

PD Dr. Thomas Lemke
Institut für Sozialforschung
Senckenberganlage 26
D-60325 Frankfurt am Main
E-Mail: lemke@em.uni-frankfurt.de

Biopolitica e neoliberalismo Rischio, salute e malattia nell'epoca post-genomica

Università di Bari, 20 aprile 2007

Negli ultimi anni due concetti hanno suscitato grande attenzione nell'ambito della scienze sociali: governamentalità e biopolitica. Entrambi i concetti sono stati elaborati in maniera precisa dal filosofo e storico francese Michel Foucault. Nonostante la provenienza comune le linee della loro ricezione prendono direzioni distinte. Rari sono i tentativi di creare un nesso sistematico tra i due strumenti analitici. Lo stesso Foucault si prefiggeva ancora il compito di connettere l'analisi del governo con il concetto di biopolitica, insistendo sull'idea che i problemi della biopolitica «non potessero essere dissociati dal quadro della razionalità politica entro cui sono apparsi e hanno assunto il loro rilievo, vale a dire il "liberalismo", dal momento che è in rapporto a quest'ultimo che essi hanno assunto l'aspetto di una sfida» (*Naissance de la biopolitique*, trad. it., p. 261).

Negli ultimi anni i miei lavori hanno avuto lo scopo di analizzare il nesso intrinseco tra problemi biopolitici e forme di governo neoliberali. Mi ha interessato, in modo particolare, come le forme liberali di governo si ricollegano a delle tecniche del corpo e a delle tecniche di direzione o di auto-direzione del *bíos*. In che modo le tecnologie attuali definiscono gli individui come cittadini attivi e liberi, come membri di comunità e di organizzazioni che si auto-gestiscono, come agenti autonomi in grado di calcolare in modo razionale i rischi della loro vita? Quale rapporto c'è tra la concezione di un soggetto auto-responsabile e razionale e l'idea di una vita umana intesa come capitale umano nei modelli neoliberali di società? Queste ed altre questioni cerco di definire attraverso l'analisi empirica di ciò che io chiamo "governo dei rischi genetici". Al centro di questo progetto si collocano le pratiche e i discorsi della genetica umana, come pure la prospettiva di una "medicina molecolare" che negli ultimi anni ha guadagnato rilevanza scientifica e politica.

In questa conferenza vorrei in primo luogo abbozzare brevemente che cosa intendo per "governo dei rischi genetici" per poi proporre una serie di prove empiriche della mia tesi secondo la quale ci sarebbe un collegamento tra razionalità politica da un lato, tecnologie della genetica umana e innovazione bio-medica, dall'altro.

I

Iniziamo allora dal concetto e dalla domanda teorica: che cosa dobbiamo intendere per "governo dei rischi genetici".

Il mio punto di partenza è l'osservazione che con gli strumenti di diagnostica genetica, nella maggior parte dei casi, il dato di una predisposizione alla malattia non può essere stabilito con certezza, ma soltanto con una probabilità relativa. Soltanto dei test riguardanti malattie mono-genetiche, nelle quali si suppone che la modificazione di un unico gene possa provocare la malattia stessa, danno luogo a una quasi-certezza per quanto riguarda l'insorgere della patologia. Ma, innanzitutto, si tratta di malattie estremamente rare e, in secondo luogo, anche in questi casi non è possibile determinare esattamente il grado di gravità della malattia oppure il preciso decorso che essa avrà. Per le cosiddette "malattie della civiltà avanzata", come il cancro, le patologie del sistema cardio-circolatorio o l'Alzheimer, entrano in gioco una pluralità di geni, l'età e lo sviluppo fisico della persona, ma anche fattori sociali, ecologici e psicologici. Poiché qui di solito non sono possibili delle precise previsioni individuali, si introducono dei parametri statistici e si parla di "predisposizioni" o di "rischi" genetici. Il concetto di rischio genetico non rimanda quindi a un dato di fatto clinico, ma semplicemente a dei calcoli statistici operati sulla base di dati riguardanti la popolazione. D'altra parte, è proprio questo calcolo astratto del rischio che rende possibile una nuova impostazione degli interventi medici. Nel momento stesso in cui la diagnostica genetica prescinde dall'individuo concreto, essa apre la strada a una prevenzione individualizzata. Così essa permette di localizzare le cause della malattia nel corpo individuale e di dare indicazioni per lo stile di vita del singolo – senza prendere in considerazione i fattori sociali della genesi della malattia.

Il concetto di rischio genetico si presta ad essere analizzato sociologicamente in modi molto diversi. Per il sociologo di Monaco Ulrich Beck i rischi sono primariamente dei pericoli tecnici che diventano rilevanti per la società soltanto nella misura in cui sono legati a degli effetti sociali. Beck resta legato alla centralità della tecnica e propone un concetto realistico di rischio. Questa descrizione del problema però non è adeguata nel caso della diagnostica genetica, poiché questa va considerata non soltanto come tecnologia medica, ma anche come tecnologia morale e politica. Il concetto di rischio genetico consente di stabilire forme di intervento in cui gli uomini sono sollecitati a comportarsi "razionalmente" con il loro genoma e, partendo dalla valutazione del rischio, ad arrivare alle conseguenze "corrette", cioè capaci di diminuire il rischio.

Per mettere a fuoco le "tecnologie del potere" anziché il potere della tecnologia, vorrei proporre di analizzare la diagnostica genetica come un "governo dei rischi genetici". Questa prospettiva teorica si basa su una concezione generale del governo come quella che Michel Foucault ha

sviluppato nei suoi ultimi lavori (Foucault 2000; Lemke 1997). In base ad essa, "governo" non si riferisce soltanto a forme di direzione politica oppure alla struttura delle istituzioni statali, ma anche a delle tecniche e a delle razionalità di "gestione degli uomini". Nelle sue ricerche storiche Foucault s'interessa, da un lato, di come le forme del governo politico e le tecniche del "governo di se stessi" si colleghino fra loro. Dall'altro lato, egli analizza come le pratiche di governo si riferiscano a delle specifiche forme di sapere e di razionalità politica. Con il concetto di governamentalità egli pone al centro delle sue ricerche anche il rapporto di reciprocità entro il quale le tecniche del potere, le forme del sapere e i processi di soggettivazione si costituiscono.

È a questa prospettiva teorica che mi riallaccio per la mia analisi del discorso genetico. Di conseguenza, i rischi non corrispondono – come nell'analisi di Beck – a dei fatti reali né li rappresentano, bensì producono una realtà sociale. I "rischi genetici" non sono tanto trovati (*gefunden*) quanto inventati (*erfunden*). Non sono dei dati di fatto biologico-empirici, ma l'effetto di una "problematizzazione" sociale o, in altre parole, rappresentano uno specifico calcolo sociale, un modo di pensare gli eventi. Il discorso sui rischi genetici non è un discorso come un altro, ma si inquadra in un programma globale di direzione e di prevenzione sociale.

Il concetto di rischio con cui abbiamo a che fare qui, non è riducibile al rischio assicurabile. I rischi genetici si distinguono dai rischi assicurabili, dal momento che i primi non seguono tanto una logica di compensazione e di capitalizzazione, ma rispondono piuttosto all'imperativo dell'evitare (*Vermeidung*) e del ridurre (*Verminderung*). Perciò i rischi genetici rappresentano un tipo di rischio ben preciso. Essi, da un lato, richiedono un sapere statistico ed epidemiologico riguardo alla distribuzione dei casi in una popolazione, ma, dell'altro, permettono – a differenza dei rischi assicurabili – di diagnosticare il rischio direttamente all'interno del corpo dell'individuo. A differenza del sistema dei rischi assicurativi, che per esempio non mira a individuare le vittime di futuri incidenti stradali e quindi ad evitarli, i rischi genetici sono localizzabili e prognosticabili (Weir 1996).

Seguendo la concezione del governo proposta da Foucault, per l'analisi dei rischi genetici possono essere distinte tre dimensioni: regimi di verità, strategie di potere e tecnologie del sé. La tesi centrale allora consiste nel dire che la "genetizzazione" ("*Genetifizierung*") della società va compresa come un "governo dei rischi genetici" che implica un rapporto specifico fra tecniche di potere e forme di sapere, fra gestione autonoma e gestione eteronoma (cfr Lemke 2000). Il paradigma genetico può essere inteso come "regime di verità" che organizza un campo conoscitivo del visibile e del dicibile e che specifica le condizioni del vero e del falso. Invece di confrontare gli assunti teorici della genetica molecolare con la "realtà reale" (*wirkliche Wirklichkeit*), cioè con le leggi biochimiche della natura, qui si intende analizzare l'efficacia sociale di questa

"ideologia". Questo permette di sviluppare sistematicamente diversi complessi di domande: da cosa deriva il fatto che all'interno del sapere medico le malattie sono intese sempre di più come causate o condizionate geneticamente, come malattie genetiche? Quali sono i concetti normativi che vengono introdotti nell'analisi dei fattori patogeni? Perché, trent'anni fa, inquinamenti ambientali e fattori sociali nocivi, come stress o cattive condizioni di lavoro, sono stati individuati come cause del cancro, mentre oggi lo sono piuttosto i rischi genetici che vanno localizzati nell'individuo stesso? In quale misura, con l'emergere del rischio genetico, alla fine sparisce anche la linea di demarcazione tra salute e malattia, tra normalità e patologia?

Si pone dunque la questione: quali situazioni e quali caratteristiche, che non sempre erano considerate come condizionate o causate in modo genetico, oggi vengono comprese all'interno dei concetti genetici e quali sono gli effetti di questa forma del sapere (per le pratiche mediche, per la politica sanitaria, per la ricerca scientifica, per gli interessi commerciali etc.). Ciò non significa necessariamente relativizzare la pretesa di validità del sapere genetico. Non si tratta tanto della questione (giuridica) se certe malattie siano designate a giusto titolo come malattie genetiche, quanto di un'indagine storica sulle condizioni costitutive del sapere medico.

In secondo luogo, in questa maniera l'avanzare (*die Karriere*) del discorso genetico può essere analizzato come una strategia di potere. A questo livello dell'analisi si tratta di esaminare l'incontro fra uno sviluppo tecnico-scientifico con uno sviluppo socio-politico; entrambi non sono né variabili indipendenti, né si lasciano ridurre l'uno all'altro. Anziché rinviare alle implicazioni sociali e politiche inerenti alla diagnostica genetica (Nelkin/Tancredi 1994: xxiii) o parlare di «sostituzione di soluzioni sociali con soluzioni tecnico-genetiche» (Beck 1988:43), intendiamo trattare la diagnostica genetica e l'analisi genomica nel contesto di una strategia di potere che non tende tanto a un'abolizione quanto a una ricodificazione (*Umcodierung*) del sociale.

L'ipotesi centrale è che la diagnostica genetica assuma un ruolo importante in una trasformazione del sociale, che si caratterizza attraverso la dissoluzione delle forme tradizionali di solidarietà sociale e la riduzione tecnico-assicurativa dei rischi collettivi. Allora si pone la domanda se le "società assicurative" (Ewald 1998) verranno sostituite da "dispositivi del rischio" basati sui principi della prevenzione e dell'impedimento più che sui meccanismi della quantificazione e della compensazione del danno. Invece di vedere la diagnostica genetica come espressione di una ragione strumentale, bisognerebbe considerarla come effetto e strumento di una razionalità politica che si propone un cambiamento di rapporti di forza sociali e sollecita un'individualizzazione e una privatizzazione dei rischi collettivi. Questo cambiamento è legato all'emergere del discorso sulla "responsabilità genetica". Quest'ultimo costituisce il collegamento tra un'astratta razionalità del rischio e degli

orientamenti normativi, fra strategie generali di prevenzione e forme di autogestione.

