La salute prima di tutto?*

di Stefania Consigliere

Proseguiamo il discorso iniziato nello scorso numero con Stefania Consigliere, Antropologa biologica. Con un duplice intento. Da un lato, vedere come siamo stati costruiti dai quattro secoli della modernità e dagli ultimi quarant'anni di neoliberismo. Dall'altro, riprendere in mano le lotte degli anni '60 e '70 e l'incontro con l'alterità non occidentale, per comprendere come mai abbiamo perso il contatto con queste realtà e capire che cosa hanno ancora da dirci di fronte all'attuale disastro politico, sociale, sanitario…



* Questo articolo è la trascrittura, rivista con l'autrice, di alcuni estratti dall'intervento di Stefania Consigliere all'incontro *"La salute prima di tutto?"*, Bussoleno (Valsusa), 13 febbraio 2022.

Partiamo dalla storia dell'antropologia medica e da quello che è stato, secondo me, un fallimento esemplare. Oggi l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) è una specie di drago multiforme, variamente incardinato a poteri statali, finanziari, bancari, ma non è sempre stato così. Fondata tra il '46 e il '48, immediatamente dopo la Seconda guerra mondiale, quando l'idea era che non si ripetesse mai più a un orrore come quello appena vissuto. Come sua prima mossa, l'OMS fa una mossa fondamentale rispetto alla tradizione medica occidentale: definisce un'altra idea di salute. Prima del 1948, l'idea di salute equivaleva, sostanzialmente, al silenzio degli organi. A questo l'OMS oppone una definizione di salute come *non soltanto l'assenza di malattia, ma uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale*. Rispetto all'idea, questa è *in positivo*, la salute diventa qualcosa da perseguire. Lo spostamento è drastico: si tratta di trasformare l'idea di medicina come *cura* (che interviene solo quando il soggetto si ammala) nell'idea di *promozione della salute*. E dunque, in base a quest'idea meravigliosa l'OMS si mette in testa di portare la salute di base dappertutto, in ogni angolino sperduto del mondo, in modo da garantire un certo livello di salute a tutta la popolazione mondiale.

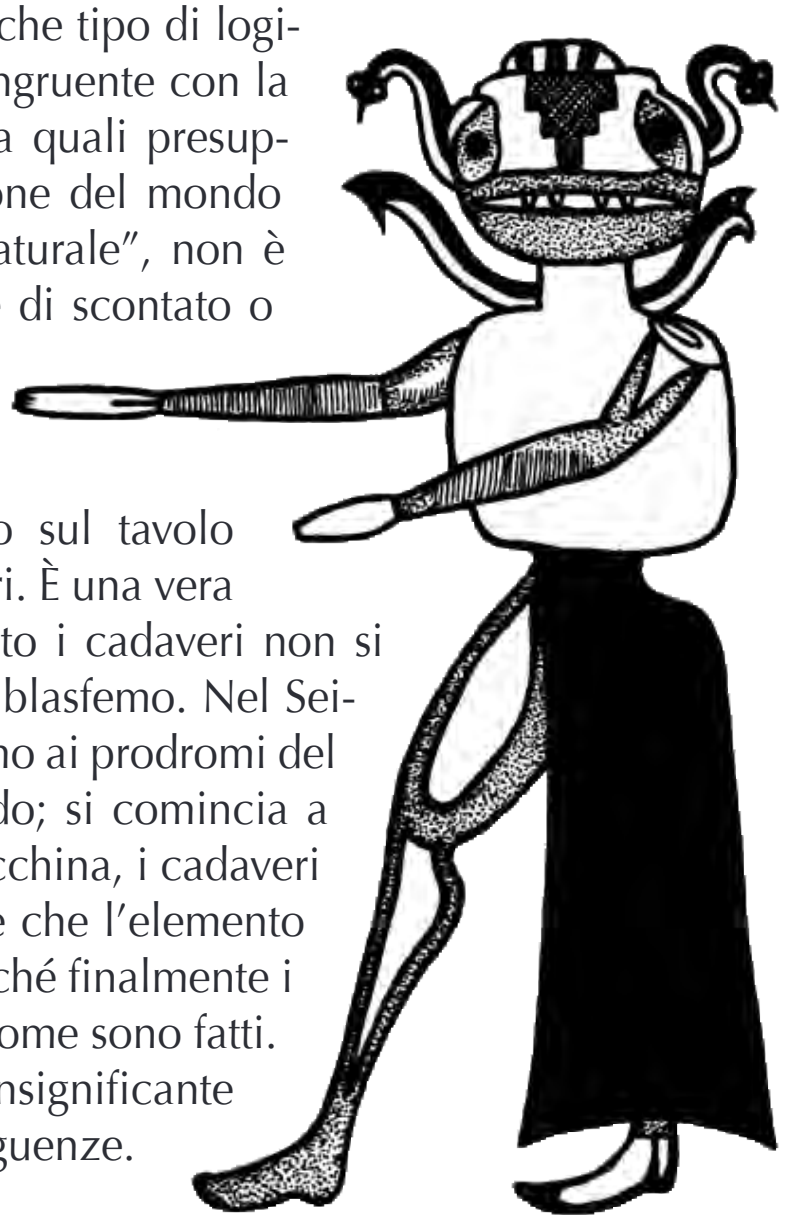
Questo programma viene elaborato negli anni '50 e '60, nel momento in cui i popoli colonizzati stanno lottando per la decolonizzazione, ma gli occidentali hanno ancora (come purtroppo abbiamo ancora) uno sguardo fortemente coloniale. L'unico modo che, all'epoca, sembra plausibile per innalzare ovunque la salute di base è quello di portare i presidi della biomedicina, e cioè un medico o un infermiere, gli antibiotici, i cerotti, i disinfettanti, l'attrezzatura per ricucire le ferite – insomma i metodi nostri. L'intento è assolutamente generoso, intendiamoci. Il metodo, invece, era un po' limitato: in fin dei conti, era l'ennesima esportazione del modo in cui "noi occidentali" facciamo le cose.

E dunque, lungo gli anni Sessanta i medici dell'OMS partono per i quattro angoli del globo. Hanno mandato di insegnare ai popoli "selvaggi" come ci si cura, in base al presupposto secondo cui noi occidentali abbiamo l'unica vera medicina scientifica, mentre gli altri sono indietro, non hanno mai raggiunto il metodo scientifico, tutt'al più per curarsi usano due pianticelle… I medici dell'OMS, però, s'impantanano subito: portare materiali e farmaci, ma la gente del posto non li usa, o li usa male, oppure in modi per noi assolutamente imprevedibili. (Una delle storie che si raccontano è quella del medico che dà l'aspirina a un paziente e la settimana dopo, alla festa del villaggio, vede l'aspirina, ancora nel suo blister, incollata sopra la fronte del feticcio che viene portato a spalle in giro per il paese.)

Il secondo passo prevede che, insieme ai medici, partano anche gli antropologi, che hanno come compito quello di tradurre nella lingua locale e assicurarsi che le diverse popolazioni capiscano bene cosa sta dicendo il medico.

Anche questo è un fallimento. Però a questo punto, sul campo, c'è un'equipe intera e gli antropologi culturalisti sono più in grado di leggere certe dinamiche. Alla fine degli anni '60 comincia un ripensamento lungo e profondo, e per me ancora entusiasmante, sia delle terapeutiche altrui, sia della medicina nostra. Mentre gli antropologi e i medici sono impegnati in questa revisione, il mondo occidentale (e non solo) è in lotta: sono i decenni dell'ultima grande stagione di lotte e questo, nella loro piega concettuale, si avverte chiaramente. I guadagni teorici di quella stagione sono due. Il primo è che la nostra medicina comincia a essere osservata come una medicina tra le altre, uno tra i tanti sistemi terapeutici disponibili, l'etno-medicina di un popolo specifico (quello degli occidentali moderni). L'altro elemento, per certi aspetti ancora più forte, è che gli "altri", in quegli anni, smettono definitivamente di essere selvaggi arretrati e osservando meglio i loro modi di cura (che per noi sono stranissimi perché prevedono, ad esempio, l'assunzione di psicotropi, o la possessione, o la trance, o legami di qualche tipo con gli spiriti) ci si accorge infine che non sono vecchie superstizioni, ma qualcosa di molto diverso: sono a tutti gli effetti sistemi terapeutici che bisogna cogliere nella loro validità.

Un "ritorno di sguardo su di noi" significa andare a vedere che cos'è la nostra medicina, che tipo di logica applica, in che modo è congruente con la logica della società, in base a quali presupposti si è sviluppata e che tipo di visione del mondo propone. La nostra medicina non è "naturale", non è l'unico modo di curarsi, non c'è niente di scontato o ovvio nel modo in cui ci curiamo: è il modo nostro, che abbiamo appreso e che ha una storia.



La biomedicina, nasce nel Seicento sul tavolo anatomico, con le dissezioni dei cadaveri. È una vera rivoluzione, perché fino a quel momento i cadaveri non si potevano toccare, studiarli era un gesto blasfemo. Nel Seicento comincia anche la modernità, siamo ai prodromi del capitalismo, alle *enclosure*se via dicendo; si comincia a percepire il corpo umano come una macchina, i cadaveri diventano sezionabili perché si suppone che l'elemento divino, l'anima, se ne sia già andata. Sicché finalmente i medici possono aprire i corpi e vedere come sono fatti. Ma quest'origine della medicina non è insignificante e ancora ci portiamo dietro le sue conseguenze.

Quando un terapeuta seziona un corpo morto, il suo scopo è quello di capire dove è la lesione organica che ha causato l'evento avverso per eccellenza che è la morte. In altri termini: la nostra medicina parte dalla situazione peggiore possibile e risale a ritroso verso le cause di morte, e poi, sempre a ritroso, ricostruisce le diverse fasi della malattia. A noi sembra una cosa ovvia, ma dal punto di vista terapeutico il fatto che si parta dalla morte, dallo stato di massima malattia possibile, invece che dallo stato di salute, non è per niente scontato. La medicina tradizionale cinese, per fare un confronto, non parte dal corpo morto, ma da quello vivo, studia il corpo in salute.

Ora, questo significa che proprio per la sua origine, per via della sua logica che parte dal corpo morto per risalire al corpo vivo e malato e da questo al corpo vivo e in salute, la biomedicina è particolarmente efficace (forse è la più efficace di tutte) quando la situazione è gravissima. Nessun altro sistema terapeutico rimuove i tumori come li rimuoviamo noi, anche perché nessun altro ha quei mezzi tecnici di igienizzazione, bisturi, antibiotici, circolazione extracorporea… Tutto questo apparato, enorme e se vogliamo anche molto bello, è ciò che rende così efficace il nostro sistema terapeutico in tutte le situazioni gravi. Ha un'efficacia materiale potentissima, e ha uno sguardo autoptico sui corpi, che effettivamente gli altri non si possono permettere, perché gli altri non si possono permettere di aprire i corpi vivi senza ucciderli. Ma questo significa anche che, sempre per via delle sue origini, la nostra medicina ha la sua massima efficacia quando il soggetto non c'è, quando me lo levo di torno con l'anestesia e posso finalmente lavorare sul corpo-macchina. Su un tavolo operatorio, il paziente "non c'è": c'è il suo corpo fisico, sedato, sul quale la nostra medicina è efficacissima, ma non c'è il soggetto. Quando invece il paziente comincia a svegliarsi, magari a lagnarsi, ad avere delle opinioni, ad aver bisogno di relazioni, la nostra medicina è particolarmente carente. La presa in carico del paziente – di cui si discute da almeno 150 anni – in termini anatomopatologici non è un problema; è quando il paziente è in piedi, orientato, magari anche in mezzo a una comunità, con dei desideri, è allora che la nostra medicina ha poco da dire.



Ed è talmente forte questa "logica originaria" che, ancora adesso, la biomedica non fa prevenzione: gli *screening*, che ci vengono descritti come

prevenzione, di fatto sono diagnosi precoci, servono a beccare la malattia per tempo, non a impedirne l'arrivo. Un'altra conseguenza di questa origine è che il corpo è parcellizzato in organi, come dimostrano i vari reparti ospedalieri, che in pratica riproducono l'anatomia del corpo-macchina, e il fatto che – ne abbiamo fatto esperienza tutti – gli specialisti di solito non si parlano tra loro.

Sintetizzando: efficacia materiale molto forte, focus sulla morte, parcellizzazione del corpo, con il corpo ancora adesso concepito sostanzialmente come macchina a cui posso cambiare i pezzi; ma soprattutto, ed è il perno del ragionamento successivo, l'idea che la salute sia qualcosa di *interno* al soggetto. La salute è "mia", sta dentro di me, sta nel fatto che funziono bene, che i miei organi non hanno niente da dire. Fino ad arrivare all'idea della salute come "capitale individuale", un pezzo della mia ricchezza personale.

La definizione di salute dell'OMS – proposta 70 anni fa! – è già completamente diversa, porta in sé l'idea di medicina più politica e meno meccanica, ed è già un manifesto politico perché il benessere non lo puoi realizzare se non cambi la società. In seguito, la stagione dell'antropologia medica e delle lotte sociali degli anni '60 e '80 ha permesso di comprende la congruenza fra sistemi terapeutici e sistemi sociali. Sul fronte interno, la de-naturalizzazione della nostra medicina ha reso evidente l'uomo-macchina, l'internalizzazione della salute, la separazione dei soggetti ecc., sono perfettamente congruenti coi presupposti del capitalismo nascente e si sviluppano, poi, in parallelo coi presupposti del capitalismo trionfante. Sul fronte esterno, invece, si è riconosciuto che per quanto a noi possano sembrare balzani, i sistemi terapeutici degli altri hanno un'efficacia, che va valutata nel contesto a cui appartiene. Se uno sciamano fa una danza attorno al paziente e questo guarisce, mi devo chiedere perché e come è guarito, che tipo di efficacia c'è stata nella danza, che tipo di congruenza ha quella danza con la logica culturale di quella popolazione.

Fra la fine degli anni '70 e l'inizio degli anni '80 l'antropologia medica fa di tutto per decostruire l'idea meccanica di salute esclusivamente interna. Ad esempio si studiano le diverse idee di salute sviluppate dai vari gruppi umani: se per noi la salute è il silenzio degli organi, altri la interpretano come un equilibrio dinamico che va continuamente tarato in base alla stagione, all'età, al clima, al momento biografico; oppure come una situazione in cui il soggetto intrattiene buone relazioni con il mondo, gli antenati, i discendenti, i contemporanei; e via dicendo. Fuori dall'Occidente, la salute sociale prevale su quella organica.

Allo stesso modo, neanche le malattie sono "cose naturali". Ciascun mondo umano si ammala a modo suo, secondo i suoi criteri, e per questa ragione, dove ci si ammala in modo diverso dal nostro, le nostre cure ci azzeccano poco. Le causalità delle malattie sono differenti. Per noi la causalità è sempre di tipo

materiale (o ti becchi un patogeno, oppure ti si guasta qualcosa e il corpo comincia a malfunzionare), non ipotizziamo mai una causalità *sociale* della malattia. Sono pochi anni che ipotizziamo una causalità psicosomatica. Figurarsi se possiamo ammettere causalità non materiali o spiritiche! La Chiesa cattolica non ha mai smesso di praticare gli esorcismi, ma per noi le causalità immateriali (che si ritrovano in moltissime zone del mondo e che anche gli psicoterapeuti lavorano) non sono pubblicamente ammissibili. Eppure, in molti luoghi possessione, trance, relazione con entità immateriali, stati non ordinari di coscienza sono tutti elementi di cura: hanno un potere terapeutico per noi stranissimo, perché a noi piace soltanto la causalità materiale, ma effettivo.

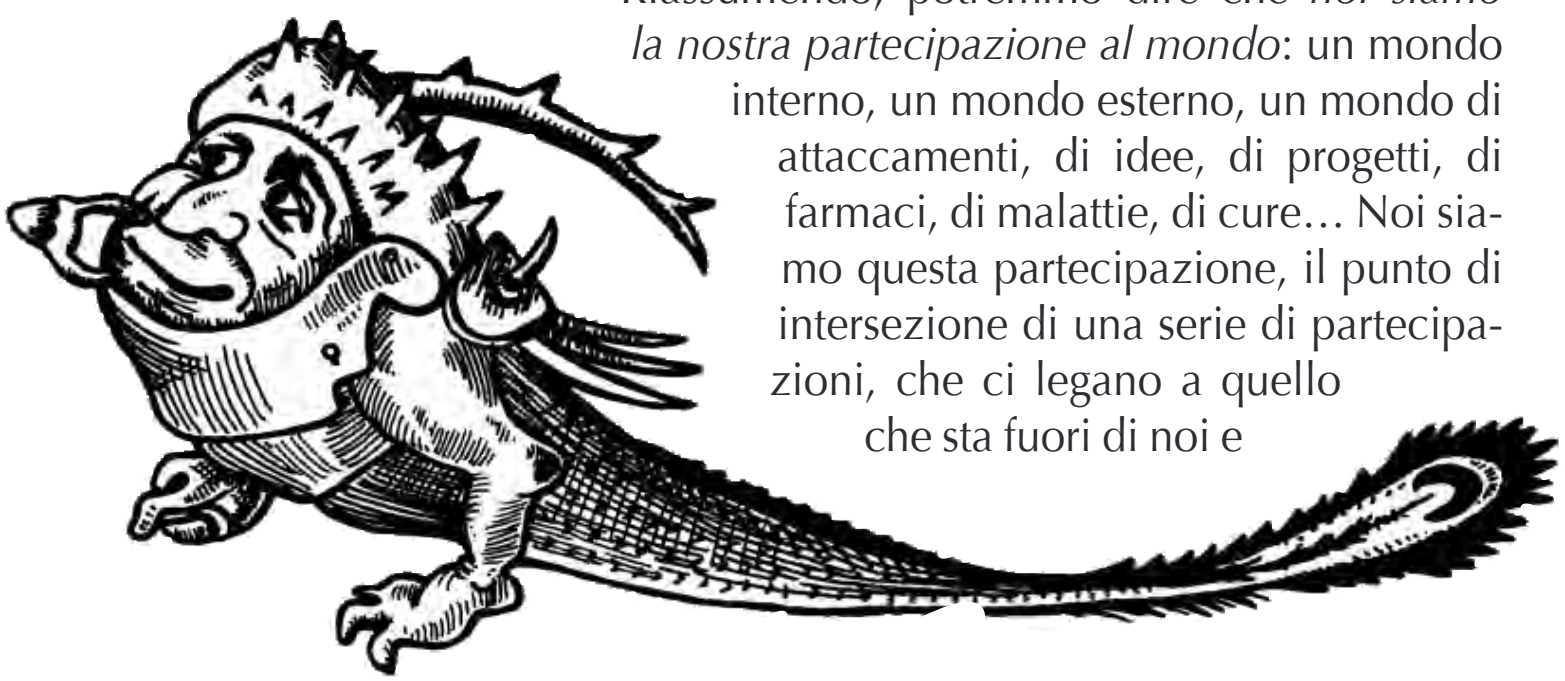
La morale di tutta questa storia è che l'idea di salute e di malattia che una cultura, un popolo, una collettività si fa, è congruente con il mondo di quella collettività. Non c'è da aspettarsi che un mondo capitalista e meccanicista non proietti questi presupposti sulla salute e la malattia, che non rimuova tutta la parte immateriale (dentro cui potete mettere quello che volete: il Dio unico o la Madonna se siete credenti, l'idea della rivoluzione se siete comunisti, gli spiriti se siete animisti ecc.). Ma questo significa anche che immaginare di cambiare il modello di salute e malattia – che è quanto alcuni collettivi oggi si propongono – significa automaticamente interrogarsi su come cambiare il modello di mondo. Detto altrimenti: è difficile immaginare una forma di salute, una forma di malattia e una forma di cura alternativi senza cambiare le condizioni di vita della popolazione; ma se cambiate le condizioni di vita della popolazione state già elaborando un modello diverso di mondo. Questo era peraltro esattamente l'obiettivo che si ponevano i medici politicamente impegnati negli anni Settanta e Ottanta: a Taranto non basta curare chirurgicamente i tumori respiratori, l'unico modo per guarire la popolazione è chiudere l'ILVA. Ancora un esempio: è stata fatta una ricerca sulla vita media in zone di Londra connesse fra loro da una certa linea metropolitana, che va da un quartiere particolarmente povero a uno particolarmente ricco, e si è visto che, a ogni fermata, la vita media si alza di un anno e mezzo; eppure la nazione è la stessa, il clima è lo stesso, la metropolitana è la stessa.

In base agli ultimi 25 anni di scienze della vita, biologia, teoria dell'evoluzione, ecologia, etologia, embriologia, ecc. potremmo chiederci: «di che cosa siamo fatti?». Rispetto al vecchio modello riduzionista, secondo cui i nostri corpi sono macchine meccanicamente prodotte dai geni, le ricerche contemporanee vanno in una direzione completamente diversa e affermano che non siamo macchine prodotte dai geni, ma ecologie, o intersezioni di ecologie. Un esempio. L'epigenetica ha mostrato che quel che siamo dipende dall'interazione fra qualcosa che si chiama *genoma* e l'ambiente circostante, storico. Ovvero:

siamo il prodotto di una storia. L'ambiente uterino di sviluppo dell'embrione e poi del feto ha una serie di azioni sul tipo di sviluppo, di tempo dello sviluppo genetico che fanno sì che in alcuni casi si producano determinati caratteri, in altri casi se ne producano altri. Il tipo di dieta che facciamo, il tipo di ambiente in cui viviamo, l'altitudine, la latitudine, tutto ciò configura soggetti che sono letteralmente l'esito di una storia. Tutto ciò ha un enorme impatto anche sul nostro modo di concepire le malattie. Negli anni Novanta la malattia cosiddetta genetica era immaginata in modo completamente meccanicistico, avulsa dalla storia del soggetto: un gene a un certo punto smette di funzionare e tutto quello che puoi fare è metterci una pezza. Se invece – seguendo l'epigenetica – perfino il nostro funzionamento genetico dipende dalla relazione con l'ambiente, allora è chiaro che perfino le malattie diventano pezzi di storia.

In generale, noi viviamo continuamente in un certo equilibrio, in una certa relativa stabilità, perché i nostri attaccamenti col mondo tengono. Nel momento in cui i miei attaccamenti col mondo cominciano a non tenere, quello che si apre è un panorama di crisi. Io vivo abbastanza decentemente, ad esempio, perché mi alzo di mattina, apro la finestra e non trovo l'invasore – e se trovassi l'invasore, avrei subito una profonda crisi. Sto abbastanza bene perché se ho bisogno di qualcosa, e non posso procurarmelo da sola, so a chi chiedere. Sto abbastanza bene perché i miei stanno abbastanza bene (i "miei" non solo nel senso dei parenti di sangue: il "mio popolo" sta abbastanza bene e quando qualcuno dei "miei" non sta bene o è in pericolo, anch'io ho l'impressione di non star bene). Fino a poco fa stavo decentemente perché credevo che i diritti costituzionali fossero garantiti al di là delle contingenze; e via dicendo. Se stiamo in piedi e riusciamo a funzionare normalmente nel mondo è per quello che Ernesto De Martino chiamava «presenza al mondo»: la possibilità di esistere in un certo mondo, di andare abbastanza d'accordo con il contesto a cui si appartiene, in un mondo ragionevolmente accogliente.

Riassumendo, potremmo dire che *noi siamo la nostra partecipazione al mondo*: un mondo interno, un mondo esterno, un mondo di attaccamenti, di idee, di progetti, di farmaci, di malattie, di cure… Noi siamo questa partecipazione, il punto di intersezione di una serie di partecipazioni, che ci legano a quello che sta fuori di noi e



dentro di noi. Questo significa che siamo anche, sempre, in equilibri instabili, presi tra crisi, guarigioni, fragilità, passaggi: è una tessitura delicata, che va costantemente curata, ed è una tessitura collettiva, cioè noi stiamo al mondo perché altri stanno al mondo con noi.

Da questo, che sostanzialmente è un riassunto di venticinque anni di scienze, al plurale, si desumono due cose. Primo: l'individuo come ce l'hanno venduto non esiste, non esiste un soggetto che sgomita nel mondo per procurarsi più risorse rispetto agli altri e per soddisfare meglio i suoi bisogni. Esistono, semmai, dei collettivi, delle reti relazionali. Secondo: il corpo e la mente non sono separati. Una delle ricerche di punta di questo momento della endocrinologia, ed effettivamente per noi è strepitosa, è la possibilità di curare la depressione cambiando la flora batterica intestinale – in pratica, curare la depressione attraverso la dieta (per noi è fantascienza, ma l'ultimo scalzacane della medicina tradizionale cinese potrebbe legittimamente dire: «Scusate, noi sono circa tremila anni che lo diciamo, e ci avete preso in giro fino all'altroieri, adesso ve ne siete accorti voi e vi sembra chissà quale scoperta!»).

Questa ecologia delicata e relazionale viene devastata quando si inserisce una cosa, di cui vi racconterò brevemente la storia, che si chiama *effetto nocebo*.



L'effetto placebo immagino l'abbiamo sentito tutti, è qualcosa che tendenzialmente squalifichiamo, ne parliamo come se fosse una cosa da ridere, in realtà è cruciale. L'effetto placebo è il miglioramento di una condizione patologica a seguito del fatto che credo che quello che sto facendo, o sto assumendo, mi fa bene. Mi danno una pastiglia di zucchero, io penso che sia una molecola attivissima e sto meglio. Non sembra esserci una causalità materiale, ma il miglioramento c'è. Di questa cosa in Occidente si ride; ma se fate gli antropologi, e ve ne andate in giro per il mondo, sull'effetto placebo non c'è proprio niente da ridere. Lévi-Strauss ha chiamato *efficacia simbolica* la possibilità che qualche cosa di immateriale agisca sul piano materiale. A partire da qui, l'effetto nocebo è il lato b dell'effetto placebo: è il peggioramento di una situazione critica per via del fatto che credo che quello che sta succedendo mi farà male.

Questo concetto ha una storia notevole. Nel 1942 Walter Cannon, il maggior studioso di fisiologia degli Stati Uniti, professorone alla Harvard School of Medicine, pubblica un articolo dal titolo *"Voodoo" death* (morti vudù). Parte dalle etnografie in cui si racconta un fenomeno, osservato un po' ovunque, in cui il caso tipico è riassumibile così: un giovane uomo, nel pieno degli anni e della salute, involontariamente infrange un tabù la cui violazione comporta la morte, entra in uno stato di disattivazione e dopo qualche giorno muore.

Cannon scrive per dire che un fenomeno che fino a quel momento ci era sembrato proprio solo degli "altri – i selvaggi, gente priva di conoscenze scientifiche. – in realtà si riscontra anche in Occidente. Nel 1942 gli Stati Uniti stanno scegliendo se entrare o meno nella Seconda guerra mondiale; Cannon però aveva già visto la Prima guerra mondiale e nell'articolo racconta che trent'anni prima, come giovane medico negli ospedali di trincee, aveva osservato che i soldati che venivano portati all'ospedale con ferite gravi, ma non in stato di shock, se la cavavano meglio dei soldati che portati in ospedale con ferite meno gravi, ma in stato di shock. Uno dei maggiori fattori di rischio di morte per i sodati feriti non è tanto, o non è solo, la gravità della ferita, ma lo stato di shock, la paura. E, da grande studioso quale è, ipotizza una certa causalità fisiologica, che ancor oggi è ritenuta valida.

Gli studi antropologici sull'effetto nocebo procedono fino a dimostrare che nella causalità eziologica bisogna considerare sicuramente i fattori materiali ma anche i fattori immateriali: lo stato del soggetto non è solo quello fisico e fisiologico, c'è in ballo anche il tipo di prospettiva che quel soggetto e sua la collettività gettano sulla malattia.

Nel 1984 due pezzi grossi dell'antropologia medica aprono un articolo con una frase lapidaria: «le credenze uccidono, le credenze guariscono». Quello che noi crediamo, pensiamo, viviamo, è qualcosa che ci può guarire ed è qualcosa che ci può ammazzare. Il discorso qui corre sul filo del rasoio: abbiamo il sospetto che, durante la pandemia, a potenziare l'effetto del virus ci fossero due fattori.

Il primo è quello che trasforma la pandemia in una *sindemia*, cioè il fatto che una società malata produce malattia e gli occidentali sono notoriamente affetti da una serie di disequilibri metabolici di vario genere Si può pensare, ad esempio, alle polveri sottili in Lombardia, ma anche ai nostri circuiti metabolici devastati da quattro secoli di zucchero, alla qualità del nostro cibo, al tipo di lavori che facciamo e al tipo di logorio che essi causano. Su una popolazione sostanzialmente già infragilita, mettete un virus obiettivamente piuttosto particolare e pesante come la Sars-Cov-2 e avrete un certo tasso di mortalità, che non è dato solo dal virus, ma dal virus che agisce su una situazione sociale già indebolita.

L'altra ipotesi, che abbiamo sviluppato con Cristina Zavaroni nella primavera del 2020, è che in Italia, e in particolare in Lombardia, una parte della morbilità e della letalità del Covid sia da attribuire al clima di terrore. Da febbraio 2020 viviamo sotto una valanga di notizie, foto, annunci, numeri, uno più tremendo dell'altro, sempre urlati, sempre annunciati come se la catastrofe e la valanga stessero per pioverci addosso e ucciderci tutti. Si tratta peraltro di numeri mai dimostrabili, in uno stato di inaffidabilità epistemologica che aumenta ancor di più l'inquietudine.

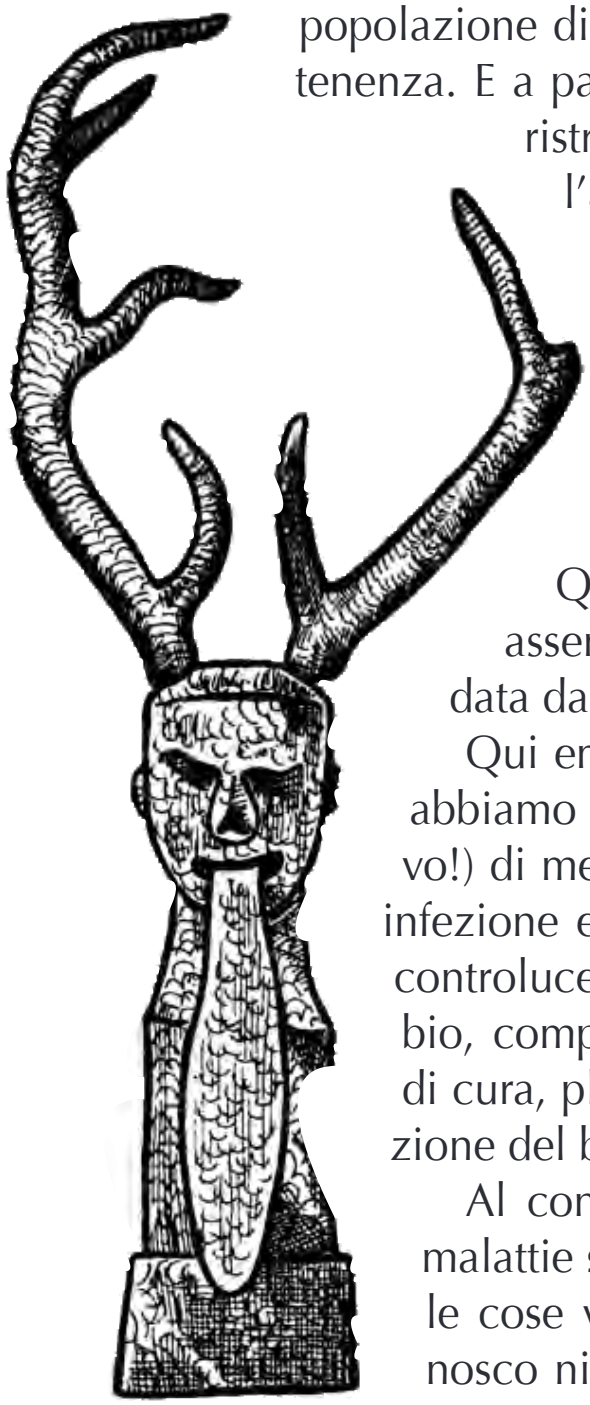
Abbiamo vissuto in un clima di terrore mai visto prima, per nessun evento che io riesca a ricordare c'è stata la costruzione di un clima così terrorizzante. E come abbiamo vissuto questo terrore? Perché un conto è se ci dicono che il mondo sta per finire e noi siamo qui in compagnia, con una bella botte di vino. Un altro conto è se il mondo sta per finire e, di colpo, nessuno può più vedere nessun altro. Il clima di terrore mediatico e comunicativo, che già fa male, è stato potenziato, e a nostro avviso infinitamente peggiorato, dal fatto che eravamo anche costretti all'isolamento. Due analisti liberal delle politiche pubbliche (v. G. Daniele & P. Stanig, *Fallimento lockdown: Come una politica senza idee ci ha privati della libertà senza proteggerci dal virus*) dimostrano, dati alla mano, che il *lockdown* non è servito a niente rispetto al contenimento della malattia e che altre misure avrebbero funzionato molto meglio. Non avrà funzionato molto per contenere la malattia, ma sicuramente ha funzionato per renderla peggiore per chi si ammalava. Chi ha fatto la malattia l'ha fatta da solo, senza poter uscire di casa, senza potersi procurare i medicinali, senza vedere nessuno, senza ricevere aiuto. Immaginatevi gli anziani, chiusi in casa senza poter vedere i figli, gli amici, neanche il medico. Isolamento completo, con la medicina territoriale che improvvisamente, nel marzo del 2020, scompare e da allora non è mai davvero ricomparsa (e quando ci ha provato è stata bastonata).

Sappiamo d'altronde che l'isolamento è una delle tecniche tipiche delle torture. Se volete spezzare un prigioniero prendetelo e isolatelo dagli altri, in modo che non possa più comunicare. La distruzione degli attaccamenti della persona è la tecnica tipica di distruzione della personalità dagli anni '70 in avanti. Un tempo la tortura fisica richiedeva sei settimane per disarticolare la persona; poi sono arrivati gli psicologi, e da allora basta una settimana. Vi spezzano psichicamente senza neanche toccarvi, e la tecnica principe è quella di isolare la persona. Far credere che il mondo non esiste più. E per noi, in *lockdown*, il mondo esterno è davvero scomparso. Senza medicina, in isolamento dalla rete relazionale che ci avrebbe tenuti sani, e con la militarizzazione del territorio sotto gli occhi. Dovrebbe suonarci strano che un problema sanitario venga gestito con poliziotti e militari… Invece ci stiamo assuefacendo: a Genova, oggi, alle fermate degli autobus ci sono uomini armati che controllano il *green pass* ai ragazzini!

Un ulteriore effetto a lungo termine di questa gestione disastrosa è il fatto che abbiamo introiettato l'idea che il pericolo è l'altro. L'altro che respira è pericoloso perché trasmette il virus, devo stargli a distanza. Peccato che l'unica linea di difesa possibile rispetto agli abusi del totalitarismo sia l'altro, sia lo stare con gli altri.

Queste scelte si possono leggere come effetto della cialtroneria e dell'impreparazione dei governi, che non sapevano cosa fare e hanno usato le misure più stringenti possibile. Da un certo punto in poi, però, quand'era chiaro che le misure non stavano granché funzionando, vanno lette come violenza sulla popolazione. Che senso ha il green pass (e la vessazione di quelli che non ce l'hanno) in un momento in cui ci sono 200mila contagi al giorno? È come chiudere la porta della stalla quando le mucche sono già in fondo alla valle.

Oltre a essere uno strumento tipico della tortura, questo processo di isolamento dei soggetti gli uni dagli altri è anche ciò che si osserva nel processo di accumulazione primitiva descritto da Marx. Si è riusciti a creare una popolazione di operai isolando i soggetti dalla comunità di appartenenza. E a partire da lì, ogni volta che il Capitale ha bisogno di ristrutturarsi e di rilanciare la produzione di plusvalore, l'azione che fa in modo più sistematico è quella di isolare i soggetti tra loro. Recidere tutti i legami e rendere ciascuno una monade. Questo, volenti o nolenti, l'abbiamo vissuto tutti, siamo stati tutti monadizzati. Alcuni probabilmente hanno adottato strategie di resistenza, modi di "camminare sui bordi". Ma la gran parte della popolazione no. Quindi monadizzazione, terrorizzazione, isolamento, assenza di cura. Quanta parte della mortalità del Covid è data da questi fattori, più che dal Covid stesso?



Qui emerge un'idea di salute molto diversa da quella che abbiamo subito in questi due anni pandemici, fatta (di nuovo!) di mero silenzio degli organi, declinata come assenza di infezione e solitudine asettica. L'idea di salute che emerge in controluce è l'esatto opposto: è pienezza di relazioni, scambio, compresenza, sicurezza e affidabilità delle cure, presidi di cura, pluralismo terapeutico e infinite possibilità di promozione del benessere.

Al contempo emerge anche un'altra idea di malattia. Le malattie sono indubbiamente passaggi spiacevoli: come tutte le cose vere, comportano dei rischi. D'altra parte, non conosco niente che sia esistenzialmente sensato e che sia pri-

vo di rischi. Le malattie possono essere dei transiti e, come i transiti, possono persino essere interessanti da fare. L'idea di malattia come rottura di uno stato precedente, che si vuole assolutamente ripristinare immutato, dal punto di vista biografico non è granché sensata. Georges Canguilhem, il più grande filosofo della medicina del '900, diceva che la salute dei guariti è più alta di quella di chi non si è mai ammalato. La salute del guarito è quella di qualcuno che l'ha passata e l'ha superata, è più radicata rispetto a quella di chi non ha mai attraversato niente in vita sua. La malattia può essere un passaggio di questo genere. Chi ha più di quarant'anni si ricorderà delle "visioni da febbre", della febbre come stato non ordinario di coscienza che si attraversava, da bambini, quando si facevano ad esempio le malattie esantematiche. Siamo probabilmente tra le ultime generazioni che le hanno vissute, perché ai bambini, oggi, non lasciamo neanche più fare la febbre.

C'è tutto un sapere del corpo, un rapporto con la malattia che ci converrebbe recuperare. Prima di prendere l'antibiotico ci sono molte cose che si possono provare e vivere su di sé, sempre accompagnati e in sicurezza, perché senza accompagnamento il rischio è infinitamente più alto. È chiaro che questa sarebbe una ripresa in autonomia di elementi assolutamente cruciali come i corpi, la salute, la malattia, la cura e in generale la vita, e comporterebbero la costruzione di un mondo diverso da quello che ci dice che l'unica salute possibile è il non contagio.

Tutte le immagini sono tratte da:

Richard Huber, *Treasury of Fantastic and Mythological Creatures*, Dover, New York, 1981.

pag. 7 – Dio azteco della morte, terra cotta, Vera Cruz, Mexico.
pag. 9 – Gorgon, da un'anfora proto-attica, Grecia, VII sec. a.C.
pag. 10 – Merman, Stone of Meigle, arte celtica, Perthshire, Scozia.
pag. 13 – Pieter Brueghel il Vecchio, Superbia, 1557.
pag. 14 – Creatura da un'incisione su legno, Europa, XIV secolo.
pag. 17 – Maschera di legno, da una tomba, Hunan, Cina, IV sec. a.C.