cfr. Grmek M.D. (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. Vol. 3. Dall'età romantica alla medicina contemporanea*, Laterza, Bari, 1998, p.512.

definire *oggettivista*³, attenta più ai “fatti” clinici e di laboratorio che ai valori a cui fa riferimento la costituzione dell’OMS.

Tuttavia *l’impasse* teorica a cui ci si trova di fronte non scaturisce tanto dall’ammettere che la malattia sia un disturbo dei *processi normali* – cosa generalmente accettata – quanto piuttosto dal delicato tentativo di definire tale *normalità*. La posizione oggettivista, dopo tutto, è facilmente conciliabile con «l’empirismo estremo che caratterizza la medicina contemporanea»⁴, inoltre, in tale ottica, senza una soglia oggettiva che separi normale e patologico, troppi fattori potrebbero essere considerati patogeni e di conseguenza non si avrebbe neanche un principio di individuazione delle patologie, perciò, scrive in proposito il filosofo della scienza Christopher Boorse, «se ogni cosa che può causare una malattia fosse essa stessa malattia, allora tutto sarebbe malattia dal momento in cui ogni connessione è possibile in un ambiente specifico»⁵. Il filosofo statunitense, quindi, rifiuta in modo netto una comprensione delle nozioni di salute e malattia operata nei termini particolari della cultura e dell’ideologia in cui questi fenomeni si inscrivono, dal momento che tali nozioni non possono dipendere da giudizi di valore determinati dalla società e dalla cultura.

Tale approccio, detto *descrittivo* o *naturalista*, utilizza per la propria concettualizzazione termini neutri sul piano dei valori, focalizzando l’attenzione esclusivamente sull’evidenza della malattia. Per evitare gli equivoci che possono sorgere con le teorie del “normativismo forte” – come quelle sostenute dal filosofo della medicina Hugo T. Engelhardt⁶ – in merito al riconoscimento della malattia, all’analisi descrittiva della salute e alla confusione fra i suoi usi teoretici e pratici, il *naturalismo* si limita a prendere in considerazione i principali elementi che descrivono la salute in quanto fenomeno naturale, vale a dire la *normalità statistica* e le *funzioni biologiche*. A partire da tali elementi, la salute è un’evidenza che si dà oggettivamente come «capacità di svolgere tutte le funzioni fisiologiche tipiche con efficienza tipica»⁷; in questi termini è dunque possibile capire e definire la salute nel suo senso teoretico, come assenza di malattia, senza dover ricorrere necessariamente all’individuazione dei fenomeni morbosi.

2. Oggettività e patologia nella teoria biostatistica di C. Boorse

Alla definizione appena fornita, la teoria naturalista di Boorse aggiunge l’altro tassello fondamentale per poter formulare giudizi neutri e iscrivibili nella cornice

³ Per avere un’idea di tale letteratura cfr. T. Szasz, *The Myth of Mental Illness*, in «American Psychologist», n. 15, 1960, pp.113-118.

⁴ Cfr. L. Nordenfelt, *Health and disease: two philosophical perspectives*, in «Journal of Epidemiology and Community Health», n.41, 1986, pp.281-284, trad. nostra.

⁵ C. Boorse, *Health as a Theoretical Concept*, in «Philosophy of Science», n. 44, 1977, pp. 542-573, trad. nostra.

⁶ H.T.Jr. Engelhardt, *The Concepts of Health and Disease*, in AA.VV., *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*, voll.1, 1975, pp. 125-141.

⁷ C. Boorse, *Health as a Theoretical Concept*, cit., p.542, trad. nostra.

teorica della medicina, ossia la definizione di malattia, o meglio di patologia (*disease*)⁸, intesa come deviazione dal «progetto biologico di specie»⁹. Il riferimento a questo progetto “naturale”¹⁰ circoscrive in maniera netta i campi della salute e della malattia, senza lasciare nulla all’interpretazione, in più, appellandosi alla forte uniformità strutturale e funzionale propria di ciascuna specie vivente¹¹, tale modello può essere applicato a ogni individuo all’interno di ogni specie, e in più, trattandosi di una teoria concepita scevra di ogni riferimento al piano assiologico, essa si presta a essere impiegata in ambito medico così come in ambito veterinario. Precisiamo che, quando il filosofo americano parla di *progetto di specie* intende

l’organizzazione del funzionamento interno tipico dei membri delle specie: la gerarchia collegante i processi funzionali ad ogni livello, dagli organelli alla cellula, dal tessuto all’organo, fino al comportamento, tramite i quali gli organismi di una data specie mantengono e rinnovano la loro vita¹².

