

Comment

Medicalizzazione

Mario Colucci

Parlare di medicalizzazione significa innanzitutto parlare di un processo di sconfinamento da parte di una scienza, la medicina, che va al di là dei suoi limiti: non più solo arte di guarigione del singolo o sistematizzazione di conoscenze utili per affrontare la malattia dell'individuo, ma sviluppo pervasivo di saperi e di pratiche che a partire dal XVIII secolo incomincia ad applicarsi a problemi collettivi, storicamente non considerati di natura medica, muovendosi in direzione di una tutela su larga scala della salute del corpo sociale. Il benessere fisico della popolazione e la salvaguardia e il miglioramento del suo livello di salute diventano uno dei principali progetti del potere politico, ai fini non solo di una presa in carico dell'emarginazione sociale e della povertà per renderle produttive, ma anche di una "pianificazione della società come ambito di benessere fisico, di salute ottimale e di longevità".¹

Tuttavia, questa uscita dai confini della relazione individuale non può realizzarsi se prima non c'è stato proprio il coinvolgimento del singolo nel processo di medicalizzazione. Tale coinvolgimento parte da un'identificazione e conduce a un'aspettativa. L'identificazione nasce quando la divisione tra psiche e soma fa del corpo un *Körper*, mero corpo fisico, oggetto come qualsiasi oggetto di natura, e non più un corpo vivente (*Leib*), quale può essere colto in un orizzonte fenomenologico.² Il soggetto si identifica in oggetto malato, quale lo pretende il medico a cui si è affidato. Medicalizzare significa in primo luogo creare consenso intorno alla natura oggettiva del corpo malato e intorno alla necessità della distanza fra curante e curato. L'aspettativa nasce più tardi, da questa premessa, ed è la forma assunta dalla medicalizzazione nella nostra epoca: si tratta dell'aspettativa pubblica che la medicina trattando i sintomi patologici delle persone, possa affrancarci da più vasti problemi sociali.³ La medicina è investita del potere di risolvere tutto, al prezzo però di una semplificazione, di una "riduzione del bisogno in malattia", con ciò che ne consegue, ovvero "la traduzione in termini medici di problemi che dovrebbero essere affrontati con misure sociali; la strumentalizzazione a scopo di dominio della dipendenza dall'aiuto del medico; l'uso del sapere in termini di potere sul malato".⁴

Sono due le strategie che hanno permesso l'affermazione di questo "imperialismo medico": nascondere il "corpo morto", mettere in luce il "corpo miserabile". Il corpo morto è il corpo dell'anatomia patologica, il fondamento del sapere medico moderno, il momento in cui dall'osservazione clinica dei sintomi si passa allo sguardo autoptico sul cadavere, facendo della morte il punto di scaturigine della verità sulla vita. La medicalizzazione, sconfinando ogni limite, occulta il limite; nascondendo il corpo morto, cela il taglio che ferisce in profondità la medicina occidentale, la morte come "punto di vista assoluto e apertura sulla verità".⁵ Perché la medicalizzazione è invasione e colonizzazione della vita: "è ora sulla vita e lungo tutto il suo svolgimento che il potere stabilisce la sua presa; la morte ne è il limite, il momento che gli sfugge".⁶ Il suo oggetto diventa il corpo miserabile,⁷ quello degli ospizi e degli asili, il corpo degli uomini infami,⁸ delle esistenze perdute nelle istituzioni totali, la massa senza nome dei corpi reclusi negli *hospitaux generaux*, su cui formare un sapere fatto di separazioni e di classificazioni, di assoggettamenti e di discipline.

