

*A proposito  
di un recente  
Atto Aziendale,  
ed oltre*

## LA TUTELA DELLE FRAGILITÀ E LA NUOVA MEDICALIZZAZIONE DELLE ESISTENZE

**Diego Garofalo**

L'organizzazione di un Servizio pubblico per la salute riflette inevitabilmente la concezione "pubblica" della salute. Non è mai un'operazione meramente organizzativa: ha un significato socioculturale, e comporta conseguenze anche a questo livello.

Cosa dire allora di una ASL (la Roma-B) che istituisce un "Dipartimento Tutela delle Fragilità", sbandierato come positiva novità di assoluta rilevanza e naturalmente diretto da una figura "neuro-psichiatrica"?

Senza voler far le pulci alle parole (chiaramente si intende una tutela delle "persone" o "fasce" fragili della popolazione), in qualunque di queste formulazioni risuonano aporie e ambiguità che questo scritto intende evidenziare, andando ben oltre il fatto singolo per denunciare invece la tendenza a nuove e discutibili forme di medicalizzazione dell'esistenza, che, se legittimate a livello organizzativo-istituzionale, possono sempre più allontanare da una risposta efficiente ed efficace ai reali bisogni di salute.

Questo giornale, in un precedente numero, ha "preventivamente" criticato la proposta di istituzione di un simile Dipartimento (ormai approvato dalla Regione Lazio, e da gennaio di fatto operativo), insistendo convintamente su due aspetti: la lesione di autostima del soggetto che chiede aiuto in quanto "fragile", e "l'oscuro significato... di una nuova categoria diagnostica che contiene al suo interno un misto di patologia e stigma sociale, [e] divide l'utenza in 'sfigati' e non" (Gasparini, 2007, p. 35s.). Il presente contributo vuole allargare tale critica sottolineando la pericolosità epistemologica e socioculturale sottesa ad un'organizzazione sanitaria basata sul concetto stesso di fragilità.

La funzione generale di tale Diparti-

mento è stata definita (nell'Atto Aziendale in questione) nell'obiettivo di "assicurare il governo dei bisogni sanitari di quelle fasce di popolazione deboli e ad elevato svantaggio sanitario e sociale (dipendenze, disabilità, immigrati e nomadi, detenuti)".

Ora, definire organizzativamente una risposta ai bisogni sanitari in base a caratteristiche sociali della popolazione sembra un'operazione azzardata, se non insensata, perché potrebbe essere estesa a qualunque connotazione socioculturale più o meno discriminante (come ad esempio la razza, la religione, la tendenza sessuale, ecc.). E poi si può, a livello epistemologico, utilizzare una classificazione sociale come base di una classificazione sanitaria? Si può, appunto, se si passa da una diagnosi eziopatogenetica ad una diagnosi puramente comportamentale o socio-comportamentale. Da qui la sensazione di un "calderone" di gruppi sociali considerati genericamente deboli perché hanno un qualche stigma o status sociale "speciale" - convogliato in quello generico e pregiudizialmente definito della "fragilità" -, un calderone nel quale si può mettere a piacere qualunque caratteristica socioculturale, magari escludendone un'altra.

Nella fattispecie, vi è stata inclusa un'Area (una Unità Operativa Complessa) di Tutela della Salute Mentale in Età Evolutiva, operando un suo scorporo dalla storica e logica collocazione nel Dipartimento Materno-Infantile (dove è rimasta l'operatività preventiva e consultoriale e dove è stata inserita un'unità di neuropsichiatria infantile ospedaliera), per un suo collegamento più diretto con l'Area dell'Handicap Adulto (inserito nello stesso Dipartimento Fragilità). Cioè in realtà, più che la fascia generale d'età

(quella evolutiva) è stata presa in considerazione la fascia "disabile" della popolazione infantile, magari per un migliore coordinamento nel tempo della risposta alla problematica dell'handicap (coordinamento peraltro ottenibile altrettanto efficacemente con altri strumenti organizzativi). Così facendo si è preferito enfatizzare un legame di continuità operativa per la disabilità - una "etichetta" molto discutibile in età evolutiva, a meno di farla coincidere con invalidità - anziché il collegamento, storicamente ed epistemologicamente organico, tra tutti i servizi per l'età evolutiva, indispensabile per fornire quell'intervento di interdisciplinarietà complessa che costituisce l'unica risposta efficace ai complessi bisogni di salute di tale età. In altre parole, più che la consolidata tradizione dell'intervento sul bambino integrale, sempre attuato in forma globale e interdisciplinare, conta la considerazione particolare e "ritagliata" della situazione di "handicap", più confusivamente designato come "fragilità". Il che, ancora, si traduce di fatto nel considerare ogni azione di Tutela della Salute Mentale in Età Evolutiva come azione unicamente riferita a una situazione di handicap, ricollocato in una più generica e fluttuante nuova connotazione sociale, che operativamente appare una "ghettizzazione" perché inglobante tutte le difficoltà di sviluppo del bambino (come le Unità Territoriali di Riabilitazione per l'handicap infantile di una volta). Se a ciò si aggiunge lo scorporo in due distinti Dipartimenti tra "neuropsichiatria infantile ospedaliera" e "tutela salute mentale in età evolutiva" (a questo punto, un chiaro eufemismo per non dire "neuropsichiatria infantile territoriale"), è naturale porsi una domanda sulla "carriera" delle difficoltà minorili:

“Ritalin o insegnante di sostegno? L'infanzia la psichiatrizziamo o la etichettiamo come fragile? La scelta diventa precoce e senza scampo” (Gasparini, 2007, p. 36). E chi, e su quale base, opera una tale scelta?

Nello stesso Dipartimento Tutela delle Fragilità è stata poi inclusa un'Area di Patologia della Dipendenza: diventata anch'essa “fragilità sociale”. Intanto, l'inclusione di una complessa realtà come la dipendenza in un'area più generica della fragilità, se può apparire come un'operazione di apertura culturale, di fatto diventa anch'essa una pura definizione formalistica che porta maggiore confusione se alla risposta medica non si dovesse accompagnare un intervento più integrato e complesso. Ma anche tale aspetto sembra rispondere a quella “sanitarizzazione comportamentale” che fa diventare pure la “passione legata alla droghe... una nozione che estende all'infinito gli oggetti di schiavitù del drogato, partecipa al regime di ipermedicalizzazione delle nostre esistenze e rivela allo specchio la sostanza di una cultura consumistica che può fare di ogni prodotto, oggetto o comportamento, un feticcio o un simulacro atto a disconoscere la nostra carenza esistenziale senza dover passare attraverso l'Altro” (Gori, 2008, p. 53).

Vi è stata ancora inclusa un'Area di Tutela della salute della Popolazione Immigrata e Stranieri, e persino un'Area di Medicina Penitenziaria. Immigrati e carcerati hanno una salute più fragile? Se no, perché inserirli in una etichetta sanitaria, utile solo a dare un “contenitore organizzativo” di sola funzionalità interna? Ancora una volta tale etichetta appare la ripresa impropria di una condizione sociale cui certo va prestata particolare attenzione, non sanitarizzandola tout

court o ignorandone gli specifici bisogni di salute, che sono però necessariamente connessi ad un intervento sociosanitario più ampio, complesso e dunque rispettoso delle reciproche autonomie delle istituzioni che collaborano allo scopo. Vogliamo far diventare gli stranieri, o i nomadi, o i carcerati - che pure presentano problematiche specifiche particolarmente di accesso sanitario (e non di salute in sé) - una nuova classe sanitaria? O mirare invece concretamente all'obiettivo che “i determinanti di salute siano sempre più chiaramente ancorati al principio di uguaglianza e inclusione” e che quindi, esistendo oggi “criticità emergenti slegate dal paradigma biomedico”, occorre un “dialogo tra il volontariato e il settore assistenziale e il settore formale e organizzativo sanitario”? (come recita la brochure di un Convegno sulla “Fragilità sociale e tutela della salute”, organizzato in comune dall'Istituto Superiore di Sanità e dalla Caritas diocesana di Roma il 13/12/2006).

È allora una più estesa strategia sociosanitaria da concordare e definire istituzionalmente sempre meglio, e non una mera riclassificazione organizzativa, che può affrontare seriamente la complessa realtà dei nuovi bisogni di salute. Altrimenti, perché non includere in un Dipartimento di Tutela delle Fragilità quella popolazione anziana che è fragile per definizione? Peraltro, nei documenti del Ministero della Salute sono appunto gli anziani ad essere indicati sotto la categoria della fragilità (vedi Ordinanza dell'8/5/2007 relativa alla “tutela delle persone maggiormente suscettibili agli effetti delle ondate di calore” per condizioni d'età, salute, solitudine e fattori socioambientali).

**2.** A questo punto possiamo riuscire meglio a cogliere in profondità le coordinate socioculturali che stanno dietro a tale impostazione sanitaria basata sulla fragilità.

In un mondo di salutismo imperante e di allungamento sempre maggiore delle aspettative di vita, appare quasi un obbligo, se la vita è fragile, medicalizzarla. Dalla fragilità delle ossa alla fragilità dello spirito: oggi è un dovere mettere ogni difficoltà sotto tutela, cioè sotto l'accurato controllo della nuova medicina scissa tra tecnologia e socialità. Un dilemma superato dalla moderna medicina grazie al principio ormai ufficialmente e universalmente riconosciuto che ogni disagio o patologia ha componenti biologiche, psichiche e sociali: e la medicina mesianica si appropria in toto di esso per risolverlo. Non un intervento olistico - cioè valorizzante tutte le figure professionali e culturali che possono contribuire allo sviluppo della salute - ma un intervento totalizzante a livello biologico, quello che allunga la vita e allevia le responsabilità della persona.

Ecco allora in soccorso la diagnosi di “fragilità”; fragilità di fatto oggi in continuo aumento, a livello psichico e sociale, a causa delle radicali trasformazioni socio-economiche in atto. Ed ecco allora che l'intervento medico sulla fragilità appare una aggiornata forma di “controllo sociale del sé”, come magistralmente illustrato da Foucault (1988).

La fragilità esistenziale della persona è oggi accentuata da una dinamica sociale che, smantellando punti solidi di riferimento - principi, istituzioni, valori, prima intesi come assoluti - rende l'individuo precario, insicuro, di fatto solo nella affannata ricerca di soluzione individuale ai suoi problemi e quindi alla mercé di chi gli offre più

strumenti per assicurargli un benessere concretamente misurabile: in questo contesto anche il corpo è un compito e la salute *performance, fitness* (Bauman, 1999, pp. 127-149). La medicina, allargando alla dimensione psicosociale il suo campo d'azione, si offre come protesi generalizzata per le difficoltà di un corpo visto solo come organismo (Galimberti) e per ogni difficoltà sociale tradotta in patologia di comportamento. È una medicina all'assalto pure degli interstizi dell'esistenza, forte del consenso sociale e forte dei successi di ausili chimici e interventi chirurgici atti a risolvere persino i vissuti di infelicità, di tristezza, di impotenza, di bruttezza, di disagio. Non a caso al suo interno si parla di "medicina di iniziativa", che fa debordare anche la giusta e doverosa azione di prevenzione primaria e secondaria in azione assistenziale per il sostegno ad ogni fragilità sia essa fisica che psichica e sociale (Volpi, 2008).

In nome di che, in base a quale principio? È questo, in verità, l'aspetto più inquietante dell'invasività totalizzante della medicina nella odierna società consumistica. E cioè il livello di fondazione scientifica (la concezione epistemologica) dell'intervento medico, ripreso in qualche modo sempre dalla cultura del tempo. Ebbene, a questo livello, sembra essere il "comportamento" il nuovo parametro della medicina tecnologica.

La medicina di un tempo faceva riferimento al concetto base di "degenerazione": la malattia era il punto di discriminazione tra normalità e appunto degenerazione (di una funzione, di un organo, di un sistema), pur all'interno di una certa flessibilità o variabilità. Saltato il concetto di normalità (basato su qualcosa di assoluto e universale), è subentrato il concetto di "disturbo",

che fa riferimento precipuo alla soggettività dell'individuo: la cui patologia o va accertata mediante l'oggettivazione clinico-strumentale o va confrontata con il comportamento della media (il criterio statistico-diagnostico); così come esso è curato sulla base del principio dell'evidenza (è valida la cura che risulta più efficace sulla base delle "evidenze scientifiche"). Se, come sta avvenendo, al concetto di disturbo si sostituisce quello della "fragilità" - allargato dalla sfera fisica a quella psichica e sociale - l'"opportunità" dell'intervento medico diventa ancora più pervasiva e reificante: sostenere dall'esterno la fragilità dell'individuo in una sfida suprema non solo con la morte ma con ogni forma di "male" diventa un nuovo imperativo sociale. Quasi una nuova forma di messianismo laico attraverso l'illusione collettiva di una biologia salvifica; la sostituzione totale della sanità medica alla salute. In termini più tecnici, con riferimento cioè al D.L. 229/99, si va pure oltre la distinzione tra prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza (o elevata integrazione) sanitaria: una distinzione certo difficile da effettuare, appunto perché implica la collaborazione tra differenti agenzie pubbliche, ma che è pericoloso unificare (come se ad esempio tutto l'intervento sanitario fosse sotto giurisdizione del sindaco, alla stregua del T.S.O., o nella fattispecie, organizzare la tutela delle fragilità sociali sotto giurisdizione medica).

Questa stessa tendenza epistemologica è rinvenibile (e sostenuta) nella posizione socio-scientifica relativa alla salute psichica, ovvero nell'impostazione della psichiatria: la quale, negli ultimi decenni, ha cominciato a smembrare gli "oggetti" che costituivano la sua specificità (la follia, l'angoscia, la

sofferenza nevrotica, il delirio) e ha cominciato a rimpiazzarli con la nozione estremamente flessibile di "disturbi della condotta".

"Progressivamente il DSM IV istituisce nuove legittimità eziologiche coerenti con le sue costruzioni e le sue promozioni: la causalità biologica e l'eziologia traumatica dello stress. Da qui ci troviamo di fronte al seguente paradosso: nello stesso tempo in cui la medicalizzazione dell'esistenza tende ad accrescersi all'infinito, collocando tutti gli 'stili di vita' sotto il magistero medico, soltanto le sofferenze riconosciute come 'malattie' sono prese in carico dalle compagnie assicurative. A partire da quel momento, questa *cultura medico-economica* incoraggia il paziente a partecipare al dibattito epistemologico e a rivendicare la propria condizione sociale di 'ammalato', di 'vittima' o di 'traumatizzato', con il rischio di perdere la condizione di soggetto della propria storia e della propria parola... A partire da quel momento, la psichiatria viene ad essere progressivamente sostituita da *programmi di riabilitazione sociale* che mirano sempre più a seguire gli individui e le popolazioni sulla 'traccia' dei loro comportamenti, individuandoli precocemente e con implacabile determinazione. In questa 'clinica delle persone fragili' (Azorin, 2004), la psichiatria guadagna terreno, perdendo in specificità... La nuova psichiatria si dissolve nel paesaggio epistemologico delle 'neuroscienze sociali', e, allo stesso tempo, è chiamata a medicalizzare sempre più l'esistenza, trasformando i processi di vita in malattie virtuali, e a spalleggiare sempre più i programmi di *dépistage* e di *riabilitazione sociale* (Roudinesco, 2005)...

La 'clinica delle persone fragili'... rivela una performatività iatrogena atta

a produrre ciò che sarebbe chiamata a curare, proprio ciò che gli psicologi sociali chiamano 'le profezie che si autoavverano'... Questa epidemia di nuove diagnosi discende dalla liquidità e dalla flessibilità delle patologie che il concetto di 'disturbo' ha risolutamente introdotto nella ricomposizione del mobile paesaggio della salute mentale... Come ho argomentato altrove (Gori e Del Volgo, 2005), questo modo di procedere conduce a un conformismo che, in nome dell'efficacia e del pragmatismo, trascura l'efficienza e la ricerca della verità a vantaggio del formalismo" (Gori, 2008, pp. 50-51, corsivo nell'originale).

**3.** Questo formalismo insito nel processo di medicalizzazione proteiforme, sembra appunto tralucere (come si argomentava sopra) nella "moderna" istituzione di un Dipartimento Tutela delle Fragilità. Un misto di formalismo e comportamentismo sociale con cui si etichettano disagi passando-li per malattie, e si ricoprono malattie puntando su etichette; quindi medicalizzando le espressioni sempre più ampie di disagio psicosociale, accentuato da condizioni socioeconomiche spesso destrutturanti soprattutto in soggetti o fasce per qualsiasi motivo "deboli", e quindi annullando di fatto ogni risposta complessa ad una patologia che è sempre multideterminata.

Ne è conferma illuminante e significativa il dato che in tale organizzazione dei servizi non compaia affatto alcun accenno e alcuna considerazione della componente psichica e della figura dello psicologo. Che non solo potrebbe rappresentare l'esigenza di una visione più globale della persona in difficoltà, ma anche la testa di ponte di quel dialogo indispensabile tra mondo sanitario e mondo sociale.

La vera *mission* dello psicologo nella sanità (come in ogni altro contesto operativo) è quella delineata nella costituzione stessa della sua figura: un aiuto specifico alla abilitazione e riabilitazione della persona considerata nella sua autonomia e nella sua globalità. Un soggetto visto dal di dentro, e non dal di fuori, cioè per categorie che cambiano col variare degli approcci socio-culturali (fatti diventare approcci scientifici o organizzativi) e che cambiano in funzione del budget assegnato all'azienda (e ogni aziendalizzazione implica un rapporto costi/efficacia, naturalmente misurato in termini di "comportamenti salutistici").

In qualunque contesto operativo, lo psicologo offre la sua professionalità alla persona e alla comunità, e non a "utenti" etichettati formalisticamente in base a malattie vecchie e nuove, o a vecchie e nuove nosografie. Per questo, anche a livello organizzativo, come già avviene in diverse realtà locali, sarebbe più rispondente all'epistemologia dell'intervento psicologico organizzarlo in un Servizio Autonomo, in staff con la Direzione Aziendale, o in un vero e proprio Dipartimento di Psicologia a livello aziendale (come suggerisce "morbidamente" l'Autrice del precedente articolo su questo giornale); una collocazione che ne permetterebbe una più efficace diramazione nei vari servizi, sempre in stretta integrazione con gli operatori interni ed esterni.

E, se appunto si è convinti che la professionalità dello psicologo consista nella valorizzazione piena della persona al di là di ogni handicap, malattia, difficoltà, allora è evidente che, pur operando all'interno dell'ambito specificamente sanitario, la sua opera non è quella di contribuire alla medicalizzazione sempre più diffusa e totalizzante, ma alla considerazione davvero oli-

stica sia della salute sia conseguentemente della risposta ai sempre nuovi bisogni di salute. E quindi "animando" con la propria figura e la propria azione ogni contesto (sociale, educativo, rieducativo, lavorativo, politico, ecc.) che direttamente o indirettamente contribuisce alla costruzione della salute. Ovvero, anche andando oltre lo stretto recinto del mondo cosiddetto sanitario.

#### Riferimenti

- Azorin J.M (2004), *Vers une clinique des gens fragiles*, Brochure du laboratoire Lily, Mars, pp.21-22.
- Bauman Z. (1999), *La società dell'incertezza*, Il Mulino, Bologna 1999.
- Foucault M. (1988), *Tecnologie del sé, un seminario*, a cura di L.H. Martin, H. Gutman e P.H. Hutton, Bollati Boringhieri, Torino 1992.
- Gasparini G. (2007), *ASL del Lazio. Ecco cosa hanno da dire gli psicologi*, in "Notiziario dell'Ordine degli psicologi del Lazio", n. 3/4, pp. 35-37.
- Gori R. (2008), *Terapie molli cercano disperatamente patologie flessibili*, in "Psicoterapia e Scienze Umane, n. 1, pp. 41-60.
- Gori R., Del Volgo M.J. (2005), *L'Empire des coachs. Une nouvelle forme de contrôle sociale*, Albin Michel, Paris.
- Roudinesco E. (2005), *Philosophes dans la tourmente*, Fayard, Paris.
- Volpi R. (2008), *L'amara medicina. Come la sanità italiana ha sbagliato strada*, Mondadori, Milano.