

# AutAut

**340**

ottobre  
dicembre 2008

## La medicalizzazione della vita

- Pier Aldo Rovatti** Note sulla medicalizzazione della vita 3  
**Edoardo Greblo** Sorveglianza a bassa intensità 14  
**Raoul Kirchmayr** Morire da soli. La medicalizzazione come supplemento di cura 37

### MATERIALI

- Dominique Memmi** Amministrare una materia sensibile. Intorno alla nascita e alla morte 60  
**Giorgio Ferigo** Il certificato come sevizia 82  
**Peppe Dell'Acqua** Il miraggio del farmaco 93  
**Mario Colucci** Scienza del pericolo, clinica del deficit. Sulla medicalizzazione in psichiatria 105  
**Ilaria Papandrea** Si entra in una comunità psichiatrica protetta... Sul dispotismo della norma 123  
**Massimo Recalcati** L'ideale della salute o il reale del sintomo? Sulla singolarità nella pratica della psicanalisi 134  
**Antonello Sciacchitano** Tuttobeneverosi! Sulla medicalizzazione, o le vicissitudini di una relazione di inganno 153  
**Giovanni Scibilia** Spacciare la medicina nera per la bianca. Doctor House e la medicalizzazione 170

### DISCUSSIONI

- Laura Boella** I fili e le marionette 177

### INTERVENTI

- Davide Sparti** Fra singolarità e de-singularizzazione. Generazione, aborto e il limite dell'umano in Hannah Arendt 187



ilSaggiatore

rivista fondata da Enzo Paci nel 1951

*direttore responsabile:* Pier Aldo Rovatti

*redazione:* Graziella Berto, Laura Boella, Paulo Barone,  
Giovanna Bettini, Deborah Borca (*editing*, [deborahborca@libero.it](mailto:deborahborca@libero.it)),  
Silvana Borutti, Damiano Cantone, Alessandro Dal Lago, Rocco De Biasi,  
Maurizio Ferraris, Edoardo Greblo, Raoul Kirchmayr, Giovanni  
Leghissa, Anna Maria Morazzoni (*coordinamento*, tel. 02 70102683),  
Ilaria Papandrea, Fabio Polidori, Rosella Prezzo, Pier Aldo Rovatti,  
Antonello Sciacchitano, Giovanni Scibilia, Davide Zoletto

*direzione:* via Pacini 40, 20131 Milano

*collaborano tra gli altri ad "aut aut":* G. Agamben, H.-D. Bahr,  
R. Bodei, M. Cacciari, G. Comolli, G. Dorfler, U. Galimberti,  
P. Gambazzi, S. Givone, A. Heller, A. Prete, M. Serres,  
G.C. Spivak, M. Trevi, G. Vattimo, M. Vegetti, P. Veyne, V. Vitiello,  
S. Žižek

il Saggiatore S.p.A.  
Via Melzo 9, 20129 Milano

*ufficio stampa:* [autaut@saggiatore.it](mailto:autaut@saggiatore.it)

*abbonamento 2008:* Italia € 60,00, estero € 76,00

L'Editore ha affidato a Picomax s.r.l. la gestione  
degli abbonamenti della rivista "aut aut".

L'Editore garantisce la massima riservatezza dei dati forniti  
dagli abbonati e la possibilità di richiedere gratuitamente la  
rettifica o la cancellazione scrivendo a: Picomax s.r.l.  
responsabile dati, Via Borghetto 1, 20122 Milano  
(ai sensi della L. 675/96).

*servizio abbonamenti:*

Picomax s.r.l., Via Borghetto 1, 20122 Milano  
telefono: 02 77428040 fax: 02 76340836  
e-mail: [abbonamenti@picomax.it](mailto:abbonamenti@picomax.it) [www.picomax.it](http://www.picomax.it)

Registrazione del Tribunale di Milano n. 2232 in data 13.1.1951

Proprietà: Francesca Romana Paci

Stampa: Arti Grafiche Bertoni, Verderio Inferiore

Spedizione in abbonamento postale 45% art. 1, comma 1,  
decreto legge 353/03 convertito in legge 46/04 – Filiale di Milano.

Finito di stampare nel dicembre 2008

## Note sulla medicalizzazione della vita

**PIER ALDO ROVATTI**

**L**a medicalizzazione della vita è oggi un dato di fatto. Non c'è bisogno di cercarlo tra le pieghe nascoste della nostra esperienza individuale e sociale, cioè di individui socializzati in un certo modo (che ci piaccia o no). È sotto i nostri occhi, attraversa i nostri corpi e dà forma alle nostre "anime". Proceede come un fascio di luce che via via mangia la parte di ombra. Giorno dopo giorno, da luogo a luogo avanza globalmente da nord a sud, da ovest a est. A nord-ovest, dove abitiamo, forse il fascio è già tutto disteso e sembra che non resti più nessuna ombra in cui preservare esperienze come la malattia o la morte e infine come la vita stessa.

La critica, se ce n'è una, viene dunque dopo, a cose fatte, e abbiamo molti dubbi che riesca in qualche modo a mordere sul fenomeno, ma non ci resta altro. La critica alla medicalizzazione della vita, come ogni critica, ha due compiti da svolgere e ha da svolgerli simultaneamente: ha il compito di descrivere il fenomeno, cioè di identificarlo, e al tempo stesso ha il compito di allontanarlo da noi, cioè di non identificarci con esso. La critica non dispone di armi potenti: per diventare "politica", cioè tentare di mordere, non può abbassare gli occhi. Le serve qualche idea, e tutte le idee, piccole o grandi che siano, passano attraverso il buco del linguaggio. Dovremmo, allora, cominciare col chiederci (se riusciamo ad arrestarci un momento) cosa c'entrano qui il medico e la medicina, e cos'è questa "vita" che nominiamo tranquillamente e a cui sta accadendo una certa trasformazione.

Tutti coloro che oggi utilmente si interrogano sulla “biopolitica”, pensando che questa sia la parola chiave per capire il dispositivo dentro il quale ci troviamo, sanno che l’elemento essenziale di questo dispositivo, al di là del suo funzionamento, è il valore (il senso, se preferiamo) da attribuire alla *vita*. La moneta più corrente (chi dei viventi non l’ha maneggiata?) si è trasformata nella moneta più rara. Non sappiamo più dove andare a trovarla, né che valore davvero possenga. Il che – si potrebbe dire – è già un effetto della medicalizzazione della vita, cioè – così sembra – di farla progressivamente scomparire.

Quanto alla medicalizzazione, prima ancora che di medici e di medicine, o in breve di “medicina” come sapere istituito, o istituzione di cui nessuno può fare a meno, il problema ha a che fare con la *malattia*. Anche della malattia tutti abbiamo una qualche conoscenza (e paura), ma il minimo che si possa dire è che siamo molto esposti rispetto a questo sapere, tanto automatico quanto volatile, al punto che se qualcuno ci interpella come malati, rispondiamo senza esitare: “Eccoci qua!”.

La medicalizzazione della vita dice qualcosa di simile agli individui che abitano la società attuale: “Ciascuno di voi è un soggetto malato, e lo è prima ancora che la sanzione di una malattia specifica venga pronunciata a vostro carico”. Come se una istituzione globale della malattia precedesse le istituzioni sanitarie vere e proprie. Come se la società intera stesse ormai diventando *questo campo istituzionale* che non passa necessariamente per medici e ospedali. E come se un *paradigma medico* fosse l’unità di misura alla quale ormai inevitabilmente ci rapportiamo in quanto, comunque, *bisognosi di cure*, un bisogno – vorrei far notare – che risulta incurabile nella misura stessa in cui non c’è cura definitiva al nostro essere *malati*.

Ogni volta, in questo dispositivo che medicalizza la vita, viene naturalmente tracciata una linea tra abili e disabili, tra capaci di occuparsi di sé e incapaci di occuparsi di sé, così che la cosiddetta *presa in carico* dell’individuo da parte della società riguarda ogni volta una parte degli individui e non certo tutti gli individui. Tuttavia ogni individuo è potenzialmente qualcuno che potrà o po-

trebbe essere preso in carico e complessivamente quella linea a partire dalla quale le istituzioni della presa in carico cominciano ad agire sfuma e tendenzialmente scompare. Non si tratta più solo di anzianità o di inabilità nei confronti del lavoro, e la parola *improduttività*, che abbiamo sempre usato, descrive in parte questo fenomeno che non è dunque riducibile in un linguaggio economico-politico: la carriera, per dir così, dell'individuo non si risolve nella sequenza formazione alla produttività-esperienza produttiva-uscita dalla produttività. Le tre fasi spesso si mescolano, la sequenza si inceppa, prevale l'improduttività, ma poi *quale improduttività* se non è più visibile né chiaro cosa si debba intendere per produttivo? (Per esempio: quando un'istituzione di formazione superiore, come l'università, è produttiva? Produttiva di che cosa?)

Insomma, la medicalizzazione della vita non ragiona in termini di *plus* (di una potenza che ciascuno possiede e può essere sviluppata) ma in termini di *deficit* (cioè dell'impotenza che marca ogni individuo come vulnerabile e malato). La mancanza segna l'intero fenomeno dall'inizio alla fine, dal bambino che ovviamente deve essere *aiutato* (e descritto, innanzitutto, in base alle sue inadeguatezze) fino all'anziano che naturalmente viene trattato come un *soggetto a rischio*.

Per criticare questo paradigma, che si incarica in modo sempre più raffinato e "scientifico", di *misurare il deficit* in base a standard di normalità di volta in volta caricati di un determinato valore di verità, e dunque per far circolare parole diverse riguardo alla malattia e alla vita, non bisogna sottovalutarlo e pensare che esso sia un velo sottile (ideologico) di cui possiamo sbarazzarci con un colpo di illuminismo. Questo paradigma, che è il paradigma dell'*individuo da curare* in quanto tale, presenta inoltre insidiose tangenze e cortocircuiti con quanto la riflessione teorica più intelligente ha di recente elaborato e continua a elaborare sulle trasformazioni della soggettività nella società contemporanea. Tangenze e cortocircuiti che mettono a dura prova il pensiero critico, il quale ha da tempo dovuto abbandonare l'idea di rapportarsi a un soggetto autonomo, integro, padrone della propria

vita, in una parola *sano*, e si è piuttosto rivolto a uno smontaggio di questa idea, troppo lontana dalla realtà e facilmente manipolabile dentro orizzonti autoritari.

L'esempio più chiaro ce lo ha offerto Michel Foucault, che giustamente viene spesso richiamato quando si parla di medicalizzazione della vita per aver dato una descrizione, a oggi insuperata, di tale dispositivo. Ma al quale bisognerebbe anche riferirsi (cosa che invece si fa molto meno) per avere descritto la correlata insostenibilità di una teoria tradizionale del soggetto da contrapporre alla società disciplinare costituita da individui plasmabili. Le "soggettivazioni" che Foucault ci ha indicate (soprattutto negli ultimi anni della sua vita, tra la fine dei settanta e i primi degli ottanta), e che frettolosamente abbiamo rubricato nell'idea di "cura di sé", sono sintetizzabili nell'ipotesi di un soggetto a rischio che ha come posta in gioco proprio la messa a repentaglio di se stesso. La tanto invocata padronanza diventa così un nodo paradossale da attraversare in tutta la sua paradossalità. Nessun "atto di forza" potrà più basarsi sulla presunta verità di un soggetto forte e come tale garantito, né su un'idea forte di vita in base alla quale governare se stessi.

