

«La vita preferisce l'asimmetria» Ripensare la salute tra medicina e anti-medicina

Gabriele Vissio

Il presente saggio si propone di ricostruire le principali trasformazioni subite dal concetto di salute all'interno del processo storico della medicalizzazione nell'età contemporanea. Le critiche classiche opposte al dispositivo della medicalizzazione della vita, però, non hanno sempre colto la reale questione teorica sottesa a tale processo storico. Nello specifico, concentrandosi su di una critica rivolta in primo luogo all'istituzione e proponendo rivendicazioni nei confronti di un supposto «diritto alla salute», alcuni fautori della de-medicalizzazione, come Ivan Illich, hanno mancato l'obiettivo teorico di una reale ridefinizione del concetto di salute, che rimane in questi autori una nozione ancora troppo statica. Prendendo le mosse dalle riflessioni dell'epistemologo e storico delle scienze Georges Canguilhem si mostrerà come una critica ben più radicale della medicalizzazione venga non da una proposta di de-istituzionalizzazione o de-professionalizzazione della pratica medica, bensì da una sua ristrutturazione a partire da un rinnovato concetto di salute, capace di rendere conto della costitutiva instabilità e asimmetria del vivente.

1. La naturalizzazione della salute

Una delle tesi costitutive dell'ideologia positivista concerne la dipendenza di ogni tecnica particolare nei confronti di una corrispettiva scienza teorica. In questo quadro teorico la medicina come pratica clinica e terapeutica – come *ars medica* – deve essere considerata l'applicazione di una certa scienza teorica i cui principi ne regolino l'attività, scienza che la medicina positivista del secolo XIX ha prontamente individuato nella “nuova” fisiologia scientifica. Sebbene la fisiologia ritrovi le proprie origini nell'antichità nella scuola ippocratica e, soprattutto, nell'anatomia funzionale di Galeno, è proprio con il declino del galenismo e, più in generale, con la scomparsa di alcune convinzioni proprie della medicina ippocratica che essa potrà assumere il ruolo di fondazione teorica della pratica medica¹. In particolare la

¹ Non potendo qui ripercorrere l'intero arco della storia della fisiologia prima del XIX secolo, rimandiamo ad alcune sintesi generali; nello specifico si vedano: G. Corbellini, S. Canali, *L'evoluzione del pensiero fisiologico*, in F. Conti (a cura di), *Fisiologia medica*, Edi-Ermes, Milano 2010; Grmek M. D. (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale*, 3 voll., Laterza, Roma-Bari 1993-1998; Grmek M. D., *La première révolution biologique. Réflexion sur la physiologie et la médecine du XVII siècle*, Payot, Parigi 1990. Sulla medicina antica, sui suoi rapporti con le scienze

fisiologia moderna potrà costituirsi come valida guida per la pratica terapeutica solo quando riuscirà a imporsi come sapere quantitativo e non qualitativo. Come ha notato Ivan Illich «l'antichità non aveva un metro per la malattia» mentre, come testimoniano ad esempio i tentativi dell'alchimia cinquecentesca, sin dalla prima età moderna i medici hanno cercato di trarre conseguenze diagnostiche e terapeutiche a partire dalla misurazione dell'organismo². Certo, come ha rilevato Michel Foucault, il gesto del misurare non implica immediatamente una concezione quantitativa della malattia: fino al XIX secolo, infatti, anche quando avviene secondo un progetto sistematico e razionale (come nel caso di Meckel) la misurazione rimane ancora funzionale a un'indagine quantitativa. Come nota Foucault: «Se Meckel misurava, non era per accedere a una forma di conoscenza matematica; si trattava, per lui, di valutare l'intensità di una certa qualità patologica in cui consisteva la malattia. [...] Può anche trattarsi di un meccanismo, che non dipende tuttavia dalla Meccanica»³. La fisiologia – e la medicina con essa – resta ancora un dominio di sapere sottratto alla concezione quantitativa tipica delle moderne scienze della natura. Essa è, in quest'epoca ancora in attesa di una rivoluzione capace di ricomporre in un quadro coerente i grandi sviluppi che in essa erano venuti accumulandosi. «All'inizio del XIX secolo, la fisiologia si presenta quindi come una disciplina che ha pienamente conquistato un insostituibile ruolo nella medicina, ma che appare ancora mancante di una sua definita fisionomia»⁴.

La rivoluzione attesa, che lo storico della medicina e delle scienze Mirko D. Grmek ha chiamato «la seconda rivoluzione biomedica»⁵, giungerà a compimento solo nella seconda metà del XIX secolo, grazie all'opera di due scuole “nazionali”⁶: la scuola tedesca, formata dagli allievi del grande Johannes Müller (il cosiddetto «gruppo del 1847»: Carl Ludwig, Ernst Brücke, Emil Du Bois-Reymond e Hermann von Helmholtz) e la scuola francese, tutta dominata dalla figura di Claude Bernard⁷.

e sui rapporti tra medicina antica e moderna si vedano G. Cambiano, *Filosofia e scienza nel mondo antico*, Loescher, Torino 1976; L. Russo, *La rivoluzione dimenticata. Il pensiero scientifico greco e la scienza moderna*, Feltrinelli, Milano 1996.

² I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute* (1976), tr. it. di D. Barbone, Paravia Bruno Mondadori, Milano 2004, p. 176.

³ M. Foucault, *Nacita della clinica. Un'archeologia dello sguardo medico* (1963), tr. it. di A. Fontana, Einaudi, Torino 1998, p. 25-26.

⁴ F. Conti, *Claude Bernard e la nascita della biomedicina*, Raffaello Cortina, Milano 2013, p. 18.