Questo ci conduce alla terza dimensione dell'analisi. Il successo di questa strategia di potere presuppone lo sviluppo e la diffusione di specifiche tecnologie del sé. Rimane quindi da vedere in quale misura la medicina predittiva contribuisca alla costituzione di un "*homo geneticus*" (Gaudillière 1995: 35) che si sottopone a delle pratiche di autocontrollo e di management del rischio fisico. Essa richiede soggetti "responsabili" e "previdenti" che usufruiscono (vogliono usufruire) della diagnostica genetica e si sottopongono alle pretese di decisione che ne risultano, o che si informano sulle opzioni di decisione. A questo punto viene da chiedersi quali saranno le conseguenze dell'analisi genomica e della diagnostica genetica rispetto all'identità dei soggetti e alla gestione della loro vita: in che maniera il codice genetico, in quanto bio-grafia, si iscrive nella vita dei soggetti?

II

Permettetemi di indicare alcune tendenze di sviluppo che possono essere indagate in maniera efficace tramite una simile prospettiva di analisi. La mia ipotesi è che una concezione genetizzata della malattia svolga almeno due funzioni importanti che potrebbero contribuire in maniera decisiva all'affermazione sociale della medicina molecolare. Innanzitutto, essa rende possibile la localizzazione di fattori patogeni nell'individuo stesso senza includere sistematicamente il contesto sociale e fisico complessivo della patogenesi. In secondo luogo, il modello permette di perseguire la visione di una medicina "individualizzata", cioè regolata dal genoma individuale. La medicina molecolare promette anche un "superamento" dei problemi di salute non solo rendendo apparentemente superfluo un cambiamento delle condizioni sociali patogene, ma offrendo anche delle "soluzioni dei problemi" in forma di nuovi medicinali, diagnosi e opzioni di prevenzione.

Nel seguito del mio discorso vorrei illustrare questa tesi attraverso due processi di trasformazione, sviluppatasi a partire dagli anni settanta. Il primo riguarda la revoca tendenziale del diritto alla salute a favore di un dovere di gestione della salute, di comportamento responsabile rispetto ai rischi di salute. Il secondo concerne la trasformazione progressiva dei pazienti in persone a rischio da un lato, e in clienti dall'altro. Vediamo innanzitutto lo spostamento dal diritto alla salute al dovere di gestione della salute.

Nel ventesimo secolo le misure per la protezione o il miglioramento della salute costituivano un elemento fondamentale delle attività statali e sociali. Con lo stabilirsi del regime dello Stato sociale, in numerosi paesi si faceva strada l'opinione che l'assicurazione di condizioni di vita favorevoli alla salute fosse un compito sociale e un diritto individuale fondamentale (Taylor 1983; Reiser 1985; Bell 1996). Questa tendenza di sviluppo si è in

gran parte capovolta a partire degli anni settanta. Nei discorsi della medicina e della politica sanitaria ha prevalso sempre di più l'opinione che il più grande pericolo per la salute dell'individuo sia da rintracciarsi nel suo comportamento verso se stesso, nella mancanza di movimento fisico, alimentazione sbagliata e/o eccessiva, consumo elevato di alcool e di tabacco, relazioni sociali improprie. La tesi dello stile di vita suggerisce che gli individui sarebbero in grado di proteggersi dalle malattie più diffuse nella popolazione mediante il loro stesso comportamento, poiché la maggior parte delle malattie sarebbero indotte da uno stile di vita inadeguato e carente (Knowles 1997; critico su questo. Crawford 1977; Kühn 1993; Leichter 1997; Kühn 1998).

L'idea di una responsabilità individuale per la salute costituisce il nucleo dei programmi di politica sanitaria negli stati industriali dell'Occidente a partire della metà degli anni settanta (Kühn 1993; Minkler 1999; Galvin 2002; Larsen 2005). La malattia, invece di fondare i diritti individuali, rinvia in misura crescente a doveri morali, legali e sociali. L'"appello alla responsabilità" (Kaufmann 1992) si fa sentire in un momento in cui le funzioni di compensazione e di re-distribuzione dello Stato sociale sono considerate tendenzialmente superflue o addirittura nocive per la crescita economica e la volontà di prestazione dell'individuo.