Se allora vogliamo tentare di districarci dalle insidiose tangenze di cui ho appena parlato, o se solo vogliamo affrontarle, dobbiamo lasciarci alle spalle le consuete polarità forte/debole e attivo/passivo. La soggettività con la quale possiamo descrivere e criticare l'individuo della società attuale non è più leggibile con il paradigma dell'io forte e attivo. Esso, semmai, sventola come un vessillo retorico e vuoto nei discorsi della cura di sé, della salute del corpo e dell'anima da praticare ogni giorno e quasi a ogni istante, attraverso i quali il dispositivo della medicalizzazione ci invita e quasi ci obbliga a un consumo incessante di farmaci, trasforma ciascuno di noi nel medico di se stesso e la nostra abitazione in una specie di farmacia. Non mi riferisco soltanto a quei casetti dove si accumulano scatolette e flaconi che abbiamo acquistato (e che spesso, per fortuna, non consumiamo), né ai surrogati di cognizioni mediche e chimiche che ci procuriamo attraverso amici fidati o Internet, creando talora piccole comunità di aventi

lo stesso disturbo o almeno diagnosi analoghe, nel tentativo, non immune da stress (per giunta!), di “leggere” per conto nostro analisi sempre più codificate e dunque sempre meno leggibili. È un fatto che, essendoci impossibile passare le giornate nei gabinetti medici, a ciò dedichiamo una porzione non insignificante del nostro tempo con un misto di curiosità e ansia. Quanto siamo malati? Siamo peggiorati? Che nome hanno la nostra o le nostre malattie? Come funzionano le medicine che ci hanno detto di prendere? Siamo in grado di percepirne davvero gli effetti? E se smettessimo? E se provassimo a cambiare medico?

È evidente che tutto questo tende progressivamente a occupare il nostro tempo di vita con un gioco complicato di deleghe concesse e insieme ritirate. Deleghiamo alla “verità” di un sapere e ai detentori di questo sapere, secondo mosse ovviamente dettate dalle circostanze e dal caso (*quelle* istituzioni, *quei* medici con cui veniamo a contatto), almeno per quanto riguarda la normalità delle situazioni. Ma poi siamo continuamente indotti a infrangere i vari patti fiduciari e a ritirare queste deleghe istituzionali per costruire per conto nostro una microfisica medica con cui raccontare a noi stessi la verità autoprodotta del nostro stato di salute.

Il paradigma della medicalizzazione della vita ci dispone a tale situazione di sorveglianza e autosorveglianza. Più che come un potere esterno, esso funziona come un assillo volontario, un parassita delle nostre condotte con cui accettiamo e quasi scegliamo di convivere. Tutto gira attorno alla inesorabilità della malattia, una malattia che infine non si identifica con questo o quel disturbo ma che si impone come la *condizione normale* del nostro vivere. Su questo stato ormai cronico non ci interroghiamo più. Il patologico è slittato nel normale, e il normale scivola nel *naturale*. Siamo malati, ecco tutto. È naturale che la malattia non sia una cosa buona. È naturale che un’indagine un po’ meno che superficiale metterà a nudo il nostro deficit. È dunque naturale che siamo tutti vulnerabili e segnati.

Proprio qui il pensiero critico può forse trovare il proprio punto d’attacco, riflettendo su ciò che ho appena chiamato “sci-

volamento”, che significa, in altri termini, che la frontiera tra normale e patologico è stata scalfita con effetti perversi e che non riusciamo più a controllare l’idea comune di malattia, a metterla in discussione, a sbloccarla mediante altri giochi di verità. Questo blocco è sancito, nel discorso, dalla parola *naturale*, con la quale viene sanzionato non un ritorno al vissuto bensì il massimo dell’artificio. Non una qualche riappropriazione della *malattia*, cioè una sua soggettivazione, bensì l’estraneazione completa della malattia stessa che diventa così un indiscusso imperativo sociale, la regola di ogni individuo in quanto naturalmente deficitario. Naturale diventa il nostro dipendere dalla malattia come difettività della vita, e perciò naturale (la fenomenologia direbbe *naturalistico*) diventa anche il nostro rapporto con la *vita*, trasformata essa stessa in una condizione esteriore e regolata, priva di soggettivazione.

Bloccata ogni identificazione forte, poiché nessuno può più illudersi di vivere una vita soggettiva piena in cui possa essere padrone della propria esistenza, *si vive* in modo anonimo e passivo, appunto *in una maniera naturale*, cioè si lascia che il dispositivo sociale amministri le nostre vite, le scandisca in fasi ben definite, ne organizzi – per dir così – il tracciato, ci fornisca strumenti per misurarne il deficit di modo che ciascuno possa sorvegliarne l’andamento, la curva, l’inevitabile entropia. Così, vita e malattia vengono strette in un vincolo da cui dipendiamo, e tutto ciò ci appare come massimamente ovvio.

Mi torna continuamente in testa una pagina di Franca Basaglia a proposito delle “parole della malattia”. Si trova nell’introduzione del suo volume *Salute/malattia* uscito nel lontano 1982. Sono passati tanti anni da allora (e dalle esperienze anti-istituzionali in psichiatria, a Gorizia e a Trieste, di cui il libro si alimenta), ma questa pagina a mio parere fa testo nel suo carattere sintomale, e semmai i problemi che ci dà da pensare, più che elaborati criticamente o solo attraversati da allora a oggi, mi pare siano stati semplicemente messi da parte. Scrive dunque Franca Basaglia:

La malattia può acquistare significati diversi, diventando una risposta a ciò che la vita non è o non dà. La malattia come fuga, come deresponsabilizzazione, come resa incondizionata, ma anche la malattia come identità, come rapporto, come affermazione di sé in un mondo in cui non c'è spazio né per l'identità né per il rapporto, né per una propria realizzazione che non rientri nei parametri del "successo" e della "sconfitta".

E spiega:

Per noi, per la nostra cultura, la malattia è morte perché la vita continua a essere rappresentata solo dalla salute assoluta. È perdita di sé perché l'unica identità che ci venga proposta è l'uomo sano, efficiente e produttivo. È un alienarsi totale, perché affidarsi come malato al tecnico della salute significa perdere ogni controllo sul proprio corpo, sulla propria vita, quando non comporta perdere ciò che garantisce la sopravvivenza: il lavoro. È l'angoscia dell'ignoto perché il solo detentore dei segreti della vita e della morte è il medico, il cui lessico incomprensibile (volutamente esoterico per mantenere la distanza dal malato e dalla malattia) ci lascia in balia di un corpo sconosciuto e di una vita che non è mai la nostra. Ma, insieme, la malattia resta – nella nostra vita morta – l'unica possibilità di sopravvivenza soggettiva, di interesse, di cura, di sollecitudine, di rapporto in un'esistenza che ne è ormai completamente priva.<sup>1</sup>

Nel pieno del dispositivo della medicalizzazione della vita, nella situazione che intanto è diventata globalmente la nostra, questa pagina resta doppiamente sintomatica. Nella *vita morta* che viviamo – dice Franca Basaglia – anche la malattia è risucchiata in tale orizzonte di morte e dunque il malato si trova sempre dall'altra parte rispetto al soggetto sano e produttivo in quanto escluso e stigmatizzato dalla sua malattia. Tuttavia la malattia non è solo

1. F. Ongaro Basaglia, *Salute/malattia*, Einaudi, Torino 1982, pp. 8-9.

né principalmente questo: è anche una paradossale risorsa, e spesso è l'unico legame che permette all'individuo desoggettivato di collegarsi a una *verità* di vita o a una *vita viva*.

Un aspetto sintomatico (sintomo di un'intera cultura) è costituito dalla contrapposizione morte/vita che riassume tutti i tratti di un soggetto che può affrancarsi combattendo contro il mito della salute/produttività. Qui è l'eredità di Marx che ancora produce i suoi effetti. Oggi questa eredità è molto difficile da manovrare e da valorizzare perché tanto la malattia quanto la vita stessa si sono trasformate in elementi essenziali del dispositivo biopolitico con cui siamo governati e con cui ci governiamo. La malattia continua a essere uno stigma, tuttavia essa è anche diventata un operatore generale in una società in cui la condizione di partenza è quella di essere tutti malati e come tali bisognosi di trattamento. La salute non è più la faccia opposta del fenomeno ma semmai un percorso interno alla malattia. La patologia è diffusa e si identifica con la normalità. Tutti, in questo dispositivo, devono curarsi e affidarsi alla medicalizzazione della vita.

L'altro aspetto sintomale della pagina di Franca Basaglia è quello più importante, perché ci fornisce ancora un'indicazione preziosa per orientarci nel nuovo scenario che ci appartiene e nel quale gli effetti della cultura critica, cui la pagina stessa si riferisce, sembrano bloccati per le ragioni che ho appena ricordato. Si tratta del paradosso (o meglio: dell'apparente paradosso) della malattia come chance di vita. L'indicazione a me pare decisiva. Aggredisce criticamente la medicalizzazione della vita non attraverso il valore salute, ormai svuotato e inerte, bensì attraverso la valorizzazione della malattia come soggettivazione. Riconsiderare radicalmente l'idea stessa di malattia come spazio di soggettività, sottraendola alle tecniche di governo. Riportare la malattia da quel fuori da dove agisce anonimamente come dispositivo disciplinare che detta le regole della vita sociale e individuale, a un *dentro* grazie al quale ciascuno possa riappropriarsi di una condizione differenziale che sembra ormai perduta. Risoggettivare la malattia contro il dispositivo (o, se si preferisce, all'interno del

dispositivo) della medicalizzazione della vita. Insomma, sfidare il dispositivo alla sua altezza. Non rispondere con un'affermazione del tipo: "No, non siamo malati!". Bensì scavare uno spazio di differenza, rispondendo piuttosto: "Vogliamo recuperare le opportunità soggettive che la malattia ci offre e che la medicalizzazione della vita ci sottrae!".

È una risposta difficile e anche rischiosa perché sembra accettare il terreno discorsivo della medicalizzazione stessa e potrebbe alimentare proprio il dispositivo anziché allentarne la presa. Ma il soggetto che noi oggi siamo, nella nostra debolezza faticosamente guadagnata contro le sirene ideologiche della pienezza, deve riappropriarsi della propria malattia. Forse, solo così, potrebbe anche riappropriarsi di un'idea di vita che diviene ogni giorno più sfumata e lontana, esterna e impalpabile. Gli esempi che ci indicano che proprio questo è il campo da occupare, fanno parte della cronaca quotidiana che è sotto gli occhi di tutti e sulla pelle di moltissimi. Basterebbe ricordare quanto sta avvenendo (nel mondo) relativamente ai problemi della gestione soggettiva della morte.

Michel Foucault ha sempre riconosciuto come suo maestro Georges Canguilhem. Nel 1978 aveva scritto un'introduzione a *Il normale e il patologico*, l'indiscusso capolavoro di Canguilhem (e poco prima di morire, nell'aprile 1984, ne inviò alla "Revue de métaphysique et de morale" una versione rinnovata). Certo, non c'è bisogno dell'invito di Foucault per andare a leggere questo testo straordinariamente attuale per i nostri problemi, e per trovarvi un supporto a quelle idee di malattia e di vita oggi così essenziali al pensiero critico. Ma l'intelligenza di Foucault ci fornisce una chiave. È a partire dall'*errore* – dice – che Canguilhem pone la questione della vita, diversamente da ogni filosofia del vissuto. "L'errore è per lui l'alea permanente attorno a cui si avvolgono la storia della vita e il divenire degli uomini."<sup>2</sup> Aggiungo: se la vita è

2. M. Foucault, "La vita: l'esperienza e la scienza", in G. Canguilhem, *Il normale e il patologico* (1966), trad. di M. Porro, Einaudi, Torino 1998, p. 282.

capacità di errore, la malattia per Canguilhem non è certo la meno importante di queste risorse.