⁵ Si vedano M. D. Grmek, *La première révolution biologique. Réflexions sur la physiologie et la médecine du XVIIIe siècle*, Payot, Parigi 1990; M. D. Grmek, *La vita, le malattie e la storia*, Di Renzo, Roma 1998.

⁶ Dal punto di vista storico bisognerebbe ricordare anche una terza scuola, quella inglese, il cui sviluppo però appare però un po' anomala: basti pensare che per gran parte della vita di Bernard (1813-1878) non esiste in Gran Bretagna che una sola cattedra di fisiologia e che la storia della disciplina in Gran Bretagna inizia nel 1883 con la nomina di Michael Foster nel ruolo di primo professore di fisiologia del Trinity College di Cambridge, che darà l'avvio al primo nucleo di una scuola fisiologica attiva e feconda nei decenni successivi (cfr. E. Sharpey-Schafer, *History of physiology in Great Britain during the last hundred years*, in «British Medical Journal», n. 2, 1931, pp. 781-783; F. Conti, *Claude Bernard e la nascita della biomedicina*, cit., pp. 54-56).

⁷ Sugli sviluppi della fisiologia cfr. F. L. Holmes, *Fisiologia e medicina sperimentale*, tr. it. in M. D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale*, cit., pp. 79-142. Sul ruolo di Bernard all'interno della seconda rivoluzione biomedica rimandiamo, oltre al già citato F. Conti, *Claude Bernard e la nascita della biomedicina*, a F. Conti, *Claude*

Per quanto la fisiologia di Müller fosse ancora caratterizzata da un forte vitalismo, i suoi allievi si fecero sostenitori di un programma radicalmente fisicalista, tutto volto allo scopo «di far valere la verità secondo la quale nell'organismo non agiscono altre forze che quelle semplicemente fisico-chimiche»⁸. Quest'intento riduzionista fu così coerentemente inteso da parte dei suoi sostenitori che Du Bois-Reymond giunse addirittura ad auspicare la completa dissoluzione della fisiologia nelle scienze dei fenomeni naturali: «[Nella fisiologia] sempre più territorio è assegnato alla giurisdizione delle forze fisiche e chimiche. [...] Non possiamo non aspettarci che un giorno, abbandonando i propri specifici interessi, la fisiologia si fonderà nel grande stato unificato della scienza teoretica, sarà dissolta nella fisica e nella chimica»⁹. Per quanto condividesse certamente gli entusiasmi di Du Bois-Reymond per le scienze fisico-chimiche, la posizione di Bernard sulla loro funzione per la fisiologia è alquanto diversa. La sua fondazione della fisiologia, «la più complessa di tutte le scienze», è condotta in polemica con la concezione anatomo-centrica della disciplina:

L'anatomia è una scienza ausiliaria alla fisiologia, la più immediatamente necessaria senza dubbio, ma insufficiente da sola; a meno di voler ritenere che l'anatomia includa tutto e che l'ossigeno, il cloruro di sodio e il ferro che si trovano nel corpo siano elementi anatomici dell'organismo. [...] L'anatomia in realtà non insegna nulla [...] Infatti, quando un anatomico incontra in una parte del corpo delle fibre muscolari, conclude che c'è contrazione muscolare; quando incontra delle cellule ghiandolari, conclude che c'è secrezione; quando incontra fibre nervose, conclude che c'è sensibilità o movimento. Ma chi gli ha insegnato che la fibra muscolare si contrae, la cellula ghiandolare secerne e i nervi sono sensoriali o motori se non l'osservazione sul vivente? [...] Il fisiologo adotta un altro piano e segue una concezione differente: *invece di partire dall'organo per giungere alla funzione, parte dal fenomeno fisiologico e ne ricerca la spiegazione nell'organismo*. Allora, per risolvere il problema vitale, il fisiologo chiama a soccorso tutte le scienze, l'anatomia, la fisica, la chimica, che sono ausiliarie dotate di indispensabili strumenti d'indagine¹⁰.

Nell'ottica di Bernard non si tratta di dissolvere la fisiologia nelle scienze fisico-chimiche ma di riconoscere loro una posizione dominante all'interno delle scienze mediche¹¹, in particolare rispetto all'anatomia.

In ogni caso, se la pratica medica deve riferirsi a un sapere teorico fondativo, questo non potrà fare a meno delle moderne scienze fisico-chimiche e dovrà costituirsi come scienza sperimentale e quantitativa dell'organismo in salute. Il

Bernard: *Primer of the second biomedical revolution*, in «Nature Reviews Molecular Cell Biology», n. 2, 2001, pp. 703-710.

⁸ Lettera di E. Du Bois-Reymond a Hallman, citata in H. Jonas, *Potenza o impotenza della soggettività*, tr. it. di P. Becchi, Medusa, Milano 2006, p. 13.

⁹ Citato in F. L. Holmes, «Fisiologia e medicina sperimentale», op. cit., p. 112.

¹⁰ C. Bernard, *Leçons sur la physiologie expérimentale appliquée à la médecine*, Baillière, Parigi 1855-1856, pp. 186-194; la traduzione qui riportata si trova in F. Conti, *Claude Bernard e la nascita della biomedicina*, cit., p. 54.