Pertanto considerare qualcosa come malattia, senza aver presente questa dimensione biologica, secondo Boorse equivale a esprimere un giudizio incapace di spiegare cosa essa sia; tanto meno si può argomentare che l’individuazione della malattia in una data condizione sia connessa alla somministrazione di cure mediche o a quelle condizioni definite come indesiderabili¹³. Esistono, infatti, delle condizioni fisiche considerate indesiderabili ma non per questo patologiche: ad esempio avere una bassa statura per qualcuno può essere uno svantaggio, tuttavia ciò non ne fa una patologia. Allo stesso modo alcune malattie, in determinati contesti, possono rivelarsi condizioni vantaggiose, come nel caso dell’anemia falciforme¹⁴, una condizione patologica che conferisce a chi ne è portatore una protezione dalla malaria, che negli ambienti in cui è diffuso tale rischio epidemico può essere una condizione desiderabile. Analogamente la possibilità o meno della somministrazione di cure¹⁵ non è un argomento decisivo per chiarire la questione. Come sappiamo, non tutto quel che non ha una cura è automaticamente escluso dal novero delle malattie, anzi, esistono purtroppo molte patologie per le quali ancora non si hanno cure, come nel caso dei tumori.

⁸ È bene aver presente la distinzione che gli autori anglofoni hanno introdotto fra il termine *disease*, quale concettualizzazione medica della malattia, e il termine *illness*, che designa invece l’esperienza vissuta della malattia. Per un’analisi approfondita di questi termini cfr. M.D.Grmek, *La vita, le malattie e la storia*, Di Renzo, Roma, 1998, pp.16-21.

⁹ Traduciamo così l’espressione “*species design*”, in cui rientrano tanto le funzioni fisiche che psichiche, con le rispettive nozioni di salute; cfr. C. Boorse, *On the Distinction between Disease and Illness*, cit., p.554.

¹⁰ Nell’intenzione del filosofo americano il richiamo alla natura non ha una forza valutativa, si tratta di una connotazione puramente descrittiva e non porta con sé quella gamma di giudizi di valore che costituiscono lo sfondo di alcune teorie morali o giuridiche, cfr. C. Boorse, *On the Distinction between Disease and Illness*, *passim*.

¹¹ Cfr. C. Boorse, *Health as a Theoretical Concept*, cit., p.557.

¹² Cfr. C. Boorse *A rebuttal on health*, in J.M. Humber and R.F. Almeder, *What is Disease?*, Totwa, Humana Press, 1997, p. 7, trad. nostra.

¹³ Argomenti che hanno il loro obbiettivo polemico nelle teorie normativiste che troviamo in H.T.jr. Engelardt, *The Concepts of Health and Disease*, cfr. C. Boorse, *Health as a Theoretical Concept*, cit., p.544.

¹⁴ Cfr. M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale*, cit., p.496.

¹⁵ Cfr. C. Boorse, *Health as a Theoretical Concept*, cit., p.547.

Equivoci e difficoltà ermeneutiche, inoltre, si danno nello stesso linguaggio clinico, in cui salute e patologia – indicate dai termini “normale” e “anormale” – sono definite su base statistica. Per superare le imprecisioni statistiche, la normalità espressa dal *progetto di specie* prevede delle sottoclassi, entro cui uniformare il più possibile i parametri, distinguendo gli individui per fascia di età e sesso, al fine di rendere le astrazioni statistiche più aderenti alla casistica analizzata. In questa analisi, che propone di integrarsi alle scienze biologiche, dobbiamo intanto sottolineare la mancanza di parametri ambientali, i quali essendo relativi a un particolare rapporto fra organismo e ambiente, non sono generalizzabili. Dal momento che, secondo Boorse, l’abilità standard degli organismi consiste nell’adattamento al loro ambiente tipico¹⁶, ciò implica che un cambiamento di quest’ultimo potrebbe rendere gli organismi inadatti, con ripercussioni sul loro stato di salute. Ai fini della teoria proposta da Boorse, dunque, un approccio di tipo *ecologico* appare troppo relativista data l’aleatorietà delle variabili ambientali, motivo per cui l’attenzione deve concentrarsi sulle comparazioni statistiche delle varie classi di individui. Da qui la denominazione che la critica ha conferito a questa teoria, definendola *teoria biostatistica*¹⁷.