Nella conclusione delle pagine che, nell'edizione del 1966, arricchiscono il testo del 1943 (!), intitolate appunto "Nuove riflessioni sul normale e il patologico", Canguilhem scrive:

[Vorrei terminare] tracciando l'abbozzo di una patologia paradossale dell'uomo normale, mostrando che la coscienza di normalità biologica include la relazione alla malattia, il ricorso alla malattia, come alla sola pietra di paragone che questa coscienza riconosce e dunque esige. [...] Per malattia dell'uomo normale bisogna intendere il disturbo che nasce alla lunga dalla permanenza dello stato normale, [...] bisogna intendere la malattia che nasce dalla privazione di malattie [...]. È necessario dunque all'uomo normale, perché egli possa crederci e dirsi tale, non pregustare la malattia, ma scorgere l'ombra che essa produce [...]. Così, nell'uomo normale, nasce un'inquietudine per essere rimasto normale, un bisogno della malattia come prova della salute [...]. L'uomo detto sano *non* è dunque sano. La sua salute è un equilibrio che egli riacquista su fratture incoative. La minaccia della malattia è una delle componenti costitutive della salute.<sup>3</sup>

Infine, e ancor più chiaramente, nel 1989, la voce "Le malattie" stesa per l'*Encyclopédie universelle* (e ora raccolta negli scritti *Sulla medicina*), che si conclude così: "Le malattie sono gli strumenti della vita con i quali il vivente, in questo caso l'uomo, è obbligato a confessarsi mortale". Crisi di crescita che ciascun individuo attraversa in modo differenziato (e dunque soggettivo): "Invecchiare, durare, se non indenni almeno induriti, questo può essere il beneficio dell'essere stati malati".<sup>4</sup> La malattia è nella vita (così come lo è la morte).

Lo storico (e filosofo) della scienza e della medicina ci aiuta a

3. G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, cit., pp. 248-249.

4. Id., *Sulla medicina. Scritti 1955-1989* (2002), Einaudi, Torino 2007, p. 21.

tracciare una diagonale virtuosa dentro il dispositivo sociale che oggi chiamiamo medicalizzazione della vita: la “patologia paradossale” di Canguilhem stigmatizza proprio la *normalità* dell’uomo cosiddetto sano manifestandone l’artificio naturalistico nutrito dalla supposta oggettività del riscontro fisiologico. Osserviamo che Canguilhem mette radicalmente in questione proprio l’idea di *norma* che dovremmo piuttosto considerare come la costruzione da parte del vivente di un suo stile di vita. Ne segue che la *vita* non è un presupposto opaco né un residuo, un fondo scientificamente dato e misurabile, ma l’apertura di una prospettiva individuale, qualcosa che riguarda il futuro di ciascun individuo (la soggettivazione di questo futuro). E che la *malattia* appartiene al decorso di questa prospettiva aleatoria, l’“errore” necessario alla soggettivazione della vita. Tutto ciò, che sembra vicino al linguaggio della medicalizzazione della vita, in realtà ne è straordinariamente lontano. Qui *vita* e *malattia* hanno un valore e un senso molto diverso, e l’apprezzamento di questa distanza (Canguilhem è solo uno spunto importante) è – a mio parere – il lavoro critico che resta da fare.

## Sorveglianza a bassa intensità

**EDOARDO GREBLO**

### **1. “Degiuridificare” i corpi**

L'idea normativa, prevalsa negli ultimi decenni, di una società ideologicamente pluralistica che permette a ogni cittadino di organizzare la propria vita in base ai suoi orientamenti di valore e di ritagliarsi margini d'azione entro i quali fare uso della libertà di dar forma alla propria esistenza, ha prodotto un alleggerimento progressivo dei dispositivi repressivi e autoritari intorno alla disciplina giuridica del corpo e delle relazioni sessuali e riproduttive. Benché la più recente giurisprudenza delle nazioni occidentali possa essere considerata in molti modi, essa appare anzitutto come una conseguenza della “de-tradizionalizzazione” dei modi di vita, una sorta di adeguamento culturale e normativo a condizioni di vita profondamente modificate dai progressi delle tecnologie mediche. Tuttavia, nonostante ricorrenti tentazioni di rigetto e di tenaci e persistenti quanto (probabilmente) inutili tentativi di opporsi alla prevalente tendenza libertaria che si accompagna agli sviluppi della modernità sociale, la tendenza alla “degiurificazione” e alla “degiurisdizionalizzazione” dei rapporti tra i sessi e delle condotte riproduttive ha restituito comportamenti prima stigmatizzati alla (relativa) discrezionalità dei soggetti, aprendo nuovi spazi di libertà in un campo, come quello relativo al corpo procreatore e al corpo morente, ormai non più consegnato interamente alla fatalità di un destino naturale. Nella determinazione delle regole di comportamento e di relazione che afferiscono alla sfera privata e alla spontaneità delle relazioni una

regolamentazione “leggera”, che assume la forma morbida di una tutela tendenzialmente rispettosa dell’autonomia privata degli individui, riconosciuti quali autori responsabili delle proprie condotte di vita, subentra a una regolamentazione pesante, ispirata alla forma dura del divieto e imprigionata in un reticolo dettagliato di interdetti e sanzioni.

In un certo senso, è come se l’ampliamento materiale della libertà riproduttiva estendesse la rete orizzontale dei rapporti che i cittadini intrattengono fra di loro a scapito della relazione verticale dei cittadini con lo Stato, consolidando la dimensione delle decisioni imputabili affrancate dalla gabbia dell’obbedienza. Sia nel caso della sessualità senza riproduzione (interruzione volontaria di gravidanza), sia in quello della riproduzione senza sessualità (fecondazione medicalmente assistita), gli individui chiedono di poter essere se stessi attraverso una libera condotta di vita, la quale si emancipa da norme generali che restringono irragionevolmente lo spazio creativo della loro esistenza. Certo: quell’autorità della prima persona che si esprime attraverso esperienze vissute e iniziative all’agire autonomo e che pone l’individuo in condizioni di appropriarsi criticamente della propria storia di vita, come l’iniziatore delle sue azioni e delle sue pretese piuttosto che il prodotto di un destino di socializzazione puramente subito, lascia dietro di sé una scia di problemi e di complicazioni. L’intreccio tra ciò che è tecnicamente prodotto e ciò che è sia naturalmente divenuto sia culturalmente incentivato produce effetti importanti sulla natura soggettiva non meno che sulle relazioni intersoggettive. Per esempio, mentre nel caso della interruzione di gravidanza, depenalizzata dopo scontri e discussioni trascinate per decenni, è coinvolta la natura umana nel senso tradizionale, la scomposizione e ricomposizione del processo riproduttivo, che si verifica con la “procreazione” vicariata, priva di soggettività, per così dire, le funzioni organiche, porta la vita biologica a separarsi dalla vita biografica e, soprattutto nel caso (peraltro vietato dalla normativa italiana) della fecondazione eterologa, che separa la generatività dalla paternità, porta la linea germinale a scindersi dalla catena genealogica. Oltre a permettere inedite

possibilità di decisione in merito a quando, come e con chi generare, persino al di fuori dal proprio corpo e al di là della durata della propria vita, le tecniche della riproduzione “artificiale” modificano la struttura profonda della famiglia, dal momento che prevedono l’introduzione di figure comunque estranee all’intimità della procreazione, arrivando quasi a minacciare la sfera più privata e personale dell’esistenza, il punto di contatto tra natura e cultura, ossia l’ambito della sessualità e della generatività.

A guardare le cose più da vicino, ci si accorge però che gli scenari di libertà resi disponibili per la libera autodeterminazione dei soggetti circoscrivono uno spazio in cui, di fatto, non è possibile che un’autonomia presidiata, sottoposta a forme di controllo “a bassa intensità” e a geometria variabile soprattutto quando, più che la zona intermedia della malattia, la materia da affrontare riguarda la vita (ma anche la morte) in presa diretta. L’accresciuta libertà di disporre del proprio corpo nei suoi momenti cardinali, come il concepimento, la vita prenatale, la morte, è infatti affidata all’istituzione medica e accompagnata dalla presenza costante di tutta una serie di figure diversamente “competenti”, dal ginecologo al sessuologo, dal biologo allo psicologo. Non si tratta, in apparenza, del tentativo di riattribuire a un apparato medico-sanitario burocraticamente automatizzato quel potere sulla generazione e sulla propria vita riproduttiva che le donne rivendicano a sé, per quanto, in un contesto un po’ diverso, l’elevata percentuale di tagli cesarei e la diffusione dell’anestesia perineale per attenuare i dolori del parto tendano a riconsegnare ai medici, sotto altra forma, una pratica rinnovata di controllo sulla maternità. L’abbandono della pretesa di regolamentare queste materie attraverso modelli di norma giuridica pesanti e invasivi e la fine dell’onnipotenza impersonale, anonima e impositiva dell’istituzione medica non restituiscono ai soggetti un’area deregolamentata o deistituzionalizzata in cui possa affermarsi esclusivamente la spontaneità degli affetti e possano emergere volontà e desideri prima esclusi. Quando, come accade in questi campi, alla richiesta di estendere le possibilità di scelta individuale si accompagna una esigenza di sostegno che, almeno indirettamente, chiede alla medicina di

creare le condizioni necessarie a promuovere il capitale-salute, programmando le nascite in modo da favorire, per esempio, investimenti materiali e educativi sulla vita del bambino, al declino dell'onnipotenza medica subentra infatti l'onnipervasività della medicina, di solito in nome della tutela della salute delle donne e dei nati e come limite alla sperimentazione sugli embrioni.

La più ampia disponibilità offerta dalle tecnologie si traduce così nella costruzione di un corpo (in questo caso quello femminile) medicalizzato: non più oggetto di regole minuziose e di interdetti (anche) penali in conseguenza del vincolo "naturale" alla funzione riproduttiva, ma sottoposto alla riserva di legittimità che il legislatore riconosce al medico e al personale sanitario, cui viene demandato il compito sia di assicurare un quadro sanitario corretto e clinicamente sicuro, sia di promuovere un regime discorsivo in grado di accertare che la maternità rappresenti un'esperienza "cosciente" e "responsabile", inserita nella sfera dell'intenzionalità e della piena consapevolezza.<sup>1</sup> È come se per essere autori responsabili la sola motivazione non fosse sufficiente, e fosse invece necessaria un'iniziativa motivata che chi agisce attribuisce a se stesso. L'espressione più caratteristica di questo controllo sottile e indiretto, che attribuisce alle strategie discorsive un ruolo di primo piano, è costituita dal costante tentativo di equiparare le condizioni di liceità relative alle scelte procreative a quelle sanitarie, evidente proprio nel caso delle tecnologie della riproduzione assistita, in cui si crea una situazione nella quale il desiderio della donna di avere un bambino, incontrandosi con la capacità del medico di "fare" un bambino, finisce per assegnare alle finalità terapeutiche un ruolo improprio e fuorviante.

1. Non a caso il dibattito politico e pubblicistico che infiamma periodicamente (e strumentalmente) la discussione intorno a questi temi nel nostro paese tende al rafforzamento della cosiddetta "prevenzione", in base all'idea che la legge 194/78 non ha funzionato correttamente perché la parte preventiva è stata disapplicata. Probabilmente è vero il contrario: "La 194/78 non è una buona legge che purtroppo è stata disapplicata, ma una legge cattiva che ha funzionato proprio perché disapplicata. Ossia, nei fatti, ha funzionato quando e nella misura in cui l'aborto volontario è stato considerato, da medici, operatori e donne, come un 'diritto', piuttosto che come un'opzione illecita la cui possibilità di esercizio dipendeva dall'esistenza accertata di condizioni particolari ed eccezionali" (T. Pitch, *Un diritto per due*, il Saggiatore, Milano 1998, p. 94).

Per “riproduzione assistita” si intende abitualmente il complesso delle pratiche di manipolazione di gameti e di embrioni che avviene fuori dal corpo. In questo senso, anche la chirurgia tubarica e il monitoraggio dell’ovulazione potrebbero essere definiti come una forma di “fecondazione assistita”,<sup>2</sup> in quanto rispondono all’obiettivo terapeutico di “curare” e “guarire” corpi altrimenti condannati alla sterilità. Obiettivo che esula dalla “riproduzione assistita” nel senso ordinario dell’espressione, dal momento che a definire la pratica è solo l’artificio della manipolazione. Con le tecnologie del concepimento la fecondazione rimane naturale, in quanto l’artificialità riguarda piuttosto i processi antecedenti di manipolazione dei gameti fuori dal corpo. Più che a curare, in questo caso la medicina punta a sostituire il processo generativo, a intervenire sul ciclo procreativo per soddisfare un desiderio altrimenti irrealizzabile piuttosto che per promuovere un corpo genitoriale risanato. Il termine “terapia” è improprio sia perché non viene ripristinata la funzione fisiologica riproduttiva dell’individuo, che rimane sterile, sia perché riguarda la coppia e non i singoli individui. In questo senso, si potrebbe sostenere che se è configurabile come “terapia” ogni intervento volto a offrire soluzioni alle difficoltà di procreare, allora anche l’adozione, in quanto mira a offrire una soluzione allo stesso problema, si configura paradossalmente come una forma di “intervento terapeutico”.<sup>3</sup> Considerare queste pratiche come “terapeutiche” serve soltanto a legittimare il potere sociale che la medicina ha acquisito nel campo della fecondazione. Anche quando la scelta procreativa non è più affidata alla fatalità di un destino naturale, il richiamo alla finalità terapeutica, presentata come una caratteristica immanente alle tecniche, si rivela come un requisito funzionale alla legittimazione del nuovo ruolo sociale della medicina, che investe anche quel “desiderio di procreare” ascritto tradizionalmente al campo delle scelte private protette e difese dall’intrusione di estranei.

2. J. Testart, *La procreazione assistita* (1993), il Saggiatore, Milano 1996.

3. M. Mori, *La fecondazione artificiale*, Laterza, Roma-Bari 1995. Cfr. M.L. Boccia e G. Zuffa, *L’eclissi della madre*, Pratiche, Parma 1998, p. 35 sgg.

Se la sterilità non è una malattia, poiché non comporta fenomeni di degenerazione debilitanti sul piano organico e fisiologico, benché il vissuto psicologico di infecondità possa essere all'origine di un'esperienza di spossamento radicata nella profondità dei vissuti più personali, quanto piuttosto una capacità dell'organismo che può anche essere sospesa, temporaneamente mediante la contraccezione, oppure definitivamente mediante la sterilizzazione, l'intervento del medico risponde a una domanda di "salute" che trasforma le determinanti causali in condizioni abilitanti. La medicina non obbedisce soltanto (e talvolta nemmeno prevalentemente) all'esigenza di porre rimedio alle menomazioni del corpo, ma risponde a motivazioni diversificate, che possono includere la volontà di compensare una inadempienza naturale e involontaria talvolta percepita come una condanna morale così come il desiderio di provvedere alla trasmissione delle generazioni per una via non "convenzionale", per esempio (quando la legislazione, e non è il caso di quella italiana, lo consente) da parte di donne sole (anche non sterili) che non intendono, non vogliono o non possono, passare per un rapporto sessuale. Le cose non sono molto diverse da ciò che si verifica nel caso della contraccezione, cui le donne fanno ricorso perché contrarie alla eventualità di procreare, o dell'aborto, perché contrarie alla maternità e non solo all'eventualità di dare alla luce un figlio malato o destinato a esserlo. La capacità della medicina di sottrarre la trasmissione generazionale alla sua autonoma concatenazione naturale si converte nella tendenza a considerare la donna che richiede una fecondazione assistita una malata come le altre e a ricondurre il desiderio a una patologia riconducibile a un quadro clinico prefissato, a una semplice menomazione delle potenzialità generative del corpo compensabile con l'oggetto-figlio.

## **2. Un "quasi nulla"**

La rimozione degli interdetti culturali, che ha reso possibile l'interruzione legale della gravidanza, e la convergenza tra mutamenti culturali e nuove tecniche disponibili, che ha promosso un ampliamento delle vie verso la riproduzione, hanno certo creato

le condizioni suscettibili di dare realizzazione concreta all'idea che gli individui vadano considerati autori liberi, autonomi e responsabili dei propri progetti di vita. Tuttavia, è come se la riconosciuta libertà delle persone di decidere rispetto al proprio corpo e alla propria salute procedesse su un doppio binario, nel senso che alla riduzione dei modelli disciplinari e sanzionatori ispirati a logiche proibizioniste e spesso inutilmente vessatorie fa da contraltare una crescente onnipervasività del sapere medico-scientifico, a cui viene chiesto, almeno in linea di principio, di "farsi carico" dell'esigenza di prospettare ai "pazienti" soluzioni diverse e alternative e di aprirsi a tutte le soluzioni possibili, tra cui quella di rinunciare a decisioni mediante le quali un soggetto si attribuisce un "poter fare". Le richieste di autodeterminazione aderenti al principio della libertà di scelta dell'individuo e perseguite in nome del controllo sul proprio corpo, in particolare alle frontiere estreme della vita, non si sottraggono alla egemonia normalizzatrice che la medicina esercita in nome e per conto di più generali istanze sociali.

Anche se lo stato di necessità non è più la misura universale delle procedure mediche e lo strumento normativo di una visione morale particolare, l'accesso a prestazioni "sanitarie" correlate alla volontà della persona di esercitare la libertà personale di decidere sul proprio corpo rimane condizionato a una qualche forma di accertamento discorsivo con il personale medico e/o socio-sanitario, cui spetta il compito, almeno in linea di principio, di ricostruire le motivazioni all'origine delle scelte. L'accesso alle prestazioni richiede che i funzionari dell'apparato sanitario non esauriscano il loro ruolo nella semplice presa d'atto del desiderio (di maternità o del suo rifiuto) da un lato e dei dati clinici dall'altro. Nel caso dell'aborto devono accertare che la decisione della donna possa essere giustificata in termini di "pericolo" per il suo benessere fisico e psichico, il che ridimensiona la libertà e la responsabilità morale delle donne sul piano simbolico e può condurre la scelta abortiva a ricadere nella gabbia del controllo sociale sul piano pratico. Nel caso della riproduzione assistita prevedono colloqui preliminari destinati a frenare la spinta del desi-

derio, a modulare la soluzione in tempi e modi diversi, a prospettare soluzioni parziali o alternative, a delineare l'eventualità dello scacco o dell'insuccesso.

Sembra poco, un "quasi nulla", ma è attraverso questo "quasi nulla" che il sapere-potere della medicina penetra nella sfera privatissima e un tempo schermata da ogni intrusione esterna dei comportamenti procreativi, dando luogo a pratiche terapeutiche nelle cui regole d'uso inedite possibilità di scelta procreativa si sovrappongono, in un groviglio pressoché indistricabile, a forme altrettanto inedite di disciplinamento. Poiché l'accesso alle tecniche di riproduzione assistita dipende, com'è ovvio, dalle risorse, dagli strumenti e dalle strutture che la società mette a disposizione di chi intende avvalersene o è nelle condizioni di farlo, estranei delegati dalle istituzioni di controllo vengono autorizzati a introdursi nella sfera di libertà e privatezza sin qui propria della procreazione "naturale". Non vi è nulla, in questo campo, che possa ormai sottrarsi ai linguaggi e alle pratiche della medicalizzazione. Tanto più che queste tecnologie, che sostituiscono, vicariandole, le funzioni organiche e separano la fertilità dalla fecondità, dal momento che il corpo può essere reso procreativo pur restando, di per sé, sterile, fanno leva su istanze soggettive che rispondono alla crescente domanda di vita da parte delle persone, strutturando corpi e desideri e trasformando il governo delle anime in governo (e autogoverno) delle condotte.

In questa prospettiva, è come se dal regime della "punizione" si fosse progressivamente scivolati nel regime di una "sorveglianza" demandata anzitutto (ma non solo) al mondo medico. Nessuna delle pratiche relative al "far vivere" ed (eventualmente) al "lasciar morire" è sottratta alla presenza, più o meno discreta, più o meno invadente, più o meno attenta, comunque onnipervasiva, dei medici, e tutte, in misura di volta in volta diversa, vengono elaborate come altrettante pratiche di salute pubblica o di politica sanitaria. Non c'è nulla che somigli al "grande internamento" descritto da Foucault: la sorveglianza si esercita su segmenti della popolazione assai parzialmente o solo temporaneamente (e in senso molto lato) "prigionieri". L'intreccio tra potere e desiderio,

grazie al quale si verifica una condivisione e partecipazione attiva dei corpi viventi alla gestione della stessa falda biologica della vita, assume il profilo di una costruzione sociale volta a ridefinire il rapporto fra l'area della normalità e della patologia, trasformando sia il rifiuto della maternità sia la sua scelta in positivo in un problema sanitario. La legge 194/78, per esempio, prevede la legittimità dell'interruzione di gravidanza nei primi tre mesi di gestazione se ricorrono circostanze tali da mettere in pericolo la salute fisica o psichica della donna. Oltre i novanta giorni, l'aborto è possibile soltanto se gravidanza e parto comportino "un grave pericolo per la vita della donna" o quando siano state rilevate "anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica e psichica della donna". Le cose non vanno diversamente con la legge 40/2004 destinata a regolare la "procreazione medicalmente assistita": la difficoltà o l'impossibilità di realizzare le potenzialità generative del corpo divengono una malattia da curare per ripristinare la funzionalità dei corpi, un problema che afferisce direttamente alla nozione di "salute".

È in questo modo che l'ambito di intervento del sapere-potere medico conserva la sua giurisdizione sulla donna e sulla coppia. L'inclusione del processo generativo nel campo di pertinenza della medicina serve certamente a garantire innumerevoli benefici pratici, rispetto ai quali il soggetto è dipendente ma anche attivamente partecipe. Tuttavia, la trasformazione del corpo riproduttivo in un problema sanitario di gestione calcolatrice della vita serve anche ad assicurarne una regolazione controllata, che spinge i "pazienti" a intraprendere iniziative "costruttive" volte ad amministrare razionalmente gli interventi sul processo generativo, sia nel promuovere sia nell'interrompere i suoi fini. Al medico non spetta il compito di devitalizzare un desiderio attivato da paure e da speranze e che si presume diretto, inelaborato, interamente appiattito sul presente, quanto di offrire informazioni e consigli destinati a prospettare alternative oltre che costi e rischi sulla base di una ipotetica "alleanza terapeutica" volta a ricondurre il processo anonimo e impersonale della biologia alle carat-

teristiche singolari e determinate di ogni singola biografia. Informazioni e consigli che si accompagnano a quello che dovrebbe essere un suo preciso compito “sanitario”: porsi all’ascolto di una parola, intessuta di intense dinamiche affettive, all’interno di un quadro discorsivo destinato a verificare le motivazioni, sia quelle femminili sia quelle della coppia, che formalmente potrebbero essere contestate e respinte. Per quanto la legge 194/78 permetta alla donna di “dichiarare” quali siano le circostanze relative alla propria salute e quindi, *soggettivandola*, sottrae la salute a definizioni “mediche” precostituite o imposte da terzi, il regime discorsivo previsto dalla legge – per quanto, come alcuni lamentano, disapplicato – introduce l’ufficialità dell’istituzione ospedaliera nell’ambito dell’intimità più segreta e apre il varco a una forma di sorveglianza non solo sulla sua generatività, ma anche sulla sua biografia, che corrisponde a un’immagine di donna costruita come soggetto moralmente imperfetto (visto che tra i fattori da prendere in considerazione vi è anche il suo “equilibrio psichico”) e a cui è necessario applicare politiche “sanitarie” di regolazione.

### 3. Narrare i vissuti

Non diversamente da quanto accade nell’ambito dei processi generativi, l’artificio accompagna anche il morire, dal momento che la fine della vita umana si accompagna a un sempre più ampio ricorso a tecnologie della sopravvivenza, che servono a dilazionare l’irreversibile surrogando funzioni non più garantite dal corpo del morente. E anche in questo campo il rifiuto di considerare il proprio corpo come una semplice “macchina” manipolabile dal terapeuta si è tradotto in forme di resistenza sempre più diffuse, nonostante variazioni e diversità a seconda dei diversi contesti culturali, nei confronti di un modello terapeutico improntato a una totale medicalizzazione della vita. E che si è manifestato attraverso tappe successive, dalla opposizione all’“accanimento terapeutico”, inizialmente considerato una regola deontologica per il medico piuttosto che la manifestazione di un diritto del paziente, alla regola del consenso informato, dalla introduzione del

principio di proporzionalità tra intervento terapeutico, beneficio del paziente e qualità della vita sino alle “direttive anticipate” o ai “testamenti biologici o di vita”. Anche in questo campo, l’onnipotenza del medico sembra arretrare dinanzi alle scelte di chi intende evitare che il proprio corpo si trasformi nell’appendice o nel prolungamento incosciente di macchine per la rianimazione (o per l’alimentazione, l’idratazione, la respirazione), così riconoscendo a soggetti esterni il potere di impadronirsi del suo destino. Ma anche in questa situazione di confine, nella quale le regole del morire sembrano fare da contraltare al loro opposto, ossia alle regole del vivere, l’onnipotenza terapeutica si trasforma in una forma di onnipervasività medica esercitata discorsivamente.

I modi in cui si ritiene che alla persona non possa essere imposta la rinuncia al pieno possesso di sé e del proprio corpo possono essere diversi, dalle terapie del dolore alle cure palliative sino a un programma di suicidio assistito strettamente regolamentato. Per quanto, nell’area del morire, i sostenitori delle cure palliative e i promotori dell’eutanasia attiva volontaria tendano a perseguire una logica avversariale di contrapposizione reciproca che oppone il “lasciar morire” all’“aiutare a morire”, anche in questo caso si delinea con estrema chiarezza la tendenza a farsi carico, per quanto a diverso titolo e assecondando una prospettiva i cui esiti sono nettamente differenziati, della parola del paziente. Per i sostenitori dell’eutanasia volontaria attiva si tratta di proiettare nel futuro le disposizioni volte a esercitare una forma di controllo sul contenimento della sofferenza alla fine della vita, al fine di respingere interventi medici che potrebbero servire soltanto a prolungare l’agonia e di proteggersi da pratiche mediche che potrebbero tradursi in una ulteriore aggressione nei confronti di vittime indifese. Per i sostenitori delle cure palliative, destinate sin dall’origine a opporsi all’idea stessa di “buona morte” – sia perché disporre della propria esistenza non equivarrebbe a disporre di se stessi, visto che con il suicidio verrebbe meno proprio questa disponibilità, sia per contrastare il rischio che dei pazienti vulnerabili vengano indotti a cercare prematuramente la morte o persino uccisi senza avere espresso in alcun modo il loro desiderio di

morire –, si tratta piuttosto di reinterpretare il significato stesso della fine della vita, “il non senso della morte”. Porre l’accento sui diritti e sull’autodeterminazione rappresenterebbe una forma di rimozione nei confronti delle domande di significato: di fronte alla sofferenza e alla malattia terminale il bisogno fondamentale del paziente non sarebbe quello di controllare in prima persona i processi decisionali, ma di trovare un senso nella malattia e nella morte. Il paziente viene perciò invitato a ripercorrere le tappe considerate necessarie per rispondere alla richiesta di senso connessa alla sofferenza e per giungere a una “morte pacifica”, privata cioè dell’angoscia associata all’isolamento del morente, alla sua perdita di umanità e di dignità. Ispirandosi alla preoccupazione di “prendersi cura” non solo dell’organo o della parte malata, le cure palliative si pongono perciò l’obiettivo di accompagnare il malato terminale verso l’esito inevitabile, alleviandone sia la sofferenza fisica grazie all’impiego di antalgici, sia la sofferenza psichica imputabile a fenomeni di depressione o ansia non diagnosticate, il malessere psicologico nei familiari e la stanchezza o il malessere morale non riconosciuti negli operatori sanitari. Come peraltro anche nel caso dell’eutanasia volontaria attiva, è previsto un tempo di latenza, in modo da permettere una maturazione graduale e progressiva delle proprie convinzioni: al rinnovo periodico della richiesta scritta di eutanasia corrisponde una lenta riforma interiore che, una volta alleviato il “dolore” inteso come componente fisica dell’uomo, dovrebbe portare il paziente a comprendere quella richiesta di senso connessa alla “sofferenza” nella sua specificità che può sussistere anche indipendentemente dal dolore.

L’essenziale, in entrambi i casi, è che la malattia possa acquisire una dimensione “narrativa” che sia espressione coerente della vita biografica: il malato terminale viene messo in condizione di vivere in maniera dignitosa la propria morte solo quando essa rappresenta l’atto conclusivo di una vita dotata di un’intenzionalità non frammentaria, espressione coerente di una storia personale individuante in cui traspaia il senso che ciascuno attribuisce a se stesso e alla propria esistenza. In questo senso, le direttive

anticipate o le carte di autodeterminazione del malato si configurano come un'applicazione delle "ultime volontà" alle circostanze di fine vita, il che spiega la loro riqualificazione sotto forma di "testamento di vita". Allo stesso modo, i malati terminali che si avvalgono delle cure palliative, pur beneficiando di una elevata qualità di assistenza medica e psicologica, vengono sollecitati a ritrovare senso e significato non nel dolore, che viene trattato come una malattia che si può e si deve combattere e non come un mero sintomo, ma in quella "richiesta di senso" discorsivo che riposa sull'unità della persona e che verrebbe contraddetta dalla decisione di porre fine all'esistenza come se si trattasse di "staccarsi" dal proprio corpo. Al personale impegnato nella erogazione delle cure palliative sembra così assegnato un ruolo funzionalmente simmetrico a quello conferito al personale incaricato di ascoltare la voce delle donne che chiedono di attuare una interruzione volontaria di gravidanza o delle coppie che intendono avvalersi delle tecniche della riproduzione medicalmente assistita: si tratta pur sempre di promuovere una qualche forma di verbalizzazione e di far emergere la scelta finale che, si presume, dovrebbe ragionevolmente prevalere. La lotta della medicina palliativa contro il dolore, l'angoscia e l'avvilimento che molti temono di sperimentare alla fine della vita considerandoli come un destino peggiore della morte stessa e che contribuisce a rafforzare il diritto dei pazienti di usufruire di una forma compassionevole e rispettosa di assistenza, sembra perciò configurarsi come una sorta di contropartita necessaria a questa esigenza di produzione biografica, tanto più che la prospettiva di dover morire in un ambiente estraneo e impersonale sopportando prolungate e (talvolta) inutili sofferenze tende a spegnere qualsiasi impulso discorsivo.

In un caso e nell'altro, si è in presenza di una forma di medicalizzazione che consente di dare rilievo alla percezione che ciascuno ha di sé anche in circostanze estreme a condizione di produrre del materiale rispondente a regole discorsive aderenti a diverse strutture della temporalità: ispirate a un modello di sistematicità discontinue quando assume la forma istantanea di una dichiara-

zione ripetuta a scadenze periodiche, come nel caso dell'eutanasia volontaria attiva, oppure a una sorta di logofilia quando aderisce a un modello di narrazione la cui durata si prolunga (o si trascina) sino alla fine, come nel caso delle cure palliative. Comunque sia, non si tratta di una sorveglianza basata sulla richiesta di criteri espliciti suscettibili di sollevare pretese criticabili di verità per i loro asserti. Si tratta, piuttosto, di fare in modo che la sofferenza, presente o futura, non rimanga ancorata allo spessore materiale dei corpi senza essere trasformata nella rappresentazione dei soggetti e senza dare luogo alla testimonianza di una vita biografica il cui vaglio di legittimità dovrebbe spettare, in linea di principio, agli specialisti del corpo e della salute (fisica e psichica). Se, nella sua versione minimale, ciò assume il profilo di una richiesta prevalentemente formale destinata a permettere il rilascio della prestazione, nella sua versione più intrusiva si presenta come una ingiunzione volta a sollecitare un racconto legittimo intorno al rapporto del paziente con il proprio corpo cercando sostegno nell'unità indivisa della sua esistenza. L'orizzonte biopolitico, tuttavia, non muta: si tratta sempre e comunque di ascrivere a determinate pratiche una motivazione elaborata discorsivamente. Il soggetto responsabile non si identifica unicamente con il suo organismo, ma anche con la sua storia personale, che impronta il suo comportamento, le sue motivazioni e le sue capacità.

#### **4. Contropartite**

Ora, la restituzione della voce o della parola a quanti sperimentano sofferenze oppure speranze di vita non avviene senza contropartite. Il soggetto a cui si chiede di rappresentarsi discorsivamente enunciando i lineamenti della propria biografia è in realtà un soggetto irrealistico, sradicato da tutte le persone cui è legato da una relazione di cura, avulso dalla rete di relazioni in cui è inserito, dalla dipendenza da altri e dall'appartenenza a una famiglia o a un gruppo. Quando, per esempio, la donna partecipa all'incontro previsto per poter procedere all'interruzione volontaria della gravidanza, la presenza del partner non è necessaria. La coppia riappare unicamente nel dispositivo concernente la "pro-

creazione medicalmente assistita”. Si tratta di una dimostrazione ulteriore di come i processi di medicalizzazione siano capaci di farsi carico delle necessità di cura incrociandosi “produttivamente” con i bisogni e i desideri dei singoli individui autonomi. Non appena questi processi siano subentrati all’impianto generalizzante e astraeante del diritto, il corpo non è più solo individualizzato, ma diviene anche sessuato. L’evoluzione del controllo della riproduzione, che si sovrappone in larga misura alla sua medicalizzazione, coincide con il passaggio dal controllo procreativo centrato sul maschile (coito interrotto, astinenza, preservativo) a un controllo procreativo orientato al femminile (contraccettivi femminili, aborto e pillola del giorno dopo). L’incremento – sorvegliato, controllato e vigilato dai biopoteri – del potere sociale delle donne sui processi della riproduzione, converge oltretutto con un contesto che concede ulteriori margini di credito a modalità di regolazione delle condotte ormai consolidate, sia dal punto di vista sociale che dal punto di vista normativo: ossia a forme di autocontrollo del proprio corpo che delegano all’individuo più direttamente coinvolto la “cura di sé”.

Il cerchio sembra chiudersi: quando a essere in gioco è il corpo procreatore o il corpo morente è l’individuo, caratterizzato dalla sua grana biografica e non solo dalla sua dimensione genericamente biologica, a divenire il punto di applicazione del sapere-potere medico. La rivendicazione delle libertà in ordine al proprio corpo viene così a saldarsi, certo non senza contraddizioni, ambiguità e resistenze, con un mutamento di vasta portata che investe la stessa semantica della natura umana, in senso sia materiale che simbolico, e che si rivela capace di “produrre, ispirare e accrescere le libertà, introducendo un sovrappiù di libertà mediante un sovrappiù di controllo e di intervento”.<sup>4</sup> Un mutamento che rende il potere relativamente indifferente nei confronti delle condotte individuali, a condizione però che queste si traducano in richieste responsabili sulle quali sia possibile innestare un’“al-

4. M. Foucault, *Nascita della biopolitica. Corso al Collège de France (1978-1979)* (2004), Feltrinelli, Milano 2005, p. 69.

leanza terapeutica”. Ciò sembrerebbe avere modificato in misura sensibile le procedure di amministrazione del vivente: da un potere sostanzialmente automatico e a posteriori, che fa perno sul personale sanitario e sui pazienti, si sarebbe passati a un potere che pretende di esercitarsi soprattutto a priori, attraverso il controllo delle motivazioni e delle relative giustificazioni discorsive.

In realtà le cose appaiono più complicate, nel senso che i dispositivi attualmente vigenti sembrano poggiare su un equilibrio abbastanza instabile. Anzitutto, le procedure discorsive sembrano configurarsi (anche) come sistemi complessi di restrizione da opporre alla liberalizzazione delle pratiche. È sufficiente ripercorrere la genesi delle leggi sulla interruzione di gravidanza e sulla “procreazione” assistita per rilevare come l’inquadramento sottile del desiderio perseguito attraverso la parola serva (almeno in parte) ad assolvere ai medesimi requisiti funzionali demandati a suo tempo al diritto. Nella normativa italiana, per esempio, anche a prescindere dall’obiezione di coscienza e dalla speciale disciplina per le minorenni, la previsione di un itinerario di colloqui e attese, correlati tra l’altro a una enunciazione di principi quanto meno ambigua,<sup>5</sup> assumeva (almeno nelle intenzioni del legislatore) un profilo doppiamente dissuasivo, sia perché invitava le donne ad astenersi dall’aborto come “mezzo per il controllo delle nascite”, sia perché attribuiva all’informazione contraccettiva la funzione di evitare ogni recidiva. Anche le accuse ricorrenti di malfunzionamento rivolte ai consultori familiari, di cui si continua a sottolineare l’insufficiente funzione preventiva, militano nello stesso senso, quello cioè di convertire il colloquio in un mezzo vero e proprio di assistenza psicologica orientata a una strategia di controllo preventivo.

Nel complesso, l’amministrazione della nascita (e, in prospet-

5. All’art. 1, la legge recita: “Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio. L’interruzione volontaria della gravidanza, di cui alla presente legge, non è mezzo per il controllo delle nascite. Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell’ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che lo aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite”.

tiva, della morte) oscilla costantemente tra l'appello all'interdetto e il richiamo alla ragione o alla ragionevolezza degli interessati. La minaccia delle sanzioni penali non è infatti scomparsa, sebbene riguardi piuttosto eventuali terzi piuttosto che i soggetti direttamente coinvolti. Così accade per l'attuale regime giuridico che riguarda l'eutanasia, tuttora punibile come omicidio,<sup>6</sup> e per l'interruzione volontaria di gravidanza quando venga praticata da figure non autorizzate dalla legge o al di fuori delle strutture sanitarie previste dalla normativa. Il fenomeno più sorprendente, a questo proposito, consiste nell'intreccio tra l'incombere, in via teorica, della sanzione penale, e il monopolio pratico che la figura del medico continua a esercitare sulla regolazione di queste condotte. A un arsenale penale che circonda la normalizzazione di queste pratiche si accompagna la sua sostanziale inapplicabilità. Diversamente dal regime disciplinare, l'onnipresenza del poteresapere medico si esercita dandosi un profilo di oblatività, promuovendo la costruzione di un corpo medicalizzato non più separabile dalle tecnologie mediche e dalle formazioni discorsive che ridefiniscono le condizioni della sua rappresentabilità. Un corpo che lascia trasparire soggettivazioni biopolitiche di desiderio incorporando i bisogni e le aspirazioni rivendicate e costruite dal basso per trasformarle in nuovi punti di applicazione degli investimenti biopolitici.

Gli effetti di rottura inerenti a questo dispositivo andrebbero dunque relativizzati. Senza escludere la loro portata emancipativa riguardo alla libertà di disporre del proprio corpo, le tecnostutture a cui ci si appella per decidere lo statuto e i limiti della vita e della morte sono chiamate a esercitare una funzione norma-

6. Tra l'altro, nel nostro ordinamento, dando luogo a effetti paradossali: se il caso dell'omicidio del consenziente (art. 579 c.p.) costituisce una fattispecie meno grave di omicidio, sebbene punibile con una sanzione che può arrivare sino a quindici anni di reclusione, l'omicidio *pietatis causa* commesso senza il consenso del paziente, se da un lato può risultare attenuato per effetto del rilievo che l'art. 62 n. 1 c.p. riconosce ai motivi di particolare valore morale e sociale, dall'altro può essere aggravato dalla premeditazione (art. 576, comma 1, e art. 577, comma 1, n. 3, c.p.). La sanzione, in questo caso, può arrivare sino all'ergastolo, di cui è passibile anche un ascendente o un discendente del soggetto passivo che partecipi all'azione anche solo a titolo di concorso morale (artt. 576 e 577, comma 1, nn. 1 e 2, c.p.).

lizzatrice che si spinge sino a investire l'autopercezione del proprio corpo da parte degli individui. Basti pensare al campo concernente la sfera della generatività. Secondo un filone rilevante del pensiero femminista, la medicalizzazione della gravidanza ha trasformato un'esperienza intima e personale, che si esprimeva attraverso comunicazioni correlate a percezioni di tipo tattile e a cui era estranea l'idea di stare portando a termine lo sviluppo di un "feto", in un luogo pubblico aperto a molteplici tentativi di intervento normalizzatore.<sup>7</sup> Ciò a cui si assiste sembra piuttosto il dispiegarsi di un reticolo di saperi, istituzioni e controlli che variano senza posa e in cui si incastrano, in forma talvolta sommaria e spesso ambivalente e contraddittoria, i diversi dispositivi di controllo lungo un *continuum* di procedure normalizzatrici.

Almeno per ciò che concerne l'amministrazione del corpo procreatore e del corpo morente, sembra comunque evidente che le tecniche disciplinari centralizzate siano state ridimensionate in favore di controlli diffusi, più capillari e dispersi e soprattutto capaci di venire incontro alle istanze soggettive di chi dovrà poi cooperare in vista della loro applicazione. Anzitutto, l'esaurirsi delle forme moderne di assoggettamento sembra confermato dalla tendenza a evitare modelli legislativi volti a regolare analiticamente queste materie e destinati a scontrarsi con i continui progressi della ricerca biomedica e con il pluralismo dei modelli sociali. È come se la *law in action* resa necessaria dal sovrapporsi tra innovazioni tecnologiche e mutamenti culturali rendesse necessario il ricorso alla *law in books*, e all'apparato sanzionatorio che le è proprio, soltanto in casi estremi ed eccezionali. In circostanze "ordinarie", il concreto esercizio del controllo e delle pratiche di vigilanza viene delegato al personale sanitario, il solo in grado di valutare caso per caso e di instaurare con gli individui un rapporto di tipo collaborativo. Inoltre, i provvedimenti legislativi attribuiscono ai medici il compito di raccogliere la parola del paziente, di comprendere, nei limiti del possibile, il senso nasco-

7. B. Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita* (1991), Bollati Boringhieri, Torino 1994.

sto che l'attraversa, di articolarla sulla sua esperienza personale, di inquadrarla nella continuità della sua biografia, ma non di combatterla. Al limite, non resta loro che farsi da parte, avvalendosi dell'istituto dell'obiezione di coscienza oppure demandando ad altri l'attuazione della prestazione richiesta. Ciò nonostante, è a essi che viene affidato il compito di accertare, come previsto dal legislatore, che vi siano compatibilità, coerenza e conformità biografica tra il dettato di legge e l'accesso alla prestazione, verificando per esempio che la richiesta di procreazione medicalmente assistita venga fatta da "coppie di maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi". Non si tratta di esercitare una forma di paternalismo onnipotente ormai superato, ma di erogare una prestazione che non sia indipendente dalle autorizzazioni pubbliche al suo impiego e che permetta a chiunque rispetti i requisiti minimali previsti di accedervi, a condizione di rivolgersi unicamente a un ceto professionale riconosciuto.

### **5. Controllo e autocontrollo**

Ciò che pertanto sembra delinearci in questo campo è qualcosa che ha sempre più il profilo di un governo praticato attraverso un sistematico intreccio e continue sovrapposizioni tra procedure di controllo e forme di autocontrollo. Anzitutto controllo del tempo, un tempo di latenza presente ovunque l'urgenza del desiderio lasci trasparire l'esistenza di pressioni emotive incontrollate o di dinamiche affettive che è opportuno devitalizzare. Un tempo destinato a sciogliere un groviglio altrimenti incontrollato di disperazione e di speranza e a favorire il presentarsi di elementi di riflessività destinati, eventualmente, a trasformarsi in fattori di dissuasione, si tratti di porre termine a una gravidanza che si teme possa concludersi con la nascita di un bambino gravato da handicap, di ottenere tardivamente un bambino malgrado una sterilità più o meno accertata, oppure di porre fine a inutili sofferenze in circostanze che associano al degradarsi delle condizioni di vita situazioni estremamente dolorose a cui non si può dare sollievo farmaceutico. In tutti i casi, è alle istituzioni mediche che viene

demandato il compito di regolare questo flusso temporale, di inserire una pausa, una sospensione o un intervallo al fine di introdurre alcuni tratti di controllo razionale. In secondo luogo, controllo dei flussi di discorsività, come traspare dalle ricorrenti esortazioni a creare centri di ascolto, di informazione e di consultazione nei quali dispensare conoscenze e consigli. Tempo, riflessività e discorso costituiscono altrettante espressioni di quelle pratiche biopolitiche di medicalizzazione che segnalano la crescente immissione dei poteri pubblici nella relazione privata dell'individuo con il suo corpo fisico.

Al controllo si accompagna l'autocontrollo esercitato direttamente dall'individuo, specie quando è sessuato al femminile, e secondo differenti modalità di articolazione. Per cominciare, il soggetto responsabile è tenuto a osservare un tempo di riflessione, da interporre tra il desiderio e la sua realizzazione così da scoraggiare scelte premature, decisioni intempestive o conclusioni affrettate. Inoltre, è invitato a motivare le sue preferenze, non tanto per offrire ragioni circostanziate, quanto per dimostrarsi capace di plasmare le sue scelte in base a una procedura autogiustificativa che potrebbe trasformarsi, in caso di necessità, in una pratica discorsiva suscettibile di giustificare uno scarto troppo sensibile tra aspirazione e norma – come nel caso di una richiesta di interruzione di gravidanza “fuori tempo”. Non si tratta di fornire un resoconto argomentato, ma di sollecitare, promuovere e favorire la capacità dell'individuo di restituire una immagine di sé ritagliata sull'ipotetico profilo di un attore razionale in pieno possesso delle proprie capacità deliberative. Individuo che si vede, infine, incitato a “simbolizzare” narrativamente il proprio rapporto con il corpo e con il proprio immaginario corporeo, ad amministrare attraverso la parola il rapporto che intrattiene con le proprie aspirazioni, desideri e motivazioni. Accanto all'autocontrollo da parte dell'individuo vi è l'autocontrollo del medico, il quale è tenuto a rispettare le scelte autonome dei cittadini e dei pazienti che intendono avvalersi delle risorse tecniche della medicina per elaborare il proprio autonomo stile di vita. Anche il medico, tenuto a rispettare i sistemi di preferenza entro il quale

vengono organizzate le forme del nascere (o non nascere) e del riprodursi, è tenuto a partecipare a un regime discorsivo volto a informare, spiegare e simbolizzare adducendo ragioni e motivazioni intorno alle scelte relative al corpo. Non può né agire (né omettere di agire) per il bene di una persona senza il suo assenso e deve (almeno tendenzialmente) rinunciare alle sue ormai irricevibili condotte paternalistiche.

Ora, il fatto che il medico sia chiamato a presidiare l'ambito della vita individuale nei suoi momenti critici dipende certo dai compiti "istituzionali" demandati alla medicina, e cioè diagnosticare e guarire malattie, infermità, alterazioni, impedimenti e malformazioni imputabili a matrici causali di tipo fisiologico o anatomico. Ma la pervasività dei processi di medicalizzazione dipende altresì da una politica generale della vita che interviene sull'organismo e sui processi biologici per venire incontro alle richieste, ai bisogni e ai desideri dei soggetti in nome di una concezione della salute che incide sul concetto stesso di "malattia". Così come, per esempio, la nozione di "malattia" può estendersi sino a coincidere con un desiderio di genitorialità non soddisfatto, allo stesso modo le particolari sofferenze "psichiche" che attualmente permettono l'interruzione volontaria di gravidanza potrebbero, in prospettiva, servire a legittimare l'eutanasia. Ne sono testimonianza le difficoltà che si incontrano quando si cerca di mantenere una parte non trascurabile di queste pratiche nell'orizzonte dei fenomeni da includere nel campo di pertinenza "medica" o "terapeutica". In questi contesti non si tratta soltanto di promuovere le necessarie risposte difensive e compensative a malattie, infermità o anomalie a scopi autoconservativi, ma di rispondere alle dinamiche apparentemente spontanee e autonome di autovalorizzazione e di soggettivazione sia a livello individuale sia a livello collettivo. La biopolitica del corpo e del desiderio trasforma una malattia, un'alterazione o un'invalidità in altrettanti impedimenti a conseguire uno stato atteso e a realizzare il proprio capitale umano. Può trattarsi, di volta in volta, della soglia di tolleranza nei confronti della capacità di sopportare "circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la mater-

nità comporterebbero un serio pericolo per la salute fisica o psichica della donna” (interruzione volontaria di gravidanza) oppure “accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro” (interruzione medica di gravidanza), di una “sterilità” per quanto (entro certi limiti) tardiva (“procreazione medicalmente assistita) o, ancora, di una morte che “tarda” a sopraggiungere (eutanasia o cure palliative).

In altri termini, le politiche sanitarie che promuovono le nuove pratiche e i nuovi regimi discorsivi della medicalizzazione devono farsi carico di una domanda di salute che investe sfere dell’esistenza in precedenza confinate nel privato, come le variazioni della fertilità o della vitalità correlate alle diverse fasi della vita e degli individui, e che vertono direttamente sul disagio o sulla sofferenza legati alla incapacità di dominare queste variazioni. Ne deriva una continua ridefinizione, che avviene sotto stretto controllo medico, di ciò che è “normale” e di ciò che è “patologico”. Invece di essere intesa, come suggeriva Canguilhem, semplicemente come “uno squilibrio non padroneggiato” dal paziente, la malattia, quando riguarda situazioni legate all’infertilità o alla fine della vita in circostanze inutilmente dolorose, tende a essere progressivamente associata alle variazioni delle caratteristiche somatiche e fisiologiche che si producono nel tempo e tra i differenti individui. A essere investiti sono fenomeni come la distribuzione della fertilità, della potenza sessuale, della resistenza fisica alla malattia, in breve, della vitalità organica correlata alle diverse tappe ed età dell’esistenza individuale, soprattutto nei suoi momenti critici. Si tratta di una tendenza sempre più diffusa e generalizzata, che ha trasformato il paziente potenziale in colui che con attenzione e diligenza controlla la propria salute e che coincide con una “medicina della sorveglianza” che riposa, in larga misura, proprio sulla crescente disponibilità degli individui a sorvegliare se stessi. Il controllo individuale sui dati e sui prodotti corporei sembra infatti configurarsi come una delle pratiche più rilevanti per gli sviluppi dell’individuazione, che va perseguita attraverso il governo razionalizzato di sé e del proprio destino biologico. Mentre però in origine questo processo di bioindividua-

zione tendeva a esprimersi attraverso condotte estranee o contrarie a ogni intervento pubblico o statale affidandosi a pratiche autonome e clandestine, ora si presenta come una forma di rivendicazione nei confronti dello Stato o dei suoi apparati socio-sanitari che accetta di sottomettersi ai molteplici regimi di discorsività previsti dalle diverse istituzioni mediche e sanitarie. È come se lo Stato avesse progressivamente delegato all'“alleanza terapeutica” tra medico e paziente ogni decisione relativa al diritto di “far vivere” o meno (riproduzione assistita), di “lasciar vivere” o meno (interruzione di gravidanza) e di “lasciar morire” (accanimento terapeutico), e persino, quando e dove le normative lo consentono, di “far morire” (eutanasia).<sup>8</sup> Quasi che la presa in carico della vita da parte del potere descritta da Foucault facesse perno su una sorta di “soggettivazione medicalmente assistita” che, avvalendosi di una vera e propria ideologia della salute, demanda il controllo sull'oggetto, l'individuo nel suo spessore corporeo, a forme di autocontrollo sorvegliato aderenti al piano di immanenza di una natura soggettiva esperita come fonte di un inedito “poter fare” e le cui circostanze esteriori non sono più rilevanti soltanto come limitazioni, ma anche come opportunità.

8. D. Memmi, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, La Découverte, Paris 2003, p. 292.

## Morire da soli. La medicalizzazione come supplemento di cura

**RAOUL KIRCHMAYR**

*Ma la cosa più straziante è sempre la normalità,  
il constatare ancora una volta  
che la realtà della morte schiaccia ogni cosa.<sup>1</sup>*

### 1. Dignità del morire?

A cavallo tra la fine del XX secolo e l'inizio del XXI, nelle società occidentali post-industriali, tecnologicamente avanzate e mediatizzate, i processi di medicalizzazione sembrano avere progressivamente acquisito una portata che va al di là di strategie di controllo e monitoraggio del corpo sociale, occupando tecnicamente zone delicate dell'esperienza, individuale e sociale, quali la nascita e la morte. Tanto i successi empirici della medicalizzazione quanto la cura e il trattamento medico-infermieristico dei morienti hanno aperto alla filosofia il campo problematico della bioetica, come se entrambi fossero aspetti di un unico terreno di indagine. Tarda così a farsi luce una autonoma etica del morire, una *tanatoetica*, con i suoi necessari addentellati politici (una *tanatopolitica*), che inizi a riflettere specificamente sulla trasformazione dell'esperienza del morire da parte del singolo alla luce di una "buona morte".<sup>2</sup>

Infatti, l'esperienza dell'*exitus* è (o sta per essere) pressoché

1. Ph. Roth, *Everyman* (2006), Einaudi, Torino 2008<sup>2</sup>, p. 14.

2. Dell'urgenza di una riflessione critica sull'emergere della posta in gioco tanatopolitica può essere preso a esempio il quadro schizzato con brevi tratti dal medico inglese Iona Heath in *Modi di morire* (2007, Bollati Boringhieri, Torino 2008), testo in cui l'autrice ricerca proprio quella dimensione di senso che la sua esperienza professionale della morte ha sfrangiato e messo in discussione. Se affermazioni come "una morte 'medica' finisce per essere trunca quasi quanto una morte violenta" (ivi, p. 44) possono essere prese come indice di una riflessione necessaria, è quanto meno dubbio che si possa avanzare affastellando impressionisticamente citazioni letterarie ed esperienze dirette, testimonianze e scampoli di "saggezza filosofica".

interamente demandata a competenze tecniche mediche, e ciò chiama in causa alla radice il rapporto del singolo con la *propria* morte. Di fronte a questo scenario,<sup>3</sup> a mio giudizio gli interrogativi più urgenti investono le trasformazioni cui è stata sottoposta quella che Heidegger chiama la “proprietà” del morire, il suo essere-mio per ciascun vivente in quanto mortale, poiché la tecnica si è interposta in modo sempre più massiccio ed esteso tra il soggetto (medicalizzato, oggetto di cura) e quella proprietà singolare che è l’insostituibilità del morire.

Parto dal presupposto che per l’animale umano non vi sia alcuna presunta morte “naturale”, ma che l’evento del morire sia sempre codificato in molteplici forme di sapere tra le quali quello tecnico, come la medicina, è diventato preponderante. La secolarizzazione, che caratterizza i percorsi della modernità occidentale, ha di fatto sostituito la cura del corpo del malato alla sua presa in carico “spirituale”, per esempio da parte della religione o di forme analoghe di “cura dell’anima”. Benché non sia agevole sottrarre la domanda sulla “proprietà” del morire alle retoriche dell’origine e alle mitologie del “naturale”, con la tensione a recuperare una dimensione per così dire “più umana” del morire, a mio avviso non si può partire che dalle crudeltà del nostro presente, sovente rimosse: sempre più si muore in ospizio o in ospedale, e sempre più *si muore da soli*. La condizione dell’*abbandono* richiede finalmente di essere pensata come una sorte condivisa nella solitudine, il cui accadimento ogni volta singolare porta alla luce la trasformazione profonda di questa esperienza. Sembra questa, dunque, la nostra condizione “normale”, quella in cui avviene l’evento pudicamente chiamato *exitus*.

“Morire da soli”: il sintagma che ho scelto come titolo è pertanto più un’indicazione problematica che l’inizio di un’argo-

3. Scenario che è sfaccettato, plurale e contraddittorio quanto alle cure mediche, al loro accesso, al problema spinoso della salvaguardia del diritto alla salute ecc., cioè in relazione a tutte quelle questioni che rientrano in una domanda di tipo giuridico-politico e che complicano alquanto la concezione del diritto di cittadinanza nel contesto degli Stati-nazione. Tali domande, non secondarie per importanza, rimarranno necessariamente sullo sfondo delle righe che seguono.

mentazione. Difficile da fissare, esso pare soggetto a una oscillazione tra due poli non necessariamente antitetici. Da un lato, il sintagma potrebbe descrivere quella “normalità” che consiste nel peso dell’evento del morire, come dice Roth, un evento che riguarda ciascuno in quanto mortale. Da questo punto di vista, tutti i mortali muoiono, sono destinati alla morte, e tale “normalità” del morire porta con sé l’unicità della morte per ciascuno. Dall’altro lato, il “morire da soli” vorrebbe indicare quella che si sta profilando come una nuova configurazione della nostra esperienza, quando la vita (e *con ciò* la morte) viene consegnata alla perizia del sapere medico, ben prima dello stesso evento, secondo una necessità di cura medica che incontra un sempre rinnovato desiderio di *salus*, di salute ma anche, forse, di salvezza.

Così, nel nuovo panorama della medicalizzazione, non si tratta più di assumere il proprio “essere per la morte”, per impiegare il linguaggio di Heidegger, ma di non poterlo assumere se non attraverso le griglie di un sapere fattosi istituzione in linguaggi, pratiche, tecniche, fino all’organizzazione di spazi, tempi, corpi ecc. in cui l’evento del morire ha luogo: paradossalmente, il morire ha luogo nel massimo della socialità, ma nel minimo del rapporto con l’altro, dal momento che all’anonimato del sapere medico è demandata la cura del morente. Occorre partire da qui, credo, dal tramonto della dimensione del “morire-con” intrecciata all’“essere-con”, per poter osservare l’imporsi massiccio del *fatto* che c’è una diversa “normalità” del morire cui ci stiamo rapidamente assuefacendo e per chiedersi se ha ancora senso, in questo contesto culturale e in questo tempo, interrogarsi sulla *dignità* delle nostre morti, quando il senso del morire si presenta piuttosto come l’istanza residuale di una serie di protocolli e di procedure tecniche. È forse tale residualità che occorre appunto mettere sotto la lente della critica per vedere se è ancora possibile parlare di *dignità del morire* senza ricadere in una retorica della buona morte, cui un certo odierno discorso della filosofia non è estraneo.<sup>4</sup>

4. Dovremmo criticamente considerare l’emergere e il diffondersi di questo tipo di discorso – spesso costruito mediante filosofemi tratti da una certa *phronesis* e da una certa *ars*

Per cercare di articolare un discorso sulla possibilità di parlare ancora del morire, della dignità del morire e del suo senso, procedo per schizzi e provo a mettere in rilievo alcuni effetti prodotti sull'esperienza dai dispositivi di medicalizzazione. Per assumere un punto di riferimento filosoficamente denso, prendo in primo luogo la posizione etica elaborata da Hans Jonas in merito al "diritto di morire", discusso in alcuni interventi raccolti in *Tecnica, medicina ed etica*, opera uscita nel 1985.<sup>5</sup> Tra i primi a pensare l'urgenza di un'etica per la civiltà tecnologica, Jonas, parlando della necessità di definire i criteri etici di una prassi del principio responsabilità, chiama in causa più volte l'evento del morire. In particolare, lo fa quando si concentra sul nodo medicina-vita-morte e si chiede che cosa accade al nostro modo di rapportarci al morire quando il progresso della medicina si spinge fino al punto di mettere in discussione la concezione della medicina come "arte del guarire", dunque come *technè* guidata da una specifica finalità, quella di restituire al malato un organismo in salute.

Posto di fronte al problema della fondazione etica delle procedure mediche, Jonas stabilisce un criterio, detto della "scala discendente", che gli permette di inquadrare i singoli casi all'interno di un più ampio ordine etico, culminante nel riconoscimento e nella salvaguardia della dignità dell'uomo come *bene supremo*. Così il concetto kantiano di dignità (*Würdigkeit*) fornisce il perno attorno a cui Jonas fa ruotare il mutato rapporto tra la medicina e il paziente. Se il progressivo potenziarsi della tecnica – con la sua forza di intervento sul corpo organico dell'uomo e, conseguentemente, di guarigione – sbilancia il rapporto verso un predominio della tecnica stessa sull'uomo, viene rivendicata invece la centralità del soggetto libero e capace di decisione autonoma.

— nient'altro che il sintomo di un perdere di mira, da parte della filosofia, la cosa stessa. La filosofia pare assumersi qui il compito retorico di un *lenitivo* di fronte alla morte vista come *patologia* nel mondo contemporaneo. La filosofia così svolge la funzione analoga a quella di una *cura palliativa* davanti alla dura necessità della morte.

5. H. Jonas, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità* (1985), Einaudi, Torino 1997. Le riflessioni seguenti su Jonas riprendono alcuni punti che ho trattato nel mio contributo sull'etica della responsabilità al Convegno annuale IPASVI di Udine, tenutosi il 21 settembre 2006.

Ecco perché non c'è medicina che non si fondi sul rapporto diretto e personale tra medico e paziente, un rapporto fondato a suo giudizio sulla trasparenza della comunicazione, sull'empatia e sulla fiducia, secondo un paradigma di tipo dialogico.<sup>6</sup> Si tratta, cioè, di pensare il rapporto tra il potere della tecnica medica, *per definizione e per finalità etica*, come subordinato all'essenziale autonomia del paziente. Questi si presenta dunque come l'autentico soggetto etico poiché da una parte è oggetto di cure mediche (come corpo) e dall'altra parte gli è riconosciuto il primato di decidere di sé, cioè della propria vita e del proprio corpo, in quanto l'istituzione *non deve* contrapporre alcuna istanza alla libera volontà del paziente, la cui sfera esula per principio e *ab origine* dal potere di intervento della tecnica.

In Jonas il criterio della scala discendente ha lo scopo di salvaguardare la dignità dell'uomo, in primo luogo quella dei soggetti deboli e vulnerabili, ma può essere applicato anche nel caso del diritto alla morte. Se si accetta la definizione di morte come morte cerebrale,<sup>7</sup> il criterio rifiuta per esempio che si possa prolungare artificialmente la vita di pazienti dichiarati morti, con lo scopo di poter disporre del loro corpo come banca di organi da tra-

6. Ciò non toglie che in alcuni casi specifici Jonas ammetta la necessità, da parte del medico, di tacere al paziente informazioni essenziali (ovvero di comunicarle a terzi, come i familiari, per esempio) qualora esse possano pregiudicare il percorso terapeutico e dunque il senso della cura. Bisognerebbe però analizzare la logica che dal punto di vista di Jonas garantisce eticamente la bontà di queste eccezioni. Sulla base di quale argomentazione si può affermare che esse non gettino un'altra luce su ciò che dovrebbe essere la "normalità"? Come stabilizzare, in altri termini, le costitutive ambiguità e oscillazioni del rapporto medico-paziente all'interno di una deontologia, quando esso si basa sempre (e per definizione) su un rapporto duale? E ancora: come non assumere il problema della verità e del "dire la verità", tanto dalla parte del medico quanto da quella del paziente, all'interno di un "gioco" linguistico in cui ne va della salute e della vita? Questo tipo di domande, con le conseguenti problematizzazioni, paiono estranee all'impostazione etica di Jonas. Cfr. anche H.-G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute* (1993), Raffaello Cortina, Milano 1994, specie le pp. 180-181.

7. Mentre scrivo – sono i primi di settembre del 2008 – la chiesa cattolica romana annuncia di non riconoscere tale criterio come sufficiente, ribadendo d'altronde una posizione già affermata. Esplicito è il richiamo alla dignità della persona umana e alla dignità del morire, così come lo è quello alla speranza e alla salvezza. Ciò che filosoficamente connota come problematica questa posizione è la pretesa di discutere (ovvero riconoscere oppure no) i criteri scientifici attraverso l'imposizione di norme discendenti da una tavola di valori etici e di verità che si stabilisce come originaria rispetto a procedure, metodi e discorsi della scienza.

pianto. La *ratio* più generale che guida Jonas è il possibile uso disinvolto dei criteri di cura che, qualora soggetti a derive utilitaristiche, rischiano di salvaguardare solo i soggetti più forti, a discapito dei pazienti più bisognosi di cure e di diritti (come i malati terminali, i pazienti cronici, quelli in stato di coma ecc.). L'aspetto cruciale per Jonas deve essere trovato nella rivendicazione del diritto di morire come diritto naturale degli esseri umani in un contesto nel quale le possibilità della medicina – combinate con il potere istituzionale degli ospedali e sostenute dalla legge – di fatto e di diritto possono (e talora tendono) a negare la scelta autonoma del soggetto.

Tuttavia, Jonas riconosce opportunamente che vi sono delle fattispecie che rendono problematica questa impostazione, così che l'affermazione della sua saldezza filosofica passa attraverso la prova di alcuni casi limite, accomunati dalla possibilità che il paziente *di fatto* – cioè a causa delle sue condizioni fisiche, del decorso della malattia ecc. – non possa decidere di sé e del proprio destino. La logica che Jonas segue nella discussione dei casi limite del *rifiuto del trattamento*,<sup>8</sup> della cura del *paziente incurabile ma cosciente nello stadio terminale*<sup>9</sup> e del *paziente in coma irreversibile*,<sup>10</sup> rivela perciò facce molto più problematiche di quelle che sarebbero potute apparire solo vent'anni or sono, dal momento che una certa linearità del rapporto etica-tecnica stabilito da Jonas risulta perturbata. Infatti, mentre Jonas ribadisce la centralità del soggetto che singolarmente decide sul proprio morire, ora la solitudine del morente si presenta come una condizione già realizzata di fatto e che di fatto nega questa autonomia etica. Le camerate dei reparti di medicina, dove i vecchi vengono la-

8. H. Jonas, *Tecnica, medicina ed etica*, cit., pp. 188-192.

9. Ivi, pp. 192-198. Jonas sottolinea in questo capitolo come, proprio a causa della sua condizione, il paziente abbia un "diritto alla verità" che di fatto viene soppresso dall'inganno. L'inganno è una componente della prassi medica, non solo per ragioni umanitarie ma anche terapeutiche. Jonas si limita allora ad affermare che l'autonomia del paziente e il suo diritto alla verità e all'informazione devono essere rispettati, a meno che egli desideri essere ingannato. "Riuscire a comprendere *questo* è una componente dell'arte del vero medico che non si impara nelle scuole di medicina" (ivi, p. 193).

10. Ivi, pp. 198-203.

sciati morire affidati all'assistenza tecnica delle cure ospedaliere, sono l'immagine inquietante della sancita separazione tra i discorsi della teoria e la forza delle pratiche. Ma anche, al tempo stesso, della loro sostanziale solidarietà che suscita la domanda di etica all'interno di istituzioni che, per il loro funzionamento tecnico, tendono sempre più a essere autonome da tavole di principi e valori.

Quando si tratta di capire dove passa la linea di demarcazione etica tra la vita e la morte come separazione tra la possibilità di continuare o di interrompere un trattamento medico, Jonas afferma *sempre* la necessità filosofica di porre come *principio* l'autodeterminazione del soggetto, il che vale anche nel caso in cui questi *per sua stessa volontà* scelga di rifiutare di essere curato. Pertanto, dato che il diritto di morire non implica il coinvolgimento di altri e può essere esercitato da lui solo, tale diritto non può essere messo in questione.<sup>11</sup> Ciò è ancora più evidente quando Jonas esamina il caso del paziente terminale – dunque del *morente* – alla luce del sacro diritto alla verità. Il diritto alla verità del paziente terminale è un diritto a sé stante, “un diritto sacro per se stesso”,<sup>12</sup> che consiste nel non negare a un morente la possibilità di entrare in rapporto con la sua fine che si avvicina. Il diritto di morire investe dunque il prendere possesso della propria morte nella sua incombenza. Se, per Jonas, solo grazie alla salvaguardia del diritto alla verità è possibile salvaguardare il diritto di morire, allora ciò che si configura è una concatenazione verità-morte-diritto alla morte, la cui matrice umanistica risulta chiara nel ricorso alla distinzione tra il lasciar-morire e l'ausilio al suicidio, che riproduce l'opposizione classica tra passività e attività, tra un patire la morte e la volontà di morire, come può accadere nel caso in cui il medico consenta al malato terminale di porre fine alla vita

11. Per converso, il problema etico sorge quando il paziente è più o meno obbligato all'assistenza fornita da altri o quando si trova allo stadio finale di una malattia incurabile, perché l'impotenza fisica costringe un altro al ruolo di complice nella scelta di morte del soggetto. È qui che entra in gioco la dimensione del “con” immanente alla condizione del “morire da soli”.

12. Ivi, p. 194.

lasciandogli a disposizione dei farmaci letali.<sup>13</sup> Null'altro che questo è una *morte dignitosa*, cioè l'effetto di una autonoma *scelta* etica del paziente. "Se egