

Decrescita felice e costruzione della salute: un circolo virtuoso

di *Maurizio Pallante** e *Jean-Louis Aillon***

* Istituto di Studi Interdisciplinari sulla Bioeconomia (ISIB),
Movimento per la Decrescita Felice

** Università degli Studi di Genova, Movimento per la Decrescita Felice,
Associazione Frantz Fanon

Sommario

Per costruire la salute delle generazioni future occorre mettere in discussione il paradigma socio-economico e culturale della crescita ed avviare un processo di decrescita felice. Ciò implica contestualmente anche una profonda rivoluzione culturale, a partire dalla riconcettualizzazione della salute e dalla decolonizzazione dell'attuale immaginario ad essa relativo per arrivare ad una susseguente ristrutturazione della pratica medica e degli apparati socio-sanitari.

Keywords

decrescita felice, salute, sostenibilità, immaginario, determinanti sociali.

Summary

In order to construct the health of future generations it is necessary to question the growth-based socio-economic and cultural paradigm and to start a process of "happy degrowth". This will require at the same time a deep cultural revolution in the health field, from the decolonization of the health imaginary to its reconceptualization and to the subsequent restructuring of medical practice and social and health institutions.

Keywords

happy degrowth, health, sustainability, imaginary, social determinants.

Premessa

Questo contributo si divide in due parti. La prima è una sintesi dei concetti fondamentali su cui si articola la concezione della decrescita felice (Pallante, 2005, 2011): un'interpretazione della decrescita sviluppata in Italia a partire dal 2005, che ha dato vita a un movimento culturale e politico organizzato in circoli territoriali federati tra loro e in gruppi di lavoro tematici. La seconda è la sintesi delle elaborazioni effettuate, nell'ambito del Movimento per la Decrescita Felice (MDF), da parte del gruppo di lavoro tematico "Decrescita e Salute" (Aillon et al. 2012), il quale ha promosso un

confronto tra diverse associazioni di operatori nel settore della salute e la costituzione di una struttura di coordinamento.

1. La decrescita felice

Il concetto di decrescita non di rado viene confuso col concetto di recessione, mentre ha un significato totalmente diverso, che si può dedurre solo da una corretta interpretazione del concetto di crescita economica.

La crescita economica non è, come generalmente si crede, l'aumento dei beni prodotti e dei servizi forniti da un sistema economico e produttivo nel corso di un anno, perché il parametro con cui si misura, il prodotto interno lordo (PIL), è un valore monetario, costituito dalla somma dei prezzi dei beni e servizi a uso finale prodotti e venduti in quel periodo di tempo.

Gli oggetti e i servizi che vengono venduti sono le merci. Il concetto di "merce" non coincide col concetto di "bene", che definisce gli oggetti e i servizi che rispondono a un bisogno o soddisfano un desiderio. Siccome nei paesi industrializzati da due o tre generazioni siamo abituati a comprare tutto ciò che ci serve - ciò che compriamo sono le merci, ciò che ci serve sono i beni - abbiamo finito col confondere i due concetti. In Gran Bretagna e negli Stati Uniti la parola merce praticamente non esiste più. Se si cerca sul vocabolario il corrispettivo è la parola *goods*, che significa "beni".

Per capire il significato della parola "decrescita" occorre ripristinare la consapevolezza che i concetti di "bene" e di "merce" sono differenti. Differenti non significa opposti. L'opposto di "bene" non è "merce", ma oggetto inutile, o dannoso. L'opposto di "merce" non è "bene", ma oggetto non in vendita.

Tra merci e beni si possono creare quattro combinazioni: le merci che non sono beni, i beni che si possono ottenere solo sotto forma di merci, i beni che non sono merci, e i beni che non possono esistere sotto forma di merci.

1. La decrescita felice si può realizzare in prima istanza riducendo la produzione e il consumo delle merci che non sono beni: gli sprechi. Per esempio: l'energia che si disperde dagli infissi, dal sottotetto e dalle pareti nel riscaldamento degli ambienti (dai 2/3 agli 8/10); il cibo che di butta (almeno il 3% del Pil); i materiali contenuti negli oggetti dismessi che vengono interrati o bruciati. La riduzione di uno spreco non fa diminuire il benessere. Ogni spreco causa un danno ambientale. La riduzione di uno spreco fa risparmiare dei soldi e riduce un danno ambientale. A differenza della recessione, che è la diminuzione generalizzata di tutta la produzione di merci, indipendentemente dal fatto che siano o non siano beni, la decrescita felice è una riduzione selettiva e governata degli sprechi (merci prive di utilità) che si può ottenere sviluppando innovazione tecnologiche finalizzate a:

- ridurre i flussi di materia ed energia in input nei processi industriali, ridurre gli scarti e i rifiuti (*dalla culla alla culla*), ridurre gli impatti ambientali locali e globali;

- ridurre le concentrazioni di anidride carbonica in atmosfera mediante una strategia in quattro punti: riduzione dei consumi energetici aumentando l'efficienza dei processi di trasformazione e degli usi finali dell'energia, soddisfazione del fabbisogno energetico residuo con fonti rinnovabili, sviluppo delle fonti rinnovabili in piccoli impianti per autoconsumo (sia per evitare l'impatto ambientale dei grandi impianti alimentati da fonti rinnovabili, sia per democratizzare la produzione energetica, riducendo il potere incontrollabile politicamente delle multinazionali dell'energia), trasformazione della rete di distribuzione in una rete di reti sul modello di internet, per consentire gli scambi delle eccedenze tra piccoli impianti;
- sostituire le sostanze di sintesi chimica non biodegradabili con sostanze biodegradabili;
- promuovere la progettazione di oggetti finalizzati a durare nel tempo, riparabili, disegnati in modo che al termine della loro vita i materiali di cui sono composti si possano agevolmente suddividere per tipologie omogenee, recuperare e riutilizzare;
- promuovere la progettazione di cicli di produzione finalizzati a ridurre i consumi di acqua, energia e materia per unità di prodotto;
- ridurre le quantità degli oggetti dismessi che vengono smaltiti nelle discariche e negli inceneritori.

Lo sviluppo di queste tecnologie è indispensabile per ridurre sia i consumi di energia delle attività umane, sia le emissioni di scarti biodegradabili, a quantità compatibili con la quantità di energia inviata quotidianamente dal sole sulla terra e utilizzata dalla vegetazione per effettuare la fotosintesi clorofilliana.

La decrescita non si limita a mettere il segno "meno" davanti al Pil, perché in questo modo non si esce dalla (il)logica quantitativa di chi pretende di far precedere il PIL sempre dal segno "più". Decrescita significa, quindi, passare da una logica quantitativa a una logica qualitativa, scegliendo il meno quando è meglio. La recessione causa disoccupazione, la decrescita selettiva degli sprechi crea invece occupazione utile, che ripaga i costi d'investimento con i risparmi sui costi di gestione che consegue (esempio: la ristrutturazione energetica degli edifici).

2. Ci sono beni che si possono avere solo sotto forma di merci: i beni che richiedono tecnologie evolute o competenze professionali specialistiche. La decrescita non sarebbe felice se si realizzasse con una diminuzione dei beni che si possono avere solo sotto forma di merci. Esempi: computer, risonanza magnetica, elettrodomestici. Tuttavia, anche in questo ambito si può realizzare una decrescita felice: producendo oggetti fatti per durare, producendo oggetti riparabili, disegnandoli in modo che al termine della loro vita utile possano essere smontati facilmente per suddividere i materiali di cui sono composti per tipologie omogenee, in modo da poterli riutilizzare/riciclare per nuove produzioni. Le tecnologie finalizzate a ottenere questi risultati riducono il consumo di risorse e la produzione di rifiuti per unità di prodotto, per cui hanno una valenza bioeconomica. Insieme alle tecnologie che riducono gli sprechi di materia e di energia per unità di prodotto, riducono gli scarti biodegradabili ed eliminano quelli non

biodegradabili, e sono indispensabili per compiere il salto di qualità dall'economia alla bioeconomia (Georgescu-Roegen, 1971).

Questi due punti consentono di impostare le uniche proposte di politica economica e industriale che possano farci uscire dalla crisi economica creando un'occupazione utile in attività che riducono la crisi ecologica.

3. La decrescita felice si può realizzare, in terza istanza, aumentando la produzione e l'uso di beni non comprati, ma autoprodotti o scambiati sotto forma di dono reciproco del tempo nell'ambito di rapporti comunitari. Nel giro di due o tre generazioni nei paesi occidentali è stato sradicato dal patrimonio delle conoscenze collettive il saper fare che consentiva di autoprodurre molti beni in casa (l'economia vernacolare di cui parla Ivan Illich), e tutti i rapporti interpersonali sono stati trasformati in rapporti commerciali (perdita del valore della solidarietà). Come mai? Chi non sa fare niente e non può contare su una rete di rapporti di collaborazione deve comprare tutto ciò che gli/le serve, per cui fa crescere il Pil più di chi non deve comprare tutto. Conseguenze: totale subordinazione al mercato, perdita delle capacità che distinguono la specie umana da tutte le altre specie viventi, identificazione della ricchezza col denaro. La decrescita felice si può realizzare, in terza istanza, aumentando la produzione e l'uso di beni non comprati, ma autoprodotti o scambiati sotto forma di dono reciproco del tempo nell'ambito di rapporti comunitari. Gli scambi fondati sul dono e la reciprocità hanno caratterizzato la vita economica delle società pre-industriali e hanno continuato a sussistere nelle società industriali, seppure in forme sempre più residuali, fino agli anni cinquanta del secolo scorso. Consistono essenzialmente in uno scambio gratuito di tempo, professionalità, conoscenze, disponibilità umana. Dovunque e in tutte le epoche storiche hanno rispettato tre regole non scritte: l'obbligo di donare, l'obbligo di ricevere, l'obbligo di restituire più di quello che si è ricevuto. In questo modo creano legami sociali, mentre gli scambi mercantili li distruggono. La parola «comunità», formata dall'unione della preposizione latina *cum*, che significa «con», col nome *munus*, che significa «dono», indica un raggruppamento umano in cui il legame sociale, il «cum», è costituito dall'economia del dono. L'economia del dono non esclude gli scambi mercantili, ma li ridimensiona. Nei contesti comunitari il denaro ha il ruolo di *mezzo* di scambio e non di fine delle attività produttive, ruolo che invece assume nelle società in cui l'economia è finalizzata alla crescita della produzione di merci.

4. Ci sono, infine, beni che non possono assumere la forma di merci: i beni relazionali, come la fiducia, la stima, l'amore, non si possono comprare. Le società che hanno finalizzato l'economia alla crescita della produzione di merci danno al tempo dedicato al lavoro per produrre merci (in cambio di un reddito monetario che consente di acquistare merci) più valore che al tempo dedicato alle relazioni umane, alla propria creatività, alla spiritualità. La decrescita felice si realizza riducendo il tempo che si dedica al lavoro e aumentando il tempo dedicato alle relazioni.

I punti 3 e 4 comportano un cambiamento dei modelli di comportamento e del sistema dei valori che sono in grado di dare un senso alla vita. La decrescita felice è una rivoluzione culturale che si sta sviluppando perché va chiudendosi l'epoca storica iniziata con la rivoluzione industriale 250 anni fa. Quando un'epoca storica si chiude, entra in crisi il sistema dei valori su cui ha conformato il modo di pensare degli esseri umani, per cui comincia a diffondersi la consapevolezza dei limiti di un certo paradigma culturale e ad affermarsi l'esigenza di costruirne uno nuovo.

2 Decrescita e Salute

2.1 Il monito di Ivan Illich

Il paradigma della crescita pervade ogni aspetto della nostra società e cultura, ivi compreso il mondo della salute. Non è un caso che 40 anni fa Ivan Illich abbia dedicato a questo tema una sua intera opera: "Nemesi Medica" (Illich, 1976). L'autore affermava che l'espansione industriale si accompagna a danni crescenti e irreparabili in tutti i settori, danni che, nell'ambito della medicina, si manifestano sotto la forma della cosiddetta "iatrogenesi". Una sempre crescente medicalizzazione, oltre una certa "soglia di mutazione", diventa "controproduttiva", produce più danni che benefici. Questi danni (iatrogenesi) non sono soltanto di carattere clinico (dolore, malattie e morti causate dalle stesse cure mediche), ma anche di tipo sociale e culturale.

La iatrogenesi sociale avviene quando *"la medicina pregiudica la salute [...] per l'effetto della sua organizzazione sociale sull'intero ambiente"* (Illich, 1976, pag. 47). Si tratta di un "modo di trasmissione sociopolitico" attraverso il quale vengono favorite condizioni che rendono malsana la società, non permettendo *"agli individui, alle famiglie e alle comunità di tenere sotto controllo i propri spazi interni e gli spazi in cui vivono"* (Illich, 1976, pag. 137). Ciò avviene *"quando la cura della salute si tramuta in un articolo standardizzato, un prodotto industriale; quando ogni sofferenza viene 'ospitalizzata' e le case diventano inospitali per le nascite, le malattie e le morti; [...] quando il soffrire, il piangere e il guarire al di fuori del ruolo di paziente sono classificati come una forma di devianza"* (Illich, 1976, pag. 48).

La iatrogenesi culturale si manifesta, invece, quando si *"tende a mistificare e ad espropriare il potere dell'individuo di guarire se stesso e di modellare il proprio ambiente [...] quando l'impresa medica distrugge nella gente la volontà di soffrire la propria condizione reale, minando la capacità degli individui di far fronte alla propria realtà, di esprimere propri valori e di accettare il dolore e le menomazioni inevitabili e spesso irrimediabili, la decadenza e la morte"* (Illich, 1976, pp. 15, 137).

Purtroppo, nonostante le parole profetiche scritte da Ivan Illich, pochi sono stati gli studi condotti sinora sul rapporto tra salute e decrescita (Aillon et al., 2012; Borowy, 2013; De Vogli & Owusu, 2015; Missoni, 2015), così come ancora più rari sono i lavori che hanno tentato di delineare un quadro teorico di riferimento che colleghi in maniera

sistematica il pensiero della decrescita rispetto alla salute. Alcuni tentativi in tal senso sono stati portati avanti dal Movimento per la Decrescita Felice (MDF), arrivando a delineare una proposta per una nuova cornice teorica definita “Decrescita e Salute” (Aillon & Dal Santo, 2014), e recentemente da Borowy e Aillon (2017), a cui ci riferiremo nel corso del presente lavoro (in particolare in relazione al primo lavoro citato).

2.2 Costruire la salute significa ricostruire la nostra società

Interrogandosi su che cosa significhi costruire la salute nell’ottica della decrescita si potrebbe riassumere questo approccio con l’incipit della “Carta di Bologna per la Sostenibilità e la Salute”, un documento redatto dalla Rete Sostenibilità e Salute, un coordinamento di 25 associazioni italiane attive in maniera critica nell’ambito della salute.

“L’attuale modello di sviluppo, fondato su una crescita illimitata e indiscriminata dell’economia, senza attenzione all’equa redistribuzione della ricchezza e ai diritti delle persone, non è sostenibile dal punto di vista economico, sociale e ambientale, ma soprattutto non è in grado di assicurare la piena tutela della salute delle generazioni presenti e future. [...]

Per proteggere, promuovere e tutelare la salute non è sufficiente occuparsi di servizi sanitari ma occorre, soprattutto, dar valore ed agire sui determinanti ambientali, socio-economici e culturali che influenzano la salute, nonché costruire un modello culturale, economico e sociale alternativo a quello in atto, non basato sulla crescita economica fine a sé stessa.

(Rete Sostenibilità e Salute, 2014).

Come MDF aggiungiamo semplicemente che, a nostro avviso, la strada da intraprendere per costruire questo diverso modello socio-economico è percorribile solo in una prospettiva di “decrescita”.

La Carta di Bologna delinea chiaramente l’insostenibilità della crescita dal punto di vista della salute. E’ infatti, innegabile che vi è stata nel corso del ventesimo secolo una correlazione positiva fra crescita economica (aumento del reddito) e aumento dell’aspettativa di vita (Preston, 1975), ma è altrettanto evidente come, oltre una certa soglia, questa relazione sia destinata a cambiare progressivamente segno, diventando negativa. Vari studi, infatti, documentano una serie di effetti negativi sulla salute legati alla globalizzazione e alle politiche neoliberiste, in particolare nei paesi cosiddetti sottosviluppati (Navarro, 2007). Contestualmente sono aumentati anche i danni e gli sprechi legati all’eccessiva medicalizzazione nei paesi “sviluppati”. Di seguito riportiamo alcuni dati a titolo esemplificativo e non esaustivo.