¹¹ Come nota Canguilhem: «Bernard considera la medicina scienza delle malattie, la fisiologia scienza della vita. Nelle scienze, è la teoria che chiarisce e determina la pratica. La terapeutica razionale dovrebbe essere sorretta da una patologia scientifica, e una patologia scientifica deve fondarsi sulla scienza fisiologica» (Cfr. G. Canguilhem, *Il normale e il patologico* (1966), tr. it. di D. Buzzolan, Einaudi, Torino 1998, p. 42).

concetto di salute viene de-sostanzializzato a favore di una concezione dello stato di salute come buon funzionamento degli organi, grazie alla regolazione dell'ambiente interno [*milieu intérieur*]. La malattia si configura allora come una condizione di difficoltà funzionale dell'organismo e, secondo l'insegnamento di François Broussais, lo stato patologico si pone in continuità con lo stato di salute, differenziandosi da questo soltanto come variazione. Il fatto di considerare la salute non più sotto il profilo qualitativo (la salute come una certa *qualità* dell'organismo sano) non significa negare la sua appartenenza al dominio ontologico degli oggetti naturali, anzi. Proprio grazie alla sua definizione in termini di funzioni fisiologiche la salute trova una propria scienza – la fisiologia – capace di collocarsi all'interno della compagine delle scienze naturali. Bernard, infatti, intende la fisiologia come scienza della vita e non come scienza medica: il suo scopo non è in primo luogo clinico ma teorico-sperimentale. Il primato della fisiologia nella medicina ottocentesca ha determinato così uno spostamento di interesse dal malato alla malattia, e la vittoria del laboratorio biomedico sulla clinica, comportando una concezione dell'arte medica come applicazione tecnica di una scienza del funzionamento *normale* dell'organismo¹².

2. Malattia: normalizzazione e istituzionalizzazione

Georges Canguilhem ha consacrato la sua opera principale alla questione del ruolo del concetto di «normale» all'interno della medicina contemporanea, e ha giustamente dedicato ampio spazio del suo studio dell'opera di Bernard. Canguilhem riconosce immediatamente l'originalità di Bernard e il suo ruolo all'interno della “seconda rivoluzione biomedica”, proprio per la sua capacità di recare «a sostegno del proprio principio generale di patologia [la continuità dello stato patologico con lo stato normale, *ndr*], argomenti controllabili, protocolli di esperienze e soprattutto metodi per la quantificazione dei concetti fisiologici»¹³. A Canguilhem non sfugge quindi il nesso che intercorre tra l'identificazione della salute in una serie di valori parametrici definiti e la sua concezione come «stato normale». Se, secondo il principio di Broussais, la malattia trova la propria spiegazione «nell'eccesso o nella mancanza di eccitazione dei diversi tessuti al di sopra e al di sotto del grado che costituisce lo stato normale» e se, come insegna Bernard, questo eccesso o mancanza deve essere esprimibile in una variabile misurabile, lo stato patologico non potrà essere inteso se non come deviazione da una norma. La salute quindi si configura come norma e la norma non è qualcosa che, propriamente, «esista»¹⁴. La salute non è per Bernard qualcosa che esista, ma nondimeno essa rimane qualcosa di naturale. Canguilhem rileva giustamente che: «A rigore, una norma non esiste: essa svolge il proprio ruolo, che è quello di svalutare l'esistenza al fine di permetterne la

¹² D. Lecourt, *Georges Canguilhem*, PUF, Parigi 2008, p. 46.

¹³ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, cit., p. 49.

¹⁴ *ivi*, p. 51.

correzione»¹⁵. Nondimeno Bernard appare pronto a fare in modo che tale concetto, sebbene privo di corrispondente nell'esistenza, venga ben riempito di contenuti reali. La malattia come deviazione dalla norma, infatti, viene intesa in due modi da Bernard: come variazione quantitativa e come differenza di grado. Se la seconda concezione implica la già richiamata continuità tra normale e patologico, la prima rimanda a una loro omogeneità. Stabilire che ci sia continuità tra due poli contrapposti, non richiede che si dia definizione degli stessi, ma solo che si stabilisca in cosa consista la loro contrapposizione e che la si replichi in scala via via ridotta, procedendo progressivamente. L'omogeneità di due elementi, invece, richiede che si dia la definizione della natura di uno dei due o che, quantomeno, venga definito quale sia l'elemento omogeneo in essi¹⁶. Bernard non si accontenta della continuità della malattia e della salute, ma riconduce entrambe a un'omogeneità fenomenica: la malattia non è un fenomeno di natura diversa dalla salute, essa anzi inerisce al medesimo dominio del reale. Egli non può e non vuole sottrarsi da una determinazione della salute, anzi: la sua fisiologia si differenzia da quella di Broussais proprio per la sua capacità di offrire questo contenuto concettuale nella forma oggettiva del dato biometrico sperimentale. È nel laboratorio e nell'esperimento, dove le condizioni sono sotto il controllo dello sperimentatore, che la salute si riempie di significato e che viene definito che cosa sia, di volta in volta, normale. La clinica non ha altro compito che quella di soppiantare le deviazioni degli individui con la norma del laboratorio, di far valere la chimica del laboratorio contro la chimica dell'organismo. In tutto questo il fenomeno patologico viene ridotto ad alcuni sintomi, suscettibili di analisi biometrica e viene riconosciuto come disturbo di una funzione¹⁷ e, di conseguenza – in relazione al livello di analisi di volta in volta adottato – come malattia di organi, tessuti o cellule. La malattia non viene considerata un'esperienza «del tutto organico», ma un fenomeno localizzabile, individuabile, isolabile, misurabile e descrivibile biometricamente¹⁸: la naturalizzazione e la normalizzazione della salute, la vittoria del laboratorio sulla clinica, comportano innanzitutto una rimozione della malattia come esperienza.