La nascita della medicina mentale ne offre un chiaro esempio: essa costruisce uno straordinario apparato di potere e di sapere perché in qualche modo deve supplire a un suo vizio d'origine, la mancanza di un corpo anatomico. Per quanto anche nei manicomi ci siano sale autoptiche e le teorie organiciste prendano piede, non è sul corpo morto e dissezionato che si fondano le pratiche dell'asilo. L'edificio resta disciplinare, il trattamento di tipo morale: il compito è fare del corpo miserabile un corpo docile. La ripartizione nosografica non ha alcun peso nell'organizzazione dello spazio manicomiale, le distinzioni sono fatte solo sulla base del comportamento degli internati (agitati e tranquilli, sudici e autosufficienti, incapaci e abili al lavoro, ad alta e a bassa sorveglianza).⁹ È il primo vero distacco dal nascente modello clinico-sperimentale della medicina, a cui la psichiatria cerca di riparare avvalendosi

dell'aiuto della neurologia: ma l'illusione di poter trovare i fondamenti organici della volontà nei segni di superficie del "corpo neurologico" ha vita breve. La reazione a questo tentativo di somatizzare l'istinto comporta una medicalizzazione ancora più insidiosa, quella del corpo in quanto "corpo sessuale".¹⁰ Non è per caso che oggi i temi della sessualità e della generazione siano tra i più fecondi domini del biopotere medico, dalla decifrazione dei comportamenti amorosi all'inflazione dei consigli specialistici, dalla presunta liberalizzazione della condotta sessuale alle grida d'allarme intorno alle deviazioni dalla norma; dall'aiuto alla fertilità al controllo delle nascite con tutto il corollario dei dibattiti sulla genetica (fecondazione in vitro, perfezionamento della medicina prenatale, embrioni e cellule staminali, manipolazione del genoma e clonazione).

In altri termini, è proprio questa assenza di corpo anatomico a fare della medicina mentale una medicina speciale con luoghi speciali d'esercizio, grazie alla quale rintracciare i passaggi iniziali del processo di medicalizzazione, ossia la trasformazione di un potere disciplinare in un biopotere. Si comincia dalla medicalizzazione dell'ospizio, cioè dalla riduzione della miseria e della follia in malattia: la legge francese del 1838 sui manicomi ne fa paradossalmente dei luoghi senza legge, nel senso che il diritto non vi accede se non con la mediazione della medicina. Extraterritorialità giuridica, sospensione del diritto di cittadinanza: è "cittadino" Pinel di fronte a Couthon in visita a Bicêtre, ma sono soltanto "animali" quegli internati che Pinel vorrebbe liberare.¹¹ Pinel farà di quegli animali degli "alienati": toglie loro le catene ma non li libera, sequestrandoli in un isolamento "terapeutico", che fa del corpo miserabile un "corpo senza storia", staccato dal corpo sociale a cui appartiene. "Il manicomio ha la sua ragione d'essere nel fatto che fa diventare razionale l'irrazionale. Quando uno è folle ed entra in manicomio smette di essere folle per trasformarsi in malato. Diventa razionale in quanto malato".¹² Medicalizzare significa naturalizzare un problema sociale e sostituirsi alla sovranità politica per affrontarlo. Medicalizzare significa addomesticare un corpo e farne il luogo eletto su cui esercitare un potere disciplinare: il corpo dell'internato sarà allora un "corpo da normalizzare" (pedagogizzazione e psicologizzazione di massa); un "corpo da sorvegliare" (pregiudizio di pericolosità, strategie di prevenzione e messa sotto tutela); un "corpo da misurare" (schedatura fisiognomica e raccolta statistica).

Su queste tre linee il processo di medicalizzazione si estende anche all'esterno delle mura dell'istituzione totale, diffondendosi illimitatamente nel corpo sociale e colonizzando la sovranità politica attraverso strategie di normalizzazione. Affermazione di un'autorità medica generale che si installa capillarmente all'interno della società quale centro di potere decisionale riguardo alla salute di una comunità. Se il sequestro nello spazio istituzionale ha funzionato sull'illusione terapeutica dell'isolamento, rafforzata dal pregiudizio di pericolosità del malato e dalla necessità di una sua messa sotto tutela, l'uscita nel tessuto sociale può corrispondere a una diversa forma di controllo. La tutela, dapprima concepita come "espropriazione dei corpi", cioè internamento a difesa della società e a scapito del corpo miserabile, spogliato di ogni diritto, si evolve in un modello perfezionato di "invalidazione assistita", cioè soccorso alla marginalità improduttiva senza che ne sia intaccato il nodo di fondo della disuguaglianza sociale, quindi riduzione dell'autonomia, dell'autogoverno, della responsabilità dell'individuo nei confronti di se stesso, della propria vita e della collettività.¹³ Medicalizzare significa adottare un modello di prevenzione generalizzata all'interno del corpo sociale (nei riguardi dell'anormalità più largamente intesa fino al rischio epidemico), fondato su invalidazione del diritto di cittadinanza mascherata da una necessità assistenziale. L'estremizzazione perversa di questa strategia preventiva condurrà a manifestazioni aberranti in cui la razionalità biopolitica esplose in potenza omicida, come nel caso delle politiche eugenetiche del XX secolo (dalla sterilizzazione di massa negli Stati Uniti allo sterminio dei malati mentali e alle sperimentazioni mediche sui deportati nella Germania nazista).¹⁴

Ma la medicalizzazione è anche misurazione, stima, valutazione, proiezione. Governo delle popolazioni attraverso un progetto di igiene pubblica. Organizzazione di apparati amministrativi per la registrazione e conservazione di dati sanitari ai fini di una comparazione statistica ed epidemiologica. Spostamento dell'attenzione dall'oggetto malattia ad altri campi di intervento, l'igiene dell'ambiente urbano, la salubrità delle costruzioni e degli spazi, la qualità dell'aria e delle acque.¹⁵ Totalizzazione di un "imperativo alla salute", considerato quale dovere della società, oltre che dovere di ciascuno. Il singolare ha senso solo in quanto particolare, in altri termini in quanto tassello di conoscenza del mosaico generale della popolazione. La medicina, che si accredita ancora sulla scena pubblica attraverso l'immagine della lotta nobile e pietosa all'evento morboso, nasconde la realtà di una medicalizzazione che è già

l'imposizione meticolosa e generalizzata di una disciplina. È il trionfo silenzioso di un regime collettivo di salute della comunità, che "implica da parte della medicina un certo numero di interventi autoritari e di assunzioni di controllo";¹⁶ e contro il quale non serve far valere un ideale di prossimità sollecita al corpo del malato o di conoscenza sintetica biopsicosociale del paziente e del suo ambiente, perché tale umanismo è esso stesso implicato nell'assoggettamento pastorale dei saperi insorti contro il biopotere delle moderne tecnoscienze.¹⁷

La medicalizzazione è dunque il processo di formazione di una "medicina del corpo sociale", presenza costante nel travaglio di trasformazione capitalistica della società. Tre modelli sono esemplari nel contesto della realtà europea: la "medicina di Stato" tedesca, la "medicina urbana" francese, la "medicina della forza lavoro" inglese.¹⁸

In Germania, all'inizio del XVIII secolo, lo sviluppo di un programma di *Medizinischepolizei* (polizia medica) corrisponde a una tappa nell'elaborazione di un sapere intorno al funzionamento della macchina politica dello Stato: creazione di un apparato di controllo non solo della salute pubblica, ai fini di una più efficiente sorveglianza dei fenomeni morbosi a carattere epidemico, ma anche della pratica medica, ai fini di una normalizzazione del sapere e del potere medico e di una loro completa integrazione nella macchina statale. A livello della formazione si rende omogeneo l'insegnamento disciplinare in ambito universitario, a livello della registrazione e conservazione documentaria si realizza una centralizzazione amministrativa, a livello dell'organizzazione del personale sanitario si inquadrano i medici nella gerarchia dei funzionari. Questo fenomeno di statalizzazione della medicina, che precede la sua riorientazione teorica di tipo clinico del XIX secolo, rende esplicito un progetto di controllo e di potenziamento delle risorse del corpo sociale, assunto nella sua accezione, prima ancora che di forza lavoro, di "forza dello Stato" con un suo peso economico, ma soprattutto politico e militare.

In Francia, l'affermarsi di un progetto di medicina sociale nella seconda metà del XVIII secolo è determinato prevalentemente dall'esigenza di risolvere la mancanza di coordinamento dei poteri amministrativi cittadini a fronte di un processo di inurbamento troppo rapido e caotico. La medicalizzazione vi gioca un ruolo importante, attraverso specifici progetti di partizione e di controllo degli spazi: le strategie di sorveglianza sanitaria verso i pericoli epidemici oscillano da un "modello di esclusione", di rigetto fuori dall'ambiente urbano (come nel caso della lebbra), che si abatterà successivamente su altre fasce marginali della popolazione come folli, criminali, devianti, poveri, a un "modello di inclusione" (come nel caso della peste), attraverso la messa in quarantena della città.¹⁹ Non più estromettere gli infetti, ma sottomettere la popolazione intera a un regime capillare di sorveglianza del territorio. La divisione dello spazio urbano rappresenta un formidabile sistema di osservazione, registrazione, selezione e separazione del corpo della cittadinanza, al fine di cogliere le sottili differenze tra i singoli. Il modello della quarantena come ideale dell'organizzazione sanitaria di una città è la premessa delle politiche di medicalizzazione urbana della seconda metà del XVIII secolo, le quali perseguiranno specifici obiettivi di igiene pubblica mediante strategie di controllo, da un lato dei luoghi di deposito e di accumulo di tutto ciò che è supposto causa o veicolo di malattia, dal cadavere al rifiuto urbano (ricollocazione di cimiteri, ossari, discariche, macelli, etc.); dall'altro della circolazione dell'aria e delle acque nello spazio della città (risistemazione di luoghi di edilizia pubblica, di fontane, lavatoi, fognature, etc.). Dunque, medicina degli oggetti, dei luoghi di vita e di lavoro, dell'ambiente e degli elementi, piuttosto che medicina dell'uomo e del suo corpo: la nozione di salubrità, intesa come stato dell'ambiente, precede quella di salute, riferita all'uomo in quanto organismo vivente. E se questo organismo finisce con l'interessare il medico è in conseguenza proprio degli effetti e delle trasformazioni delle sue funzioni provocate dall'ambiente stesso.

In Inghilterra, i processi di medicalizzazione si sviluppano più tardi e in relazione a politiche di controllo delle fasce indigenti della popolazione: all'inizio del XIX secolo, in conseguenza della Rivoluzione Francese, che ha mostrato il potenziale politico delle grandi masse di popolo, e delle turbolenze sociali legate alle concentrazioni operaie caratteristiche dell'età industriale, incomincia a serpeggiare un clima di sospetto, talvolta di paura, verso i poveri. Le legislazioni sanitarie si pongono principalmente il problema della salute delle classi bisognose della popolazione: si sviluppano così politiche di assistenza medica gratuita o a bassissimo costo, che hanno anche, nello stesso tempo, lo scopo di preservare l'integrità della forza lavoro e di esercitare un controllo sull'igiene pubblica delle fasce di popolazione a rischio, al fine di garantire dal pericolo di contagio le classi agiate. Paradossalmente, l'organizzazione di un servizio sanitario gratuito a tutta la popolazione, provoca

contestazioni e rivolte, in quanto la messa in atto di interventi di profilassi generalizzata (campagne di vaccinazione, verifica della salubrità ambientale, registrazione e isolamento dei casi di patologia infettiva) viene vissuta come una medicalizzazione prevaricatrice e coercitiva, che va a toccare i privilegi dei circuiti assistenziali religiosi e che indebolisce pratiche individualizzate di cura a vantaggio di strategie di prevenzione collettiva.

È il modello inglese che ha ispirato i sistemi sanitari attuali, grazie alla sua capacità di coniugare previdenza delle classi lavoratrici (tutela della capacità produttiva), estensione dell'assistenza a tutta la popolazione (socializzazione della medicina) e profilassi generalizzata (controllo sociale attraverso la medicalizzazione), all'interno di una precisa delimitazione di sovranità tra pubblico e privato, individuale e collettivo. La comparsa della nozione di "diritto alla salute",²⁰ in luogo delle nozioni di integrità della potenza fisica, della capacità produttiva o della forza lavoro, indica un cambiamento nelle attenzioni politiche statali e una diversa destinazione di risorse economiche: dal dovere di essere sani, attraverso l'obbligo per gli individui di mantenersi in buona salute e al servizio dello Stato, si passa al diritto di essere malati, attraverso l'obbligo dello Stato di garantire agli individui cura, assistenza e riposo lavorativo quando sono malati. Si può parlare di regime noso-politico dello Stato – la salute come finalità principale dell'azione di governo – che spiega la potenza onnipervasiva nel mondo attuale dei processi di medicalizzazione quali funzioni di normalizzazione del corpo-popolazione: "Il controllo della società sugli individui non si effettua solo attraverso la coscienza o l'ideologia, ma anche nel corpo e con il corpo. Per la società capitalista è il bio-politico a essere importante prima di tutto, il biologico, il somatico, il corporale. Il corpo è una realtà bio-politica; la medicina è una strategia bio-politica".²¹

Il testo è la riproduzione della voce "Medicalizzazione", in R. Brandimarte et al. (a cura di), Lessico di biopolitica, manifestolibri, Roma (in corso di pubblicazione).

Note e riferimenti bibliografici

- ¹ M. Foucault, "La politica della salute nel XVIII secolo", 1976, in *Archivio Foucault*, vol. 2, Feltrinelli, Milano, 1997, p. 191.
- ² E. Husserl, *Meditazioni cartesiane*, Bompiani, Milano, 1994.
- ³ "Gli scopi della medicina: nuove priorità", Rapporto dello Hastings Center, *Politeia*, anno 13, numero 45, Milano, 1997; A. Ehrenberg, *La fatica di essere se stessi. Depressione e società*, Einaudi, Torino, 1999.
- ⁴ F. Ongaro Basaglia, G. Bignami, "Medicina/medicalizzazione", in F. Ongaro Basaglia, *Salute/Malattia. Le parole della medicina*, Einaudi, Torino, 1982, p. 158; I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano, 1976.
- ⁵ M. Foucault, *Nascita della clinica*, (1963), Einaudi, Torino, 1969, p. 177.
- ⁶ M. Foucault, *La volontà di sapere*, (1976), Feltrinelli, Milano, 1978, p. 122.
- ⁷ F. Ongaro Basaglia, G. Bignami, "Medicina/medicalizzazione", cit.
- ⁸ M. Foucault, "La vita degli uomini infami", 1977, in *Archivio Foucault*, cit., vol. 2, p. 245-262.
- ⁹ M. Foucault, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France, 1973-74*, Feltrinelli, Milano, 2004.
- ¹⁰ *Ivi*.
- ¹¹ M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, 1963.
- ¹² F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina, Milano, 2000, p. 34; Id., *Scritti*, 2 vol., Einaudi, Torino, 1981-82.
- ¹³ F. Ongaro Basaglia, *Tutela di diritti e saperi disciplinari*, Lectio doctoralis in occasione del conferimento della Laurea Honoris Causae in Scienze Politiche, Università di Sassari, Facoltà di Scienze Politiche, 27 aprile 2001.
- ¹⁴ R. Castel, *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*, Feltrinelli, Milano, 1980; Id., *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychoanalyse*, Les Éditions de Minuit, Paris, 1981; A. Ricciardi von Platen, *L'extermination des malades mentaux dans l'Allemagne nazie*, Éditions Érès, Ramonville St-Agne, 2001; A. Lallo, L. Toresini, *Psichiatria e nazismo*, Ediciclo editore, Portogruaro, 2001.
- ¹⁵ M. Foucault, "Crisi della medicina o crisi dell'antimedicina?", 1976, in *Archivio Foucault*, cit., vol. 2, p. 202-219.
- ¹⁶ M. Foucault, "La politica della salute nel XVIII secolo", cit., p. 195.
- ¹⁷ M. Foucault, "Omnes et singulatim. Verso una critica della ragion politica", 1981, in *Biopolitica e liberalismo*, Edizioni Medusa, Milano, 2001; Id., "Il soggetto e il potere", 1982, in H.L. Dreyfus, P. Rabinow, *La ricerca di Michel Foucault*, Ponte alle Grazie, Firenze, 1989; Id., "Bisogna difendere la società", Feltrinelli, Milano, 1998; P. Pascual, "La généalogie foucauldienne de la médecine familiale en Amérique du Nord", in A. Beaulieu, *Michel Foucault et le contrôle social*, Les Presses de l'Université Laval, Canada, 2005, p. 139-158.
- ¹⁸ M. Foucault, "La nascita della medicina sociale", 1977, in *Archivio Foucault*, cit., vol. 2, p. 220-240.
- ¹⁹ M. Foucault, *Gli anormali. Corso al Collège de France, 1974-75*, Feltrinelli, Milano, 2000.
- ²⁰ M. Foucault, "Crisi della medicina o crisi dell'antimedicina?", cit.
- ²¹ M. Foucault, "La nascita della medicina sociale", cit., p. 222.

Autore

Mario Colucci, psichiatra, lavora presso il Dipartimento di Salute Mentale di Trieste. Membro dell'Ecole de Psychanalyse du Champ Lacanien e del Forum Psicoanalitico Lacaniano, a cui collabora per le attività della sede di Venezia. Partecipa ai programmi di formazione dell'ICLeS (Istituto per la Clinica dei Legami Sociali) di Venezia. Collabora con la Cattedra di Filosofia Contemporanea dell'Università di Trieste (prof. Pier Aldo Rovatti), dove ha svolto attività seminariale (su Basaglia, Foucault, Lacan). È socio fondatore del Laboratorio di Filosofia Contemporanea di Trieste. Ha pubblicato: *Franco Basaglia*, (con P. Di Vittorio), Edizioni Bruno Mondadori, Milano, 2001 (trad. fr.: *Franco Basaglia. Portrait d'un psychiatre intempêtif*, Érès, 2005; di prossima traduzione spagnola). Diverse contribuzioni su libri e riviste italiane e straniere tra cui: "Foucault and Psychiatric Power after *Madness and Civilisation*", in A. Beaulieu, D.Gabbard, *Michel Foucault and Power Today. International Multidisciplinary Studies in the History of the Present*, Lexington Books, USA, 2005. "Hystériques, internés, hommes infâmes: Michel Foucault et la résistance au pouvoir", in A. Beaulieu, *Michel Foucault et le contrôle social. Actes du colloque international de Montréal*, Les Presses de l'Université Laval, coll. "Mercure du nord", Québec, Canada, 2005. "Dal paternalismo terapeutico al legame sociale – Vom therapeutischen Paternalismus zur sozialen Bindung", in L. Toresini (a cura di), *Die ungesellige Geselligkeit. Krise der Solidarität und Wege der Subjektivität. L'insocievole socialità. Crisi della solidarietà ed itinerari della soggettività*, Edizioni Alpha Beta Verlag, Merano, 2005, p. 137-153. "Oltre la cittadinanza: i diritti della follia", in *Globalizzazione e diritti futuri*, Manifestolibri, Roma, 2004. Email: mario.colucci@tin.it