Concettualmente l’idea di Boorse non è differente dal principio galenico secondo cui «la salute è uno stato in accordo con la natura, mentre la malattia è ad essa contraria»¹⁸. Diversamente dalla concettualizzazione antica, la versione della natura a cui fa riferimento la teoria biostatistica è il progetto di specie, risultato di un’analisi in termini statistici della *capacità funzionale*, ovvero data una classe di individui – uniforme per specie, età e sesso – e presa in esame una funzione che è detta normale in quanto «contributo statistico tipico per la loro sopravvivenza e la loro riproduzione individuale»¹⁹, si definisce *salute* la capacità normale di funzionamento di ciascuna funzione organica, mentre la *malattia* è uno stato interno che riduce una o più capacità funzionali. Questa comparazione permette di stabilire la soglia tra *disabilità* e *funzionalità normale* al di sotto della quale collocare lo stato patologico.

A partire esclusivamente dalla nozione chiave di *funzione*, utilizzata in senso empirico per indicare un contributo causale per uno *scopo* organico – vale a dire una condizione necessaria per una certa attività biologica – ecco che otteniamo le definizioni di salute e malattia, in grado di fornire una descrizione dei fenomeni morbosi in linea con i paradigmi operativi della tecnica medica. Pervenendo a un’ottica puramente meccanicistica è possibile trattare l’argomento in questione tramite un linguaggio pragmaticamente neutro, evitando il portato emotivo e psicologico dell’evento patologico, prescindendo così dalla dimensione esistenziale della malattia, che gli autori di lingua inglese chiamano *illness*.

¹⁶ Ivi., p.548.

¹⁷ Cfr. L.Nordenfelt, *Health and disease: two philosophical perspectives*, 1986; É.Giroux, *Après Canguilhem: définir la santé et la maladie*, PUF, Paris, 2010.

¹⁸ C. Boorse, *Health as a Theoretical Concept*, cit., p.554, trad. nostra.

¹⁹ *Op. cit.*

3. Limiti della teoria biostatistica

Abbiamo brevemente delineato una teoria che fin dalla sua formulazione ha trovato un diffuso consenso in ambito medico e scientifico, come testimonia la recente classificazione nosologica dell'OMS, basata proprio sul concetto di funzionalità e non di malattia²⁰, denominata *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Pur avendo apportato i notevoli contributi che abbiamo sopra elencato, dobbiamo notare, da un'attenta lettura delle proposizioni chiave formulate da Boorse, la presenza di due ordini di incongruenze: logiche e scientifiche.

Il primo limite dell'argomentazione è insito nel nucleo stesso della teoria, ovvero la nozione di progetto di specie. La biostatistica si propone esplicitamente come alternativa oggettiva alle posizioni normativiste, ma dal momento che si sceglie di comparare una casistica al fine di astrarre una serie di proprietà comuni, in base alle quali delineare il progetto di specie, viene comunque implicitamente ammessa, alla base di tale scelta metodologica, la presenza di una componente valutativa che trascende l'esperienza, e investe la dimensione assiologica in relazione proprio a ciò che per un individuo risulta essere una condizione invalidante. Detto altrimenti, non è la rottura in sé della macchina-corpo a manifestare l'evento patologico, ma è il significato che tale evento assume rispetto alle condizioni di vita dell'individuo. Per quanto la raccolta e comparazione dei dati possa apparire una procedura neutra, implica pur sempre un criterio qualitativo e non soltanto puramente quantitativo; come scrive Popper

generalmente, la similarità, e con essa la ripetizione, presuppongono sempre l'adozione di un *punto di vista*: alcune similarità o ripetizioni ci colpiscono se ci interessa un certo problema, altre se ci interessa un altro problema. Ma se la similarità e la ripetizione presuppongono l'adozione di un punto di vista, o di un interesse, o di un'aspettativa, è logicamente necessario che i punti di vista, o gli interessi, o le aspettative siano, tanto logicamente quanto temporaneamente (o casualmente o psicologicamente) prima rispetto alla ripetizione. [...] Ciò mostra quanto sia ingenuo considerare la ripetizione come qualcosa di definitivo, o di dato²¹.

Il platonismo implicito in tale metodo di astrazione, anche se empirico, porta così alla formulazione di un concetto di specie che non ha nulla a che vedere con quello riconosciuto dalla biologia evuzionista moderna. La concezione *essenzialista* della specie proposta da Boorse ricorda più quelle pre-evuzioniste dei naturalisti del XVIII secolo, come Linneo o Buffon, che quelle elaborate dalla *sintesi moderna*. L'organismo risultante da queste analisi e comparazioni è un "ideale empirico", una somma di parti efficienti, al punto che la salute così stabilita non riguarda la persona nel suo insieme, ma semplicemente i suoi singoli organi. Oggi per specie non si ammette più una data classe di individui conformi a un *eidōs*, analogamente a quanto

²⁰ WHO, *Towards a Common Language for Function, Disability and Health: ICF*, Geneva, 2002, p.10.

²¹ Cfr. K. Popper, *Logica della scoperta scientifica. Il carattere autocorrettivo della scienza* (1934), tr. it. M. Trincherò, Einaudi, Torino, 2010, pp.476-477.

proposto da Boorse, al contrario il pensiero biologico ammette che si definisca specie «una comunità riproduttiva di popolazioni (isolate riproduttivamente da altre) che occupa una nicchia specifica in natura»²². Per tale motivo, il concetto biologico di specie è significativo e applicabile non sul piano morfologico, bensì solo in presenza di individui interfecondi che possono generare prole feconda. Come è stato notato magistralmente da Canguilhem²³, la norma di specie, o meglio la normalità che caratterizza un singolo individuo, non è tale in virtù della sua frequenza statistica, ma è frequente proprio perché da essa dipende il successo adattativo e riproduttivo degli organismi.

Un ulteriore limite che si può ravvisare nella teoria biostatistica sorge in merito al finalismo delle funzioni organiche. Affermare, come fa Boorse, che gli scopi delle funzioni tipiche di un organismo sono la sopravvivenza e la riproduzione²⁴, ci porta a riconsiderare la catena causale implicita in tale asserzione. Attenendoci al punto di vista puramente fattuale del filosofo americano, notiamo che obiettivi molto ampi, come la sopravvivenza individuale e della specie, presuppongono un elevato numero di stadi intermedi – che possiamo chiamare *sottoscopi*²⁵ – per soddisfare tutte le necessità legate a questi due obiettivi maggiori. Lo scopo immediato di una data funzione, infatti, è caratterizzato proprio da tutte quelle relazioni ambientali che Boorse tralascia e non analizza, mentre non possono essere eluse da una tematizzazione scientifica, se vogliamo sapere di più sulle *prestazioni* di un certo organo. Pertanto nelle circostanze che Boorse chiama *standard* la qualità della prestazione di un organo può variare sensibilmente proprio in virtù di altri scopi intermedi. Se ci atteniamo alla specie umana, a questi obiettivi – che possiamo chiamare *bisogni* – dobbiamo aggiungerne anche altri che prevedono altre funzionalità, come nel caso del piacere estetico dovuto all'esecuzione di un brano musicale o nel prendere parte a un semplice gioco²⁶. Un altro problema si aggiunge quando cerchiamo di capire quali e quante funzioni sono presenti in un organismo. Infatti, se si passasse dalla funzionalità macroscopica di tessuti, organi e apparati, a quella microscopica delle cellule, saremmo altrettanto autorizzati ad affermare che il mancato contributo funzionale a uno scopo biologico di una cellula implica la presenza di una malattia?

Anche privilegiando l'osservazione delle capacità funzionali macroscopiche più complesse, tralasciando quelle cellulari o geniche, ci sembra che la teoria biostatistica presenti comunque delle difficoltà sul versante medico, dovuto al riduzionismo meccanicista adottato da Boorse. A nostro avviso, tale riduzionismo è

²² Cfr. E. Mayr, *Storia del pensiero biologico. Diversità, evoluzione, eredità* (1982), tr. it. P. Corsi, Bollati Boringhieri, Torino, 2011, p. 220.

²³ Cfr. G. Canguilhem, *La conoscenza della vita* (1952), tr. it. A. Santucci, Il Mulino, Bologna, 1976, p.227.

²⁴ Cfr. *supra*.

²⁵ Cfr. L. Nordenfelt, *La natura della salute. L'approccio della teoria dell'azione* (1987), tr. it. S. Rini, Zadig, Milano, 2003, p.43.

²⁶ Cfr. T. Dobzhansky, *L'evoluzione della specie umana* (1962), tr. it. L. Pecchioli, Einaudi, Torino, 1979, pp.217-223.

utile in sede sperimentale per i medici e i biologi che compiono delle ricerche, mentre non lo è per coloro che sono direttamente a contatto con i pazienti. La modalità di comprensione concessa a questo approccio è parziale per la medicina, dal momento che la clinica deve sempre rimodulare la teoria e le asserzioni generali delle bioscienze in base alle esigenze specifiche dei singoli individui. Anche se assimilando gli organismi alle macchine è possibile sostituire i pezzi non funzionanti, non si tiene conto del fatto che gli organismi viventi e i loro ambienti si modificano ed *evolvono*. Pertanto salute e malattia non possono essere comprese prescindendo dalle interazioni ecologiche che avvengono fra singoli individui, popolazioni, nicchie e interi ecosistemi. A questi mutamenti, dobbiamo aggiungere quelli che coinvolgono il *milieu* tecnico-culturale in cui vivono gli esseri umani, in cui, oltretutto, la pratica può cambiare nel tempo e con essa le conoscenze, i paradigmi e le teorie che articolano fra loro questi livelli, perciò è verosimile ammettere che i concetti di salute e malattia seguano questo corso. Come ricorda lo storico della medicina Mirko Grmek «l'idea che ci si fa delle malattie dipende dai procedimenti di osservazione e di analisi delle lesioni organiche e chimiche, dai progressi tecnologici, e dall'acutezza dello sguardo medico»²⁷; quindi, dato il gran numero di variabili in gioco, non ci sembra persuasivo un metro di misura ideale e unico basato sul progetto di specie.

4. Normatività biologica e antiriduzionismo da Goldstein a Canguilhem

Quando ci riferiamo alle numerose variabili che influiscono sullo statuto di normalità di un organismo, intendiamo, come già detto sopra, richiamare un approccio di analisi e descrizione dei fenomeni patologici che non sia limitato alle considerazioni dei dati chimico-fisici, ma che prenda in carico quello che il neurofisiologo tedesco Kurt Goldstein (1878-1965) chiama *comportamento*. Tale nozione può essere compresa meglio tenendo conto della ripresa, da parte di Goldstein, dei concetti fondamentali della teoria etologica elaborata dal biologo Jakob von Uexküll²⁸ (1864-1944). Goldstein assume come sistema di riferimento degli organismi viventi il concetto di *Umwelt* teorizzato da Uexküll, ovvero l'ambiente inteso come totalità che racchiude il “mondo percettivo” (*Merkwelt*), che l'individuo incontra abitualmente con i sensi, e il “mondo operativo” (*Wirkwelt*) in cui persegue i propri obbiettivi. Il vivente modella l'ambiente, selezionando gli «stimoli aventi valore e significato di segnali»²⁹ rispetto a quelli considerati negativi o insignificanti, pertanto l'ambiente non consiste semplicemente in una porzione del mondo geografico (*Umgebung*) che si dà al soggetto, uno sfondo considerato in senso

²⁷ Cfr. M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale*, cit., p.421.

²⁸ Cfr. J.v. Uexküll, *Ambienti animali e ambienti umani. Una passeggiata in mondi sconosciuti e invisibili* (1934), tr. it. i M. Mazzeo, Quodlibet, Macerata, 2010.

²⁹ Cfr. G. Canguilhem, *La conoscenza della vita*, cit., p. 205.

meccanicistico, ma è un complesso rapporto spaziale, funzionale, e per ciò stesso mobile, basato su scambi reciproci³⁰.

A partire da queste considerazioni si può dire normale, dunque, un organismo che è in grado di rispondere in modo appropriato alla propria *Umwelt*, così da affrontare, con un *comportamento ordinato*, le continue sfide che gli si pongono davanti³¹, in tale risposta sono inclusi anche i meccanismi interni – mentali e somatici, fino ai processi fisiocchimici – che si attuano in unità con il comportamento dell'individuo. Dal tipo di risposta che l'organismo fornisce dipende l'ordine o meno del suo comportamento, cioè il tenore della sua normalità, considerata anche come *normatività* biologica, capace di dispiegare una gamma di possibilità entro cui l'organismo seleziona quella più consona per la sua vita. Come sottolinea Canguilhem

un organismo non è quindi mai uguale alla totalità delle sue possibilità teoriche. Non è possibile comprendere la sua azione senza ricorrere alla nozione di comportamento privilegiato. Il fatto che sia privilegiato non vuol dire che sia oggettivamente più semplice. [...] Tra il vivente e l'ambiente il rapporto si stabilisce nella forma di un dibattito (*Auseinandersetzung*), nel quale il vivente porta le sue proprie norme di valutazione della situazione, dominando l'ambiente e adattandolo a sé³².

L'anormalità, invece, è caratterizzata dall'opposizione che si genera fra l'ambiente e l'organismo, quando si verificano difficoltà nella percezione del circostante e ostacoli alle prestazioni abituali, tali da provocare un comportamento *disordinato* o *catastrofico*, a causa dello shock fisico o mentale subito³³. La malattia, quindi, non è determinabile come deviazione da una norma sovraindividuale; al contrario ogni organismo ha modalità di risposta differenti, per cui secondo Goldstein si danno solo norme individuali relative a ciascun organismo. Possiamo definire la malattia come la condizione che mette in pericolo l'esistenza, e con pericolo non si intende esclusivamente la morte, ma più in generale tutti quei disturbi oggettivi e soggettivi che possono incidere negativamente sulla vita del soggetto, rendendola perciò scomoda o insopportabile³⁴. Anche nel caso della perdita di una singola funzione, tutti i campi di prestazione vengono coinvolti variabilmente a danno della prestazione generale dell'intero organismo, che seppur menomato sopprime alla perdita mediante le prestazioni rimaste indenni.

Questa risposta interna di fatto non implica una perdita della *norma* che regola l'organismo, e quindi la sua *a-normalità*, mostra invece un depotenziamento della norma, vale a dire la perdita del suo *valore* fondato sulla capacità di instaurare comportamenti e attivare funzioni in contesti sempre nuovi che modifichino a proprio vantaggio l'ambiente. Come precisa Canguilhem, una norma di vita è

³⁰ Cfr. K. Goldstein, *L'organismo. Un approccio olistico alla biologia derivato dai dati patologici nell'uomo* (1934), tr. it. L. Corsi, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2010, p.82.

³¹ Cfr. *ivi*, p. 340.

³² Cfr. G. Canguilhem, *La conoscenza della vita*, cit., p. 207.

³³ Cfr. K. Goldstein, *L'organismo*, cit., pp. 39-47.

³⁴ *Ivi*, p.346.

superiore quando rende possibile ciò che un'altra norma impedisce³⁵; venendo meno questa possibilità nell'individuo, esso subisce l'ambiente e ne è dominato; il malato è tale «perché può ammettere soltanto una norma [...] il malato non è anormale per assenza di norma, ma per incapacità di essere normativo»³⁶. Tale incapacità porta con sé un deterioramento delle prestazioni, e con esse la sofferenza soggettiva, l'esperienza che nel vissuto personale fa del dolore la soglia qualitativa fra due stati in opposizione fra loro: salute e malattia. La natura di questa norma inferiore, a cui è soggetto l'organismo malato, lascia una traccia anche con la guarigione.