Uno studio inglese stima che nel paese i farmaci inibitori di pompa protonica (usati per curare la gastrite) vengano usati senza un'indicazione appropriata dal 25% al 70% dei casi (Forgacs & Loganayagam, 2008). Secondo un altro studio, negli Stati Uniti gli antibiotici vengono prescritti in maniera inappropriata in una percentuale che varia dal 20 al 50%, portando in misura sempre maggiore al fenomeno della antibiotico-resistenza (Wise et al., 1998). Sempre negli USA, le morti annuali causate dalla medicina (iatrogenesi clinica) ammontano secondo alcune stime a circa 225.000. Si stima, inoltre, che circa il 20% di tutte le spese nei servizi sanitari americani consista in spreco (Berwick & Hackbarth, 2012) e che fra il 20% ed il 50% di tutte le tecniche di radio-imaging non produca alcuna informazione utile per il paziente (Rao & Levin, 2012). Le grandi aziende utilizzano strategie di marketing per promuovere la medicalizzazione di normali eventi di vita o per abbassare i livelli per i quali è lecito curare le malattie (“disease mongering”), promuovendo una crescente “mercificazione della salute” che conduce ad un “consumismo sanitario” (Frank, 2002).

Ciò non deve stupire se pensiamo che il “driver” principale della nostra società è il prodotto interno lordo (Pil). Più farmaci consumiamo, più aumenta il Pil. Più il mondo è inquinato, ineguale e “stressogeno” e più ci ammaliano... più aumenta il Pil. Non certamente il nostro benessere.

Per massimizzare la crescita le nostre economie divorano sempre più voracemente il cosiddetto capitale naturale e sociale, andando ad intaccare i determinanti dai quali la salute dipende in via maggioritaria. Secondo il Canadian Institute of Advanced Research (2012) la nostra salute dipende, infatti, in maniera preponderante (circa il 60 %) dall'ambiente e dai determinanti sociali e solo in misura minoritaria dal Sistema Sanitario (25%).

Al fine di produrre e consumare un numero crescente di merci l'ambiente viene sempre più inquinato, lo stock di risorse non rinnovabili diminuisce mentre aumenta la concentrazione di gas serra emessi in atmosfera. Al riguardo la Commissione sui cambiamenti climatici dell'autorevole rivista scientifica Lancet ha definito i cambiamenti climatici la più grande minaccia per la salute del ventunesimo secolo (Costello et al., 2009), le cui conseguenze dirette e indirette, sono stimate dalla WHO in 250.000 morti aggiuntive l'anno fra il 2030 e il 2050.

Contemporaneamente anche gli esseri umani vengono sempre maggiormente sfruttati, causando un crescente aumento delle disuguaglianze (non solo di reddito, ma anche di status sociale, educazione etc.). Dagli anni '70 ad oggi le disuguaglianze fra ricchi e poveri sono, infatti, aumentate sia a livello globale (nord-sud) che all'interno degli stessi paesi sviluppati (Latouche, 2006; Piketty, 2014). Oltre a ciò, sempre per massimizzare i consumi, vengono propagandati modelli culturali volti alla competizione, ad un individualismo cieco e al consumismo, che portano le persone ad essere sempre più stressate dal punto di vista psichico (e quindi all'aumento del malessere), appiattendole su una dimensione materialistica dell'esistenza e facendo diminuire la partecipazione alla collettività e alla vita pubblica (Eckersley, 2006; Wilkinson & Pickett, 2007; Bartolini, 2010).

Dall'altra parte, quando le economie crescevano, vi erano maggiori risorse a disposizione per i servizi sanitari (controbilanciate, però, in parte dalla iatrogenesi legata all'eccessiva medicalizzazione). Attualmente molte economie occidentali si trovano invece in una situazione stazionaria, oppure di recessione (ben diversa da una decrescita selettiva e guidata), in cui i sistemi sanitari nazionali sono soggetti a continui tagli e liberalizzazioni.

Da queste premesse risulta chiaro come nel medio-lungo periodo una società basata su una crescita economica illimitata ed indiscriminata non possa tutelare la salute delle future generazioni: oltre una certa soglia alcuni meccanismi strutturali su cui il sistema si fonda vanno, infatti, a compromettere le basi da cui dipende la nostra salute, intesa come benessere fisico, psichico e sociale (WHO, 1946).

Sin dalla pubblicazione della dichiarazione di Alma Ata (1978) e della Carta di Ottawa per la Promozione della Salute (1986) è evidente cosa debba essere fatto per tutelare e promuovere la salute. Di fatto si tratta di promuovere condizioni socio-economiche, ambientali e culturali più salutari, ovvero un mondo più equo e sostenibile, attivando una serie di politiche (dall'alto) che prevedano però un forte coinvolgimento e la partecipazione della cittadinanza (dal basso).

Ma è pensabile conseguire questi obiettivi senza mettere in discussione il meccanismo oggi in atto? E' possibile scongiurare il cambiamento climatico senza porre un freno alla continua crescita della produzione di merci? E' pensabile che una persona povera, con un basso livello di istruzione, che lavora dieci ore al giorno in un contesto insalubre e stressogeno, isolata in una periferia urbana e senza una comunità di riferimento (magari nei pressi di un inceneritore), bombardata da un serie di messaggi televisivi che la incitano al consumo, possa poi adottare degli stili di vita salutari in seguito a delle campagne di prevenzione?

Noi crediamo di no. Se al tempo dei manicomi fossero state chiare tutte le migliori pratiche cliniche psichiatriche da adottare, in realtà applicarle sarebbe stato comunque impossibile in quel contesto. Ed è ciò che sta avvenendo oggi.

Riteniamo, invece, che l'unica possibilità di riuscire davvero a promuovere la salute sia quella di portare avanti una rivoluzione culturale volta ad un cambiamento radicale della società, mettendo in discussione il paradigma della crescita (sia dal punto di vista fattuale che nei suoi influssi culturali) e imboccando la strada di una decrescita felice, selettiva e guidata (Pallante, 2011). Solo attraverso un processo di radicale trasformazione socio-economica e culturale potremo davvero promuovere la salute. In questo senso il progetto della decrescita indica la strada per arrivare a questa trasformazione. E questa strada non può essere percorsa rimanendo rinchiusi nel sistema sanitario, né nelle Università, ma solo scendendo fra la gente, sul territorio, come molte associazioni stanno tentando di fare, a partire da MDF, alle *Transition Towns* sino ad arrivare al *People Health Movement*, agli esperimenti sulle "Case della salute" o alla Rete Sostenibilità e Salute.