Anche Illich, come Canguilhem, individua nella sovversione dei rapporti tra la clinica e il laboratorio e nello slittamento dell'interesse medico dal malato alla malattia uno dei principali problemi della medicina contemporanea: «Man mano che l'interesse del medico si spostava dal malato al male», leggiamo in *Nemesi medica*, «l'ospedale diventava un museo della malattia», fino a che «ci si cominciò a rendere conto che l'ospedale era il posto ideale per studiare e comparare i casi. [...] i medici presero a frequentare gli ospedali per esercitarsi; [...] acquisivano “la visione del capezzale”, l'occhio clinico»¹⁹. L'ospedale diviene così istituto didattico e laboratorio sperimentale, luogo di conoscenza e di produzione del sapere medico. Proprio qui

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ *Ivi*, p. 50.

¹⁷ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, cit., p. 58.

¹⁸ *Ivi*, p. 185.

¹⁹ I. Illich, *Nemesi medica*, cit., p. 176

risiede l'origine del processo di istituzionalizzazione e professionalizzazione della medicina di cui Illich e il più ampio movimento dell'anti-medicina nel Novecento hanno denunciato i limiti e le ingiustizie. È solo in virtù dello statuto scientifico delle sue asserzioni, infatti, che la biomedicina occidentale ha potuto infatti giustificare l'istituzionalizzazione e, soprattutto, la professionalizzazione della pratica medica. Medico è colui che può vantare (ma soprattutto certificare) una certa compagine di conoscenze teoriche, abilità pratiche e competenze tecniche. Il processo di istituzionalizzazione e quello della normalizzazione si implicano dunque a vicenda e non sembrano poter essere considerati separatamente. Non a caso il termine «normale», che vede la propria origine nella scuola e nella sanità, le due istituzioni cardine dell'Europa del XIX secolo, rappresenta l'esito ultimo del più ampio processo di razionalizzazione e burocratizzazione in cui si trovò coinvolta la società industriale di quel secolo²⁰. La sanità, la scuola, le comunicazioni, il sistema energetico e quello dei trasporti: ognuno di questi elementi riceve una spinta alla fissazione di standard, alla formulazione di protocolli, alla determinazione di modelli e, in una parola, alla normalizzazione. In questo periodo, a soprintendere a questo processo, è in larga misura lo Stato. Nel caso della salute, in particolare, a essere in gioco è l'esigenza stessa dello Stato di preservare e promuovere la forza fisica nazionale ai fini della produttività industriale e, fino alla Seconda Guerra Mondiale, della difesa nazionale. La questione della salute è, almeno fino a metà Novecento, questione di Stato e di «ordine pubblico»²¹.

Qualcosa cambia però a partire dagli anni '40 e, in particolare, nel secondo Dopoguerra. Il 26 luglio 1945, a Londra, il laburista Clement Attlee inaugura il proprio mandato come Primo Ministro, dopo aver inaspettatamente sconfitto alla tornata elettorale di quell'anno il candidato conservatore Winston Churchill, l'uomo che aveva protetto il Regno Unito dalla minaccia nazista. Obiettivo di Attlee è quello di portare a compimento una serie di importanti riforme nel campo delle politiche sociali, per la cui programmazione egli fa riferimento ai contenuti del *Report of the Inter-Departmental Committee on Social Insurance and Allied Services*, pubblicato nel 1942 dall'economista William H. Beveridge e frutto di un'indagine sul funzionamento dei servizi sociali inglesi, promossa dal precedente governo. Le proposte contenute all'interno di quello che sarebbe poi stato conosciuto come il *Rapporto Beveridge*, suggerivano che l'accesso ai servizi sociali fondamentali – in particolare quello ai sussidi di disoccupazione, al sistema pensionistico e a quello sanitario – venisse garantito da una più forte tassazione dei redditi più alti e da un investimento delle risorse dello Stato nel sistema dei servizi sociali²². Nel 1946 il governo Attlee vara un piano di riforme – il cosiddetto *piano Beveridge* – che conduce alla costruzione del

²⁰ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, cit., p. 199.

²¹ G. Pizza, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma 2005, p. 93.

²² Per un discorso generale sulle trasformazioni nell'Europa nel Secondo Dopoguerra si vedano G. Mammarella, *Storia dell'Europa dal 1945 a oggi*, Laterza, Roma-Bari 2000; T. Judt, *Dopoguerra. Come è cambiata l'Europa dal 1945 a oggi* (2005), tr. it. di A. Piccato, Mondadori, Milano 2007. Su Beveridge rimandiamo a B. Abel-Smith, *The Beveridge Report: Its Origins and Outcomes*, in «International Social Security Review», n. 45, 1992, pp. 5-16 e a J. Harris, *William Beveridge: A Biography*, Oxford University Press, Oxford 1997.

National Health Service (Nhs), il Servizio Sanitario Nazionale, primo elemento costitutivo del *Welfare State* britannico. Questa vicenda assume un'importanza sovranazionale dal momento in cui il piano Beveridge viene assunto come modello per l'organizzazione dei servizi sanitari in numerosi altri paesi, al punto che all'inizio degli anni '60 esso «godeva ancora reputazione in tutto il mondo, specialmente tra i riformatori americani»²³. Secondo Michel Foucault, è proprio a partire dal piano Beveridge che è venuto a cambiare l'interesse dello Stato – ora divenuto *Welfare State* – nei confronti della salute individuale: la salute diventa oggetto di tutela in quanto *diritto*²⁴. Sono gli ordinamenti costituzionali del Secondo Dopoguerra a interessarsi della salute in quanto diritto, ma anche le organizzazioni internazionali (prima fra tutte l'OMS, ma successivamente, in maniera più o meno indiretta, anche il Fondo Monetario Internazionale e la Banca Mondiale) e quella della salute diviene progressivamente parte costitutiva e integrante di una biopolitica capillare. «Essere sano» diviene un dovere verso se stessi, un tassello fondamentale della propria auto-costituzione. Al contrario, la malattia – in quanto costo sociale – diviene condizione che l'individuo è, moralmente, tenuto a evitare. Sebbene in un senso in parte diverso, anche nel processo dell'istituzionalizzazione della salute, la malattia viene considerata come stato deficitario rispetto a questa.