Per l'individuo guarire non consiste nel riportare le funzioni alla normalità, come se si potesse ripristinare la condizione di salute precedente alla malattia (*restitutio ad integrum*), comporta invece un superamento e non un ritorno, che genera dei cambiamenti irreversibili nell'organismo³⁷. La guarigione, quindi, rappresenta il raggiungimento di una nuova modalità di relazione organismo-ambiente; nel caso di malattie debilitanti il raggiungimento di una nuova normalità è possibile solo attraverso una contrazione dell'ambiente in misura proporzionale al deficit, una riconfigurazione dei “mondi” *percettivo* e *operativo* che permette così di preservare delle prestazioni ottimali, senza dover rispondere a quelle richieste a cui l'organismo non può far fronte. Un processo *cognitivo* e *mnemonico*³⁸ che comporta una revoca della norma precedente da parte dell'organismo a favore della “nuova identità” dell'individuo, espressione del *potere normativo* che supera la malattia confermando le capacità adattive dell'organismo così da aprire nuove prospettive allo svolgimento della vita. Con Nietzsche possiamo dunque affermare che «“Vivere” si dovrebbe definire come una forma durevole di *processo di verifica delle forze*»³⁹.

5. Oggettività e presa sui corpi. Risvolti biopolitici dello sguardo medico contemporaneo

I due indirizzi di pensiero che abbiamo fin qui esposto, *riduzionismo* e *olismo*, rappresentano, a nostro avviso, l'andamento oscillatorio della medicina, nel suo duplice tentativo di agire con i medesimi parametri sia sulla società che sulle singole persone. Canguilhem ha messo bene in luce come l'esperienza della malattia individuale sia di diritto primaria rispetto alla medicina: «è dunque innanzitutto perché gli uomini si sentono malati che vi è una medicina. È solo secondariamente – per il fatto che vi è una medicina – che gli uomini sanno in che cosa essi sono malati»⁴⁰. Pertanto è dall'urgenza terapeutica che scaturiscono un sistema di sapere e una pratica in grado di intervenire sulla condizione patologica dell'essere umano.

³⁵ Cfr. G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino 1998, p.147.

³⁶ Ivi, p.150.

³⁷ Tali cambiamenti possono essere sia positivi che negativi, come il potenziamento della *competenza immunitaria* o al contrario un deficit permanente.

³⁸ Cfr. G. Cosmacini, C. Rugarli, *Introduzione alla medicina*, Laterza, Bari, 2007, p.121.

³⁹ Cfr. F. Nietzsche, *La volontà di potenza*, a cura di M. Ferraris e P. Kobau, Bompiani, Milano, 1995, §642.

⁴⁰ Cfr. G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, cit., p.191.

Quando tra XVIII e XIX secolo per ragioni storico-sociali⁴¹ il rapporto medico-paziente è mutato, con la progressiva specializzazione tecnica del personale sanitario, si è prodotta una spersonalizzazione emotiva dell'evento patologico che ha portato alla dissoluzione della realtà soggettiva del paziente, scisso fra patologia e corpo: Un'esperienza che chiunque può vivere entrando in un ospedale. Ecco che il senso esistenziale di salute e malattia viene messo da parte per lasciare spazio alle esigenze di calcolo, legate ai compiti amministrativi degli Stati e delle organizzazioni sovranazionali⁴², i cui regolamenti e procedure tendono a omologare realtà differenti sia per condizioni socio-economiche che culturali. Come mostra il medico e antropologo statunitense Arthur Kleinman⁴³, l'aspirazione a una maggior oggettività degli strumenti concettuali della medicina non si trova a rispondere a esigenze puramente scientifiche (almeno non esclusivamente), ma è necessaria per stabilire e legittimare delle procedure di governo. Per tale motivo l'uscita da queste contraddizioni non passa dall'ambito epistemologico, ma richiede un'analisi e un'azione, che in quanto tali ci portano su una via eminentemente politica.

⁴¹ Ragioni di spazio non ci permettono un ulteriore approfondimento ma per una dettagliata panoramica storica rimandiamo ai voll. 2 e 3 di M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale*, cit.

⁴² Cfr. G. Canguilhem, *Sulla medicina. Scritti 1954-1989* (2002), tr. it. D. Tarizzo, Einaudi, Torino, 2007, p. 29.

⁴³ A. Kleinman, *Writing at the margin. Discourse between Anthropology and Medicine*, University of California Press, 1995.