MDF ha come principale obiettivo quello di cercare di dare la possibilità a tutti coloro che si riconoscono nella cornice della decrescita di ritrovarsi e di costruire insieme delle piccole comunità conviviali e sostenibili (circoli) che possano sia praticare (es. forme di

autoproduzione, orti urbani partecipativi) che diffondere il pensiero della decrescita (Pallante, 2005; <http://decrescitafelice.it/circoli/>). Il movimento *Transition town* persegue una finalità simile con una cornice teorica differente, promuovendo la costituzione di città in transizione verso una economia non alimentata da fonti fossili (Hopkins, 2010). Il *People Health Movement*, da parte sua, sta promuovendo un processo di costruzione di movimento, che si articola con un progetto internazionale di ricerca-azione sul ruolo dei movimenti sociali e della società civile nella promozione della salute (<http://www.phmovement.org/>). Un gruppo interregionale, a partire dal manifesto “Salute Bene Comune” (<http://www.casadellacarita.org/casa-salute-manifesto>), sta cercando di sperimentare sul territorio (6 progetti attivi) forme di welfare di comunità e cittadinanza attiva legate al concetto della “Casa della salute” intesa come “Casa della Comunità” (Prandi & Riboldi, 2016).

Le prime esperienze hanno come obiettivo principale la sostenibilità, mentre le seconde la salute, ma entrambe lavorano dal basso per ricostituire un modello differente di società e di immaginario, a partire dalla comunità, da processi di cittadinanza attiva ed agendo sui determinanti sociali, culturali ed ambientali di salute.

Senza più comunità, non è possibile d'altronde portare avanti né una medicina di comunità, né un progetto alternativo di società. D'altra parte, per poter incidere su più vasta scala è necessario costruire un fronte comune e fare rete fra tutte queste esperienze. E in questo senso riteniamo interessante la costituzione della Rete Sostenibilità e Salute, che si pone proprio l'obiettivo di connettere le realtà attive nell'ambito della salute e della sostenibilità per promuovere il cambiamento auspicato (<http://www.sostenibilitaesalute.org/>).

2.3 “Decrescita e Salute”: un nuovo modello nell’ambito della sostenibilità

Cerchiamo ora di delineare il contributo della riflessione della decrescita declinato specificatamente nell'ambito della salute, ovvero ciò che abbiamo definito “Decrescita e Salute” (Aillon e Dal Santo, 2014).

In un contesto in cui l'essere umano è diventato l'ingranaggio di una “megamacchina” economica che ha come unico obiettivo la crescita della produzione di merci e del Pil (quantità), decrescita significa ribaltare questo meccanismo (**fig. 1**; a sinistra). Significa riportare l'essere umano a essere il guidatore della biga impazzita dell'economia, che dovrebbe ritornare ad essere non un fine, ma un mezzo utile al raggiungimento di una piena realizzazione degli esseri umani (qualità), compatibilmente con i limiti della biosfera ed in armonia con la natura e tutti i viventi.

Questa chiave di lettura può essere applicata nell'ambito della sanità. Spesso i pazienti diventano ingranaggi di un sistema economico focalizzato più sulla quantità, sulla crescita del Pil e sull'interesse dei grandi stakeholder sanitari, che sulla salute del paziente (**fig. 1**; a destra). Si pensi a titolo esemplificativo ad espressioni come “il colon

del letto 5” per definire una persona, o al fatto che le multinazionali farmaceutiche investono più risorse nel marketing che nella ricerca e sviluppo delle medicine (Panero, 2013). O si pensi a taluni protocolli che impongono al clinico di visitare un certo numero di pazienti all’ora, senza tenere in conto la qualità del lavoro svolto.

Un approccio di “Decrescita e Salute” consiste, invece, nel rompere le catene economiche che premono, sia sul concetto di salute che sulla Sanità, rimettendo il paziente/individuo ed i suoi bisogni al centro del sistema e ponendosi come obiettivo la salute della popolazione.



Figura n. 1: Illustrazione del modello teorico “Decrescita e Salute”.

Questo ribaltamento concettuale necessita, però, non soltanto della rottura di catene di carattere economico, ma di un mutamento più profondo che riguarda il nostro immaginario della salute e della Sanità.

2.4 Costruire la salute significa decolonizzare il nostro immaginario dal totalitarismo della crescita

La crescita ha colonizzato le nostre menti con il suo immaginario (Latouche, 2006). Oggi se pensiamo ad una persona ricca, immaginiamo una persona che possiede molto denaro e non a una persona che ha molte relazioni vivificanti, tempo libero e la possibilità di essere ed esprimere nel mondo autenticamente se stessa. Una persona che vivesse sobriamente secondo le regole della semplicità volontaria di cui parlava Gandhi, verrebbe etichettata come tirchia. Quando pensiamo alla natura questa viene vista come qualcosa di ostile da dominare e non come un qualcosa da rispettare e con cui trovare un'armonia. Per uscire da questo tipo di visione Latouche ritiene sia necessaria una decolonizzazione dell'immaginario dominante, ovvero *“un profondo cambiamento del sistema di valori su cui fondiamo la nostra esistenza [...] per definire una nuova cultura [...]”. L'altruismo dovrebbe prendere il sopravvento sull'egoismo, la cooperazione sulla competizione sfrenata, il piacere del divertimento e l'ethos del ludico sull'ossessione del lavoro, l'importanza della vita sociale sul consumo illimitato, il locale sul globale, il gusto del bello sull'efficienza produttivistica, il ragionevole sul razionale, il relazionale sul materiale*” (Latouche, 2006, pp. 101-117).

Similmente è accaduto nell'ambito della salute. Un tempo coloro che venivano sottoposti alle cure del medico venivano definiti pazienti. “Paziente” deriva dal greco “pathos” (ovvero colui che soffre, il che rimanda anche all'emozione, all'empatia necessaria per entrare in contatto con il sofferente); e al contempo da “patiens”, ovvero colui che deve essere paziente, sopportare, perché il corpo stesso è spesso, con l'aiuto del tempo, il principale artefice della guarigione. Ora si parla di “utente” (dal latino colui che usa, adopera). L'ospedale (dal latino “hospitale”: luogo dove si alloggiano gli ospiti) è divenuto azienda (dal latino “facienda”: cose da farsi), il che riecheggia l'altra profonda “mutazione antropologica”, denunciata da Pasolini già quarant'anni fa (Pasolini, 1976): la trasformazione dei cittadini in consumatori.

Decrescita e salute significa “decolonizzare l'immaginario” (Latouche, 2006) della salute e della sanità dalle influenze apportate nel corso dei secoli da un sistema economico basato esclusivamente sulla crescita della produzione di merci (e non sul perseguimento del ben vivere dell'umanità), nonché affrancarsi da una visione miope della scienza e del progresso (materialista, meccanicistica, riduzionista), visione che ha fatto dell'uomo un oggetto di studio come gli altri, trascurandone le varie dimensioni essenziali (non materiali), la sua unitarietà e complessità, scindendo l'emozione dalla ragione; e con l'arroganza (hybris) di poter arrivare ad una conoscenza oggettiva, riducendo la complessità ai suoi elementi basilari (cellule, atomi, etc.), per poi proporre cure (farmacologiche) appropriate.

La decrescita, come in economia, si propone di riorientare la visione della salute in una chiave prettamente qualitativa (e non quantitativa), riportando l'unicità della persona al centro del processo medico e promuovendo tutte quelle pratiche che mirino al reale benessere psico-fisico e sociale dell'essere umano, inteso nella sua globalità. Inoltre, in

antitesi con l'approccio scientifico/positivistico, un approccio di "Decrescita e Salute" non contrappone l'uomo alla natura attraverso una logica di dominio e di controllo assoluto (senza limiti), ma lo vede come parte della natura stessa, in armonia con essa e promuove un concetto di salute che non può prescindere dalla cura e dal rispetto dell'ambiente circostante (**fig. 2**).

Decolonizzazione dell'immaginario della salute	
Crescita	Decrescita
<ul style="list-style-type: none"> • Oggettività • Riduzionismo • Materialismo • Meccanicismo • Quantità • Neutralità • Abolizione del limite • Dominio sulla natura 	<ul style="list-style-type: none"> • Soggettività • Olismo • Complessità • Indeterminazione • Qualità • Recupero affettività • "Sobrietà"/limitatezza • Armonia con la natura

Fig. 2: Decolonizzazione dell'immaginario della salute

Decolonizzare la salute significa andare a mettere in discussione le basi epistemologiche stesse del nostro sapere, alcune delle quali rappresentano, con buona probabilità, alcuni importanti presupposti dell'Occidente e della società della crescita.

Per capire la "nemesi medica" bisogna allora andare alle basi dell'arroganza, dell'"hybris". Luigi Zoja ritrova questa origine ad un livello psicologico/culturale che sta alla radice stessa dell'Occidente. Si tratta di un processo che prende avvio nell'Atene del quinto secolo a.c., dove per la prima volta viene infranto a livello collettivo il tabù del limite. L'umanità si proietta verso l'infinito e l'uomo si pone al centro dell'universo, sostituendosi così in parte agli dèi. Erodoto porta l'umanità fuori dal tempo mitico (eterno moto circolare), facendola entrare nella storia (progressione lineare verso l'infinito). Socrate inaugura con la filosofia un sapere astratto e concettuale che, potenzialmente non vede limiti al suo sviluppo, mentre Euripide con la sua tragedia pone l'uomo e i suoi moti dell'anima in una prospettiva maggiormente centrale ed autonoma rispetto al volere degli dèi. Questo germe di "hybris" non sboccherà mai completamente e vedrà rapidamente la sua fine con quella della civiltà greca. In seguito, lo slancio verso l'infinito in esso contenuto diverrà però (in forma differente) una colonna portante nel monoteismo della tradizione guidaico-cristiana, incarnandosi poi nel pensiero scientifico moderno: una conoscenza senza limiti lanciata verso la

costruzione di un paradiso (in terra), nella fede non più in un Dio, ma nel progresso, nella tecnica e in seguito nello sviluppo economico (ovvero la crescita).

“L’etica del monoteismo [...] Fornisce così, con straordinario anticipo, il seme dell’illuminismo. Che è, simbolicamente, suo figlio. Redenzione umana dalle tenebre, non più del male ma dell’ignoranza [...] Chiamata in causa da vari fattori, la crescita diventò un assoluto intorno a cui l’Occidente si affacciava” (Zoja, 2004, pp. 137-141).

Questa visione si consoliderà con l’avvento del metodo scientifico di Galileo e Bacone, del riduzionismo, del meccanicismo newtoniano. Prenderà forma nella separazione della mente dal corpo con Cartesio e troverà espressione anche in ambito umanistico nell’umanesimo/rinascimento. Vivrà il suo splendore nell’illuminismo, da cui poi prenderà vita una visione positivista (con la sottostante epistemologia) che oggi, nonostante sia stata disconfermata da molte scoperte nel corso del XX secolo (in particolare si pensi alla fisica quantistica, al pensiero sistemico, alla teoria della complessità, etc.), domina ancora oggi la cultura “mainstream” e la pratica quotidiana di molte scienze. La medicina e l’economia sono fra queste.