Con la riduzione dei sistemi di sicurezza sociale e il sorgere di forme neoliberali di governo, i concetti della tecnologia sociale furono sostituite dall'idea che l'individuo doveva essere reso capace ("empowered") di costruire e di controllare autonomamente la sua vita – senza ricorrere a risorse previdenziali e ad apparati terapeutici statali. Lo scopo era la riduzione dell'intervento statale nella vita dei cittadini, che venivano interpellati sia come consumatori sia come imprenditori, che erano tenuti a fare delle scelte e a lasciarsi attribuire le conseguenze di queste scelte. I singoli devono distinguersi tramite una disponibilità esplicita al rischio e allo stesso tempo portare avanti una gestione previdente del rischio. Questo non vale soltanto per la prevenzione delle malattie, ma anche per gli ambienti di vita e le sfere di azione più diverse, dalla pianificazione della formazione e della professione alla previdenza per la vecchiaia. Alla "ritirata dello Stato" corrispondono l'appello all'auto-responsabilità, alla cura di se stessi e all'acquisizione di competenze di auto-regolazione da parte dei soggetti individuali e collettivi (O'Malley 1996; Rose 1999; Cruikshank 1999).

Gli anni settanta, quando l'idea di una responsabilità individuale per la salute cominciava a caratterizzare la politica statale come pure i programmi sanitari nell'ambito dell'economia privata (cfr. Alexander 1988), furono anche un decennio decisivo in cui si affermarono man mano le tecniche di biologia molecolare all'interno della medicina pratica. Negli Stati Uniti e in altri paesi industriali venivano utilizzate procedure di diagnosi genetica nei primi programmi di screening (Duster 1990; Wailoo 2001), la diagnosi prenatale diventava parte dell'assistenza alle gestanti

(Rapp 2000) e nuove tecniche di riproduzione venivano rese disponibili. Negli anni ottanta e novanta con la ricerca sul genoma umano si raggiungevano nuove conoscenze scientifiche sulle strutture e sulle funzioni genetiche. Nella letteratura medica sempre di più i fattori genetici venivano ritenuti determinanti nell'origine e nel decorso di malattie molto diffuse. Nello stesso periodo fu attribuita un'importanza preponderante, nella politica e nelle analisi della salute, al concetto di rischio genetico e agli strumenti di diagnostica genetica (Khoury et al. 2000; Forum Public Health 2001; Brand 2002). In questo è evidente che i rischi genetici venivano concepiti in misura crescente come rischi endogeni del corpo. Una ricerca all'interno della banca dati MEDLINE, che contiene tutte le più importanti riviste mediche, dimostra che all'incirca la metà dei testi che negli anni settanta trattavano dei "rischi genetici" si occupava del ruolo dei fattori ambientali nell'insorgere e nel decorso delle malattie. In questo periodo si discutevano intensamente i rischi per la salute provenienti dall'effetto mutageno delle sostanze inquinanti o della radioattività. L'interesse degli articoli in questione quindi era diretto piuttosto verso i fattori non-genetici di cui venivano analizzati gli effetti sui meccanismi ereditari. Un cambiamento si verifica negli anni ottanta e novanta. Il fulcro della discussione medica attorno ai "rischi genetici" si sposta dai rischi indotti dall'esterno ai rischi interni. Si ricercano sempre di più le cause delle malattie e dei comportamenti anomali nella costituzione biologica dell'individuo, mentre le analisi dei fattori esterni di rischio perdono rilevanza medica.

Nel quadro di questa congiuntura politico-scientifica si delineano i contorni di una "responsabilità genetica". Secondo questa idea dovrebbe essere possibile diminuire i rischi genetici, come pure gli altri rischi di salute, mediante degli opportuni cambiamenti di comportamento. Il sapere genetico rende disponibili – secondo un'ipotesi condivisa largamente – delle informazioni vitali che si ritiene costituiscano la "base per delle decisioni responsabili" (Kitcher 1998: 75) in numerose situazioni della vita. A differenza di trent'anni fa, il riferimento ai fattori genetici viene collegato sempre meno all'ipotesi di un "destino genetico" inevitabile. Oggi, parlare di "eredità genetica" o di "genoma" non significa più segnalare qualcosa di immodificabile, indisponibile e indipendente dal controllo individuale, ma, al contrario, rimanda a un campo privilegiato di intervento. La diagnosi delle cause genetiche di una malattia e l'individuazione dei rischi genetici deve condurre a una serie di interventi per evitare e diminuire i rischi. Essi comprendono delle strategie diversificate come l'uso di medicinali e di psicofarmaci, il controllo dello stile di vita, il comportamento sanitario, la scelta del partner, la decisione sul modo di procreare etc. Inoltre, le predisposizioni genetiche diventano oggetto di opzioni dell'agire e di esigenze del decidere, esse devono essere sorvegliate, valutate e controllate, anziché essere subite passivamente.

L'incoraggiamento a gestire "sotto la propria responsabilità" i rischi genetici non rappresenta una rottura con i programmi di politica (sanitaria) generale, ma la sua continuazione. La ricerca sui rischi genetici affianca l'interesse medico per i fattori di rischio generati dagli stili di vita, senza rimuovere questi ultimi. I fattori genetici dunque non sono intesi come limite dell'agire autonomo, ma al contrario come l'oggetto e il materiale di quest'ultimo. La volontà individuale deve riferirsi non solo ai fattori dello stile di vita, come il fumare o il consumo di alcool, ma anche all'uso "responsabile" delle informazioni genetiche.

A questo punto sono arrivato alla seconda trasformazione, cioè alla trasformazione dei pazienti in clienti da un lato, e in persone a rischio dall'altro.

III

L'emergere del paradigma genetico è parte integrante di un processo più complesso di ristrutturazione sociale nel quale un corpo sano appare sempre di più come un bene che può essere prodotto e perfezionato. In passato la salute era definita per lo più come uno stato inconsapevole, caratterizzato dal fatto che non si rifletteva sul proprio (ben-)essere. Salute significava – nelle famose parole del chirurgo francese René Leriche – «la vita nel silenzio degli organi» (Canguilhem 1977: 58). Oggi salute e malattia non sembrano più essere delle categorie del caso o del destino, ma oggetto e risultato di una volontà. Programmi wellness, fitness-center, regimi dietetici si presentano come strategie di promozione sanitaria, di individuazione del rischio e di prevenzione delle malattie: la salute è il risultato di un agire pianificato e richiede previsione e precauzione. Se però la salute è qualcosa che può essere raggiunta da individui sufficientemente motivati, se questi lavorano abbastanza duramente su se stessi, s'impone la domanda: di chi è la colpa se qualcuno si ammala. Se la salute è il risultato di una volontà, allora la malattia è l'effetto collaterale di una volontà insufficiente o inadeguata (Greco 1993). In questa prospettiva la salute designa il risultato di un giusto stile di vita e di un corretto processo decisionale. Essa funge da segno esterno di dignità, distinzione e virtù. Il discorso contemporaneo sulla salute stabilisce una "lifestyle correctness" (correttezza dello stile di vita) (Leichter 1997: 372) in base alla quale gli individui "responsabili" si distinguono dagli individui "irresponsabili" (ibid.: 373-375; cfr. anche Morreim 1995).

La salute però non è solo una competenza morale, essa rappresenta anche un bene economico. Negli Stati Uniti durante gli ultimi 50 anni la quota delle spese sanitarie rispetto al prodotto nazionale lordo si è triplicata, crescendo dal 4 al 13 per cento. Le spese per medicinali nell'anno 2000 ammontavano a più di 100 miliardi di dollari, il doppio del

1990 (Clarke et al. 2003: 163; 167). Tendenze simili si osservano in altri paesi industrializzati. Questo sviluppo però non è riducibile alla sua dimensione quantitativa. Si tratta soprattutto di una trasformazione qualitativa. I servizi medici sono intesi sempre meno come diritti sociali e sono concepiti piuttosto come prestazioni di un servizio commerciale, i pazienti sono coinvolti come consumatori e come clienti che devono decidere quale quota del loro reddito vorrebbero impiegare per l'assicurazione e il miglioramento della loro salute (Clarke et al. 2003: 171-173).

Il legame fra una concezione morale e una concezione consumistica della salute produce un mercato crescente per servizi e merci mediche che non conosce più limiti naturali. Il suo motore non è la ricostituzione di uno stato di salute originario, ma l'estensione e l'incitamento del bisogno di salute (cfr. Kühn 1998: 17 f.). La salute oggi non è tanto la «vita nel silenzio degli organi», quanto una valutazione e un calcolo premuroso e loquace di un numero immenso di rischi di malattia (Leichter 1997: 370 f.; Greco 2004). Qui mi sembra che il concetto di rischio genetico assuma un ruolo centrale. Appare una nuova figura della medicina: la persona a rischio genetico che si muove in una terra di nessuno tra salute e malattia, e si verifica un'estensione e una trasformazione del concetto di malattia. Nel loro insieme, questi processi portano a questo: nemmeno nella letteratura medica specializzata esiste un minimo consenso su che cosa costituisca una malattia, su quando si manifesti e chi riguardi.

- (1) Rispetto all'oggetto della malattia ("che cosa?") occorre notare che il concetto di malattia ha perso rigore e chiarezza definitoria. All'interno del modello della medicina molecolare valgono come malattia non solo le disfunzioni organiche e fisiche – quindi le malattie in "senso classico" – ma anche caratteristiche come un'intelligenza insufficiente o un'aggressività eccessiva. Le persone a cui vengono diagnosticati rischi genetici di questo tipo possono essere ritenute svantaggiate e tendenzialmente bisognose di cura rispetto ai "geneticamente normali". Nella misura in cui la medicina, anziché di norme organiche, si avvale di criteri sociali come base di riferimento, entrano nel suo raggio di azione campi problematici e caratteristiche che prima non erano descritte come patologiche.
- (2) Incerto è anche il momento dell'inizio della malattia ("quando?"). Questo viene slegato dell'avvenimento concreto della malattia e comincia già con la diagnosi di particolarità genetiche che potrebbero essere rilevanti per una malattia. Fattori di rischio, precise predisposizioni e disposizioni che non si sono (ancora) espresse in sintomi acuti, cadono sotto lo sguardo

medico. In questa maniera si cerca di prevenire la sofferenza futura nel presente. Il momento per l'intervento è spostato largamente in avanti nel tempo per evitare l'eventuale manifestarsi della malattia.

- (3) Rispetto al soggetto della malattia ("chi?") è da notare che evidentemente non solo le persone ma anche i geni, le cellule, i feti, le coppie, le famiglie e la popolazione possono essere malati. L'individuo, certo, è il punto di riferimento centrale della prassi medica, ma, considerato più precisamente, esso costituisce soltanto un elemento di un *continuum* che va dal livello sub-cellulare fino al livello della popolazione. In questa prospettiva possono essere intesi come "malati" i non ancora nati e i collettivi come la famiglia o la popolazione.

IV

Consentitemi di concludere riassumendo brevemente la mia argomentazione. Nella prima parte mi ha interessato presentare le dimensioni di un'analisi teorica che lega le concezioni della biopolitica e della governamentalità sviluppate da Foucault attraverso un oggetto concreto. Si tratta - parlando in generale - della questione delle implicazioni politiche delle pratiche della diagnostica genetica, dell'analisi del genoma e della visione della medicina molecolare. Ho analizzato questo problema attraverso la prospettiva di un "governo dei rischi genetici", presentando a mo' di esempi due processi di trasformazione, per metterli in relazione con la congiuntura attuale delle analisi genetiche della malattia e delle promesse terapeutiche. Che si tratti di un cantiere teorico piuttosto che di un programma elaborato di ricerca si intende da sé. Avevo però l'intenzione di proporre una prospettiva teorica che penso vada al di là delle posizioni favorevoli dominanti come pure delle carenze delle numerose posizioni critiche e si distingua in maniera significativa sia dalle concezioni tecnico-deterministiche sia da quelle ideologico-critiche.