È proprio in virtù di una tale concezione della salute e della malattia, che questi tre movimenti di cui abbiamo delineato i contorni – quello della naturalizzazione, della normalizzazione e dell'istituzionalizzazione della salute – convergono in quel più generale processo di *medicalizzazione* della vita che si costituisce «come paradigma, che si incarica in modo sempre più raffinato e “scientifico”, di *misurare il deficit* in base a standard di normalità di volta in volta caricati di un determinato valore di verità»²⁵. Ed è in questo dispositivo complessivo che la salute, da diritto, si trasforma in «un assillo volontario, un parassita delle nostre condotte con cui accettiamo e quasi scegliamo di convivere»²⁶.

3. Prevenzione: l'ultimo esito della medicalizzazione

Nel contesto della medicalizzazione l'individuo si trova a essere già sempre considerato come bisognoso di attenzioni da parte del sistema sanitario. Tra le principali categorie di individui ai quali viene richiesta una particolare attenzione al proprio stato di salute ricordiamo: i neonati; i bambini e i ragazzi nell'età dello sviluppo; le persone con handicap e disabilità; gli sportivi; le donne in gravidanza; i lavoratori; i medici e gli operatori sanitari; gli anziani; le persone attive sessualmente; i viaggiatori (in particolare coloro che frequentano paesi “esotici”); i malati stessi, che devono fare attenzione a non peggiorare le proprie condizioni di salute e, in

²³ I. Illich, *Nemesi medica*, cit., p. 237.

²⁴ M. Foucault, *Archivio Foucault. Volume 2: Poteri, Saperi, Strategie*, tr. it. di A. Petrillo, Feltrinelli, Milano 1997, p. 202-203.

²⁵ P. A. Rovatti, *Note sulla medicalizzazione della vita*, in «Aut-Aut» n. 340, 2008, pp. 3-13: 5.

²⁶ Ivi., p. 7.

alcuni casi, a preservare quelle degli altri. È nel *gesto diagnostico* e nelle pratiche della *prevenzione* che la medicalizzazione penetra oggi più a fondo nella vita. Il vero oggetto della medicalizzazione non è l'uomo malato, ma l'uomo sano, l'uomo che “possiede” la propria salute e che ha il compito – verso se stesso e verso la comunità a cui appartiene – di tutelarla. La prevenzione si muove continuamente su due livelli: da un lato gli esami diagnostici di accertamento si preoccupano di conoscere la situazione del singolo individuo, dall'altro queste informazioni assumono per lo Stato un valore statistico e un significato epidemiologico; da un lato le tecniche di profilassi individuali, dall'altro definizione e attuazione di protocolli di igiene pubblica. Quello della prevenzione è un vero e proprio “dispositivo nel dispositivo” biopolitico della medicalizzazione, capace di intervenire contemporaneamente sui due livelli dell'*individuo* e della *popolazione*.

Nella sua critica generale alle istituzioni, Illich individua un difetto trasversale che riguarda non tanto l'ambito di esercizio del singolo sistema (sanitario, educativo, energetico,...) ma che colpisce la stessa forma istituzionale: l'istituzione è sempre controproducente. Se approfondiamo l'analisi delle singole istituzioni oltre le prime apparenze, possiamo infatti scoprire che esse – lungi dal risolvere o anche solo ridurre le esigenze e i bisogni che sono all'origine della loro costituzione – sembrano divenire a loro volta sistemi di produzione e intensificazione di quei bisogni. Nel caso dell'istituzione medica questo avviene attraverso un processo di *iatrogenesi* articolato su tre livelli: iatrogenesi clinica (che produce veri e propri danni clinici); iatrogenesi sociale (che favorisce le condizioni che rendono malsana la società); iatrogenesi culturale (che espropria l'individuo del proprio potere di guarire se stesso)²⁷. Per quanto i sistemi sanitari siano cambiati molto dagli anni '70 in cui Illich scriveva, la iatrogenesi rimane oggi un rischio reale, quanto più esso è legato all'esigenza che ognuno di noi ha di sapere. La gravità della iatrogenesi non si esprime tanto nell'aumentato consumo di farmaci da parte di chi è o crede di essere malato, ma nell'incredibile moltiplicarsi di procedure mediche a cui decide di sottoporsi chi, ragionevolmente, crede di essere sano. Oggi non è più il farmaco a dominare l'immaginario della salute, ma il certificato²⁸ e la nuova vittoria del laboratorio sulla clinica non risiede nella chimica farmaceutica ma nello *screening*.

L'effetto iatrogeno della medicalizzazione è tale per cui è la stessa categoria medica, negli ultimi trent'anni, ad essersene preoccupata. Un esempio di tale preoccupazione è la creazione del concetto di «prevenzione quaternaria»²⁹ che non concerne più la malattia, la sua insorgenza e le sue complicazioni, ma si rivolge direttamente a una protezione del paziente dagli effetti controproducenti di un'ipermedicalizzazione. È il medico stesso a formulare il rischio dell'eccesso di

²⁷ I. Illich, *Nemesi medica*, cit., p. 14.

²⁸ In merito al ruolo del certificato e della certificazione si veda: G. Ferrigo, *Il certificato come sevizia. L'Igiene Pubblica tra irrazionalità e irrilevanza*, Forum Editrice Universitaria, Udine 2014.