Nell’ottica della decrescita, la salute è dunque intesa non come la semplice assenza di malattia dovuta all’intervento medico, ma come un equilibrio dinamico risultante da diversi determinanti di tipo esterno (fattori di tipo socio-economico-ambientali e culturali) ed interno (fattori psicologici come ad esempio la "resilienza" ed il "senso di coerenza", Antonovsky 1987). Il focus di interesse si sposta dalla patogenesi (ricercare le cause delle malattie per curarle) verso la cosiddetta salutogenesi: la ricerca e la promozione dei fattori che sono alla base della salute individuale e collettiva (Antonovsky 1987; Alivia 2011). In questa cornice salute e malattia vengono considerate come due poli di un unico processo: la malattia non è un nemico da eliminare e distruggere, ma un qualcosa che fornisce anche grandi opportunità di miglioramento (Alivia 2011).

La persona viene considerata in una prospettiva olistica e sistemica, come soggetto bio-psico-socio-culturale e spirituale in continuo rapporto con l’ambiente fisico e relazionale circostante (Bateson, 1976; Brody, 1999; Roberti di Sarsina 2010). Al centro del processo di cura viene posta la relazione tra gli operatori sanitari ed il paziente, andando oltre la neutralità di un “approccio scientifico”, promuovendo lo sviluppo di una relazione empatica e affettiva (Stewart 2003, Roberti di Sarsina 2010). Ciò non significa abbandonare il metodo scientifico, ma provare invece a utilizzare il necessario riduzionismo senza rinunciare a contemplare la complessità (e quindi la soggettività) del tutto (Miles, 2009). Significa, infine, riconoscere i limiti della medicina e della scienza (Illich 1976). Molte di queste questioni sono state analizzate e discusse da Roberti di Sarsina e colleghi (2010), ed incluse in un modello che gli autori hanno definito: "Medicina Centrata sulla Persona".

Benché la maggior parte di questi principi sia ben delineata nella recente letteratura scientifica, precetti ormai superati continuano tuttora a permeare la maggior parte dell’odierna cultura medica. Molti medici e anche molti pazienti continuano a concepire

la salute prevalentemente dal punto di vista fisico (trascurando la dimensione psichica e sociale), credendo che la scienza ci porti alla conoscenza della realtà in maniera oggettiva (e a volte onnipotente), quando sono ormai chiare le evidenze che dimostrano l'importanza dei determinanti sociali, di fattori psicologici, così come del fatto che è impossibile una conoscenza certa della realtà in quanto gli stessi strumenti di misurazione vanno a modificare i fenomeni osservati (principio di indeterminazione di Heisenberg).

L'antropologia medica ha da tempo messo in luce quanto la biomedicina (con le sue concezioni di salute, malattie e guarigione) costituisca essa stessa uno specifico sistema culturale (Kleinman, 1978), le cui categorie rappresentano non meri fatti di natura quanto costruzioni sociali, incardinate negli ingranaggi del potere e della storia, funzionali alla conservazione di particolari assetto sociali e politici. Secondo Taussig, *“se è compito della relazione terapeutica reintegrare gli afflitti in un ordine condiviso di significati, la biomedicina assolve tale funzione attraverso un processo che annulla le dimensioni sociali, economiche e politiche incorporate nella malattia. L'oggettivazione del modello scientifico diviene così vero e proprio mezzo di controllo sociale, nella misura in cui naturalizza e depoliticizza la malattia come mero fatto di natura che semplicemente capita e contro cui nulla si può fare, se non fare ricorso alla biomedicina”* (Quaranta, 2006, p. XIV).

2.5 Conclusioni: Decrescita e Salute come un circolo virtuoso

Illich scriveva: *“la salute di ogni persona è una responsabile interpretazione di un copione sociale”* e *“la guarigione dal morbo iatrogeno che pervade la società è un compito politico e non professionale”* (Illich, 1976, pp. 12, 138). E' necessaria una rivoluzione culturale e sociale che rimetta in discussione dalle fondamenta il mondo in cui viviamo. Similmente a quanto teorizzato da Latouche sulla decrescita in generale con il modello delle “8 R”, dopo la Rivalutazione (decolonizzazione dell'immaginario) e la Riconcettualizzazione della salute, è necessario Ristrutturare i sistemi sociali e sanitari. E ciò potrà essere fatto ridistribuendo più equamente le risorse e l'accesso ai servizi sanitari, Rilocalizzando le cure a livello della comunità, Riducendo le cure inutili e dannose (merci che non sono beni), così come le influenze delle grandi multinazionali del farmaco; Riutilizzando altri saperi (dai sapere affini quali l'antropologia, la filosofia e la psicologia sino ad arrivare alle medicine tradizionali ed alternative/complementari) e promuovendo una maggiore autonomia delle persone nel curare e prendersi cura di se stesse e della propria comunità.

Protagonisti di questa rivoluzione non saranno dei tecnici, ma la cittadinanza.

Si tratta di avviare quel circolo virtuoso che Ivan Illich ben delineò già quarant'anni fa: *“solo un programma politico diretto a limitare la gestione professionale della sanità”* (ciò che abbiamo definito “Decrescita e Salute”) *“può permettere alla gente di recuperare la propria capacità di salvaguardarsi la salute, e [...] tale programma è*

parte integrante di una critica e limitazione sociale del modo di produzione industriale” (Illich, 1976, pag. 16), ovvero della decrescita.

Questa strada è, tuttavia, ancora nella sua fase aurorale e, affinché arrivi la luce del giorno, occorre il contributo di idee, di passione, di competenze professionali di un numero di persone molto più ampio di coloro che sono rimasti svegli per vedere l'aurora.

Bibliografia

- Aillon J.L., Dal Monte, P., Dal Santo, E., 2012. Doctor for Degrowth: from theory to practice. Poster presentato alla terza conferenza internazionale sulla Decrescita (Venezia), <http://decrecitafelice.it/wp-content/uploads/11-J.Aillon.-doctors-for-degrowth.pdf>
- Aillon J.L. and Dal Santo E., 2014. ‘Health and Degrowth’, a new paradigm in the field of sustainability. Articolo presentato alla quarta conferenza internazionale sulla decrescita, Leipzig, <https://co-munity.net/conference2014/science/content/health-and-degrowth-new-paradigm-field-sustainabilitycommunity.net/system/files/3503.pdf>.
- Alivia M., Guadagni P., Roberti di Sarsina P., 2011. Towards Salutogenesis in the Development of a Personalised and Preventative Healthcare, EPMA Journal, Vol. 2 No.4, 381-384.
- Antonovsky A., 1987. Unravelling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well, Jossey-Bass, San Francisco.
- Bartolini S., 2010. Manifesto per la felicità: Come passare dalla società del ben-avere a quella del ben-essere, Donzelli Editore, Roma.
- Bateson G., 1972. Verso un'ecologia della mente, Adelphi, Milano 1976.
- Borowy I., & Aillon J. L. 2017. Sustainable health and degrowth: Health, health care and society beyond the growth paradigm, Social Theory & Health, 1-23.
- Brody H., Lansing E., 1999. The Biopsychosocial Model, Patient-Centered Care, and Culturally Sensitive Practice, Journal of family practice, Vol. 48, 585-587.
- Berwick D.M., Hackbarth, A. 2012. Eliminating Waste in US Health Care, JAMA, Vol. 307 No. 14, 1513-1516.
- Borowy I., 2013. Degrowth and Public Health in Cuba: Lessons From the Past?, Journal of Cleaner Production, Vol. 38, 17–26.
- Canadian Institute of Advanced Research, 2002. Health Canada, Population and Public Health Branch, citato in Kuznetsova, D., 2012. Healthy places: Councils leading on public health, New Local Government Network, London.
- Costello A., Abbas M., Allen A., e colleghi, 2009. Managing the health effects of climate change, The Lancet, Vol. 373 No. 9676, 1693-1733.
- De Vogli R., Owusu J. T., 2015. The causes and health effects of the Great Recession: from neoliberalism to ‘healthy de-growth’, Critical Public Health, Vol. 25 No. 1, 15-31.
- Eckersley R., 2006. Is modern Western culture a health hazard?, International Journal of Epidemiology, Vol. 35 No. 2, 252-258.

- Forgacs I., Loganayagam A. 2008. Overprescribing proton pump inhibitors, *British Medical Journal*, Vol. 336, 2-3.
- Frank A. W., 2002. What's wrong with medical consumerism. In: Henderson, S., Petersen, A. R., 2002. *Consuming health: The commodification of health care*, Routledge ed., New York.
- Hopkins R., 2010. *Manuale pratico della transizione*. Arianna Editrice, Bologna.
- Illich I., 1976. *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Boroli Editore, Milano, 2005.
- Latouche S., 2006. *La scommessa della decrescita*, Serie Bianca Feltrinelli Ed., Milano.
- Kleinman A., 1978. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems, *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, Vol. 12, 85-93.
- Miles A., 2009. On a Medicine of the Whole Person: Away From Scientific Reductionism and Towards the Embrace of the Complex in Clinical Practice, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Vol. 15 No. 6, 941-949.
- Missoni E., 2015. Degrowth and health: local action should be linked to global policies and governance for health, *Sustainability Science*, Vol. 10 No. 3, 439-450.
- Navarro V., 2007. *Neoliberalism, Globalization, and Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life*, Baywood Publishing, Amityville.
- Pallante M., 2005, *La decrescita felice. La qualità della vita non dipende dal pil*, Editori Riuniti, Roma 2005, nuova edizione ampliata, Edizioni per la decrescita felice, Roma 2009.
- Pallante M., 2011, *Meno e meglio. Decrescere per progredire*, Bruno Mondadori, Milano.
- Panero C., 2013. *La filiera dei farmaci in Italia. Regolazione e prospettive di liberalizzazione: Regolazione e prospettive di liberalizzazione*, Franco Angeli, Milano.
- Pasolini P. P., 1975. *Scritti corsari*, Garzanti, Milano.
- Piketty T., 2014. *Il capitale nel XXI secolo*, Bompiani, Milano.
- Prandi F., Riboldi F., 2016. Riflettendo sulla "casa della salute", *Ricerca & Pratica*, Vol 32, 64-75.
- Preston S., 1975. The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development. *Population Studies*, Vol. 29 No. 2, 231-248.
- Quaranta I., 2006. *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Ed., Milano.
- Rete Sostenibilità e Salute, 2014. *Carta di Bologna per la Sostenibilità e la salute*, disponibile su internet al seguente link: <http://www.sostenibilitaesalute.org/wp-content/uploads/2014/06/Carta-di-Bologna4.pdf>
- Rao V. M., Levin D.C., 2012. The overuse of diagnostic imaging and the Choosing Wisely Initiative, *Annals of internal medicine*, Vol. 157, 574-576.
- Starfield B., 2000. Is US health really the best in the world? *JAMA*, Vol. 284 No. 4, 483-485.
- Wilkinson R. G., Pickett K. E., 2007. The problems of relative deprivation: why some societies do better than others. *Social science & medicine*, Vol 65 No. (9), 1965-1978.
- World Health Organisation, 1946. *Constitution*, <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- Wise R., Hart T., Cars O. e colleghi, 1998. Antimicrobial Resistance Is a Major Threat to Public Health', *British Medical Journal*, Vol. 317, 609-610.
- Zoja L., 2003. *Storia dell'arroganza: psicologia e limiti dello sviluppo*, Moretti e Vitali, Bergamo.