²⁹ Il concetto è stato coniato da Marc Jamouille, all'interno di un famoso saggio del 1986. Di lì in poi la nozione di prevenzione quaternaria ha conosciuto un'ampia diffusione all'interno della letteratura medica, sino a un suo pieno riconoscimento istituzionale. Jamouille M., *Information et informatisation en médecine générale*, in J. Berleur et altri, *Les informa-g-iciens*, Presses Universitaires de Namur; Namur 1986, p.193-209.

medicalizzazione ma, nel farlo, non fa che confermare la tesi di Illich per cui la medicalizzazione sarebbe, oltre che un processo di sempre più profonda penetrazione delle pratiche mediche nella vita quotidiana, anche un’onnipresente ansia nei confronti della salute. La prevenzione quaternaria riguarda infatti la tutela della salute nei confronti dell’eccesso di diagnosi [*overdiagnosis*] e dell’accanimento terapeutico [*overtreatment*]. Resta inalterato il monopolio del sistema medico-sanitario nella determinazione di che cosa sia la malattia, di chi sia il malato e di chi debba accedere o meno ai servizi medici. Anzi, anche la prevenzione dei rischi iatrogeni della sanità viene ora codificata, professionalizzata, istituzionalizzata.

4. Conclusioni. Ridefinire la salute

La tesi di Illich, come abbiamo ricordato, è che la prima minaccia per la salute sia rappresentata, nella nostra epoca, dalla corporazione medica. La pericolosità di questo «sistema di tutela della salute a carattere e basato sul medico» è tale che i danni da esso arrecati sopravanzano di gran lunga i benefici che da esso è possibile trarre. L’istituzione sanitaria, inoltre, occulta all’individuo la sua personale capacità di «guarire se stesso», senza dover far ricorso al monopolio della medicina “ufficiale”. Illich, come Foucault, riconosce nel piano Beveridge un momento di svolta all’interno della storia della sanità occidentale e globale. Il presupposto fondamentale su cui viene edificato il Nhs inglese è che all’interno di ogni popolazione, esista un tasso di morbosità delimitato che, una volta sottoposto all’azione di un sistema sanitario “sociale”, possa essere progressivamente ridotto. Il piano prevedeva così, contemporaneamente alla diffusione delle terapie, una riduzione correlativa della morbosità e dei costi dello stesso sistema sanitario³⁰. Ma Illich contesta proprio questi risultati: non solo i servizi sanitari nazionali hanno generato nuove esigenze terapeutiche, cliniche e farmacologiche e, dagli anni ’40, i costi economici e sociali della tutela della salute sembrano continuare a crescere, ma l’effetto iatrogeno della sanità si è fortemente esteso al livello culturale, oltre che sul piano clinico e su quello sociale. La soluzione prospettata da Illich è *politica*: occorre sovvertire l’istituzione medica, eliminando la sua intermediazione tra il cittadino e la salute. Occorre demedicalizzare la vita degli individui, disgregando il monopolio che la corporazione medica esercita sulla salute, facendo in modo che i cittadini si possano riappropriare della salute intesa come «libertà e diritti»³¹.

Più di vent’anni dopo la pubblicazione di *Nemesi medica*, nel 1998, durante una prolusione tenuta a Bologna nel contesto del convegno «Malattia e salute come metafore sociali», Illich ritorna criticamente sul proprio lavoro³². Nel riconoscere ancora valida la propria tesi secondo cui «la salute è divenuta il fattore patogeno predominante», Illich ammette però di essere «costretto a fare i conti con una

³⁰ I. Illich, *Nemesi medica*, cit., p. 237.

³¹ Ivi, p. 259 e ss.

³² La prolusione, con titolo «Non lasciarci soccombere alla diagnosi, ma liberaci dai mali della sanità», è oggi disponibile come appendice all’edizione italiana di *Nemesi medica*; cfr. I. Illich, *Nemesi medica*, cit., p. 307-314.

controproduttività a cui non potevo pensare quando scrissi *Nemesi medica*³³. La nuova controproduttività è data proprio da quel ruolo assunto dal dispositivo diagnostico/preventivo che anche noi abbiamo riconosciuto come nuovo approdo del processo storico moderno della medicalizzazione. La diagnosi si configura come nuovo agente iatrogeno paradossale: se da un lato le statistiche sulla morbosità e la mortalità rivelano un calo che viene letto dallo stesso sistema sanitario come prova della propria efficacia, d'altro canto le indagini antropologiche e sociologiche rivelano che è proprio nei paesi a più alto tasso di medicalizzazione che gli individui percepiscono se stessi come più bisognosi di cure e di terapie. La distanza tra una pretesa diagnosi “obiettiva” e la percezione soggettiva del proprio stato di salute è tale che «l'angoscia misura il livello della modernizzazione e, ancora più, quello della politicizzazione»³⁴. Questo fenomeno trova le proprie origini in una separazione tra il gesto diagnostico e quello terapeutico: fino al secolo XIX la diagnosi si configurava come una «mimetica» che, attraverso la pratica dell'ascolto che portava il medico a identificarsi con il malato, rivestiva un reale ruolo terapeutico per il paziente. Dall'Ottocento in avanti però la diagnosi è passata dall'essere una pratica di ascolto al divenire una pratica di auscultazione, perdendo in rapporto medico-paziente ciò che essa guadagnava in precisione diagnostica, in obiettività e in “realismo”³⁵. Com'è facile prevedere una tale ricostruzione della storia della diagnosi conduce Illich a confermare, sebbene con alcuni aggiustamenti, la sua condanna del sistema medico-sanitario e a ribadire la richiesta di un riconoscimento dell'unicità di un individuo ormai del tutto spersonalizzato e de-relazionato dall'istituzione medica.

Nonostante il passare degli anni è difficile percepire le rivendicazioni e le esortazioni di Illich come troppo distanti dalla nostra condizione. Lungi dall'essere scomparsi, i movimenti dell'anti-medicina hanno generato numerosi eredi e da più parti si possono sentire richiami all'urgenza della de-medicalizzazione e ai pericoli di una sempre più pervasiva oppressione del sistema medico nei confronti degli individui. Tali spinte si muovono in un ampio spettro di variabilità: dalla denuncia dello strapotere economico delle grandi multinazionali farmaceutiche, agli inviti a integrare il sistema medico con le cosiddette «medicine complementari», alla elaborazione e diffusione di teorie para- e pseudo-scientifiche su un'intera varietà di questioni mediche³⁶. Se alcune di queste rivendicazioni appaiono condivisibili, altre possono lasciare piuttosto perplessi, ma certamente tutte restano espressione viva di una sfiducia nell'azione medica e della richiesta di una salute de-istituzionalizzata e de-professionalizzata.

In merito a questi movimenti si possono riprendere le parole che, a pochi anni dalla pubblicazione di *Nemesi medica*, Canguilhem dedicava al lavoro di Illich:

³³ Ivi, p. 310.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ Ivi, pp. 311-313.

³⁶ Si pensi ad esempio all'ampia visibilità che ha avuto nel nostro paese la questione delle vaccinazioni pediatriche che, secondo alcuni, sarebbero alla base di una vera e propria iatrogenesi clinica, in quanto responsabili di una gran varietà di malattie e patologie, prima fra tutte la sindrome dell'autismo.

Si pensava di inventarsi chissà cosa, mentre si trattava semplicemente di un ritorno al tema millenario del medico di se stesso. Giacché i tempi sono difficili e gli sbocchi di lavoro sono pochi, una quantità crescente di terapeuti non scienziati – la scienza, eccolo il nemico – si vanta di riuscire a ottenere quello che rimprovera ai medici di trascurare o di mancare. Donde l'appello ai malati delusi: veniteci a dire che volete guarire, e poi insieme faremo il resto³⁷.

La petizione di principio, in cui consiste secondo Canguilhem in fondo l'anti-medicina, è quella di considerare così già risolto il problema. «Diteci che volete guarire», dicono insieme il serio critico dell'istituzione e il ciarlatano di turno, «e noi vi guariremo, lo faremo insieme e lo faremo con *umanità*». Ma la verità è che questi inviti non fanno che aumentare, anziché diminuire, l'ossessione per la salute. Si pongono così nuovi e forse più pressanti questioni individuali e collettive: quale terapia scegliere? Quando considerare “sicuro” il proprio livello di autonomia in campo terapeutico? Quale livello di salute personale considerare adeguato? Come nota Canguilhem: «Anche sentirci frustrati per il fatto che la medicina attuale non ci garantirebbe un adeguato livello di salute, anche questa è una malattia»³⁸.

Questa critica di Canguilhem alla de-medicalizzazione e all'anti-medicina è più che condivisibile ma, a mio parere, ancora incompleta. In particolare, mi pare, resta ancora non problematizzato il concetto – a dire il vero un po' vago in Illich – di salute come «libertà e diritti». Questa idea di salute appare inizialmente non dissimile dall'idea di Canguilhem della salute come «normatività», in quanto per Illich «la salute designa la sfera di autonomia entro la quale una persona domina i propri stati biologici e le condizioni del suo ambiente immediato. In questo senso, la salute equivale al grado di libertà vissuta»³⁹. Lo stesso Illich si è poi distanziato da questa idea di salute come «*coping*», come capacità di fronteggiare la situazione biologica e ambientale, ma nuovamente in vista di una non meglio precisata svolta della pratica medica verso un'attenzione alla malattia come esperienza soggettiva, alla dimensione relazionale e all'uomo concreto⁴⁰. Ciò che non emerge né dalla critica di Canguilhem, né dall'autocritica di Illich è la problematicità di una nozione di salute intesa come *diritto*. Il diritto alla salute viene espresso da Illich come diritto di accesso alle risorse monopolizzate dalla medicina come professione e istituzione.

Il diritto alla salute inteso in questa maniera presenta, in primo luogo, il problema di essere ancora più centrato sulla terapia che sulla prevenzione: la nozione di salute qui sottintesa rimanda a uno stato da raggiungere, a un *télos* a cui mirare. Nell'idea dell'uomo «medico di se stesso» non si mette in discussione il presupposto primo della medicalizzazione, che cioè l'uomo è sempre «uomo da curare», ma si sposta solo la responsabilità della cura dal medico al malato. Di conseguenza e in secondo luogo, l'idea di una salute come un diritto slitta verso

³⁷ G. Canguilhem, *È possibile una pedagogia della guarigione?* (1978), in Id. *Sulla medicina. Scritti 1955-1989*, tr. it. di D. Tarizzo, Einaudi, Torino 2007, pp. 35-52: 49.

³⁸ Ivi, p. 51.

³⁹ I. Illich, *Nemesis medica*, op. cit., p. 259.

⁴⁰ Ivi, pp. 295-306

un'idea di salute come virtù: «La salute è un compito [...] La riuscita di questo compito è in gran parte il risultato dell'autocoscienza, dell'autodisciplina e delle risorse interiori con cui ognuno regola il proprio ritmo e le proprie azioni quotidiane, la propria alimentazione, la propria attività sessuale»⁴¹. La *vita sana* è *vita virtuosa*, capace di preservare l'individuo dalla malattia e di evitare il contatto con la medicina istituzionale e professionale. Ma quest'idea è perfettamente coerente con il dispositivo biopolitico della prevenzione, che trasferisce nelle pratiche dei soggetti il compito del controllo. Illich non si accorge di quanto possa essere pericoloso e inquietante invocare un compito alla salute che implichi un autocontrollo da parte del soggetto su tutte le proprie attività corporee, a partire dall'alimentazione e dal comportamento sessuale. In terzo luogo, e questo ci pare il punto fondamentale, la concezione di salute di Illich è ancora una forma di determinazione della salute in uno «stato». Da questo punto di vista Illich non supera minimamente la posizione di Bernard e della biomedicina ottocentesca ma, anzi, si può sostenere che ne potenzi gli esiti. Bernard ha definito il concetto di salute non più in termini sostanziali, bensì in termini normativi, ma non per questo, come si è visto, egli rinuncia a riempire questo concetto di un contenuto reale, quello dei valori sperimentali. Il concetto normativo di salute prescrive così delle norme organiche, basate su valori sperimentali. Associare questo concetto a una rivendicazione del diritto alla salute, significa elevare la positività sperimentale dell'organico alla positività valoriale dell'etica. Certo, il concetto di salute di Illich ha un contenuto positivo più povero dei valori sperimentali di Bernard: la sua è una salute minima, umile, ridotta. Ma nondimeno il suo programma di recupero della salute «non implica la messa al bando del linguaggio tecnico come non richiede l'esclusione della competenza autentica [...]». Non significa l'abolizione della medicina moderna»⁴². Soprattutto, non significa rinunciare a una definizione ancora una volta normalizzante della salute:

La nozione di ciò che è consigliabile, il modo di regolarsi più adeguato, l'impegno a valorizzare la salute altrui, tutto questo si apprende dall'esempio dei pari o degli anziani. Queste attività personali sono plasmate e condizionate dalla cultura in cui l'individuo cresce [...]. Gli individui sani sono quelli che vivono in case sane con un'alimentazione sana in un ambiente parimenti adatto per nascere, crescere, lavorare, guarire e morire [...] A misura che intervengono altri nella gestione della sua intimità, egli [l'individuo] rinuncia alla propria autonomia e la sua salute *non può non deperire*⁴³.

Quel che rimane, in questa visione “decrescitista” della salute, è ancora l'idea che la salute sia uno stato. L'uomo medicalizzato è destinato a veder deperire la propria salute, mentre l'uomo che verrà, l'uomo de-istituzionalizzato, farà fronte autonomamente all'esperienza «del dolore, della malattia e della morte». Non si nega, certo, che queste esperienze siano parte integrante della vita di ognuno; nondimeno

⁴¹ Ivi, p. 291.

⁴² Ivi, p. 274.

⁴³ Ivi, p. 292.

si continua a vedere nello stato di salute lo stato naturale o, meglio, lo «stato di natura» dell'uomo. Come sarebbe l'uomo al di fuori delle istituzioni? Sarebbe un uomo sano che vive una *vita sana* in un ambiente salubre. La vita sana è uno stato, una costanza, solo occasionalmente interrotta dall'evento patologico. La malattia è nuovamente ricondotta a stato di eccezione, a fuoriuscita dalla norma, estraneità alla vita normale, naturale e sana dell'individuo. Ipostatizzare la salute in un oggetto di diritto – da preservare e, all'occorrenza, da restaurare – significa ancora rivolgersi a un individuo che si presenta come naturalmente sano, che esclude la malattia dalla propria vita e che, in definitiva dimentica la «legge di degradazione di cui la salute esprime un successo sempre temporaneo»⁴⁴. La vita, però, non è un'oscillazione tra uno stato di salute e uno di malattia e non conosce né punti zero da cui muovere, né asintoti a cui tendere. Nel suo tentativo di scampare alla morte, «la vita preferisce l'asimmetria»⁴⁵. Pensare a un diritto alla salute come un diritto alla vita sana (alla sua conservazione come alla sua restaurazione) significa operare una rimozione di questa asimmetria e del suo significato. La salute come diritto mistifica il senso vitale della malattia, che dimentica «l'ascolto e la comprensione dei corpi» e riduce di conseguenza la medicina – istituzionalizzata o de-istituzionalizzata che sia – a un compito restaurativo che essa non può assolvere. La vita è infatti costitutivamente riduzione, e la salute non è che la condizione della capacità dell'individuo di far fronte alla vita stessa e agli eventi che ne accelerano il declino. La pratica medica si è rivolta, nel corso del tempo, al malato (nella pratica clinica), alla malattia (con l'avvento della biomedicina), all'individuo sano e alla popolazione (con la medicina preventiva, l'igiene e l'epidemiologia). Essa si occupa ormai raramente dell'individuo come vivente, se non quando si tratta di imporre a esso, nella sua globalità, un concetto di salute il cui contenuto sono, di volta in volta, valori sperimentali e condotte virtuose. Non si tratta perciò di de-istituzionalizzare la salute o di de-professionalizzarla – lasciando libero il campo a nuove (e magari cialtronesche) promesse di salute –, ma di ripensare la pratica medica come rivolta al vivente e a una salute che non si determina mai in un concetto dal contenuto stabile, continuo, ipostatizzato, ma che richiede, quasi come un limite noumenico, una continua e incessante ridefinizione.

⁴⁴ G. Canguilhem, *Sulla medicina*, cit., p. 52

⁴⁵ F. Dagognet, *Georges Canguilhem. Filosofo della vita* (1997), in G. Canguilhem, *Sulla medicina*, cit., pp. 69-101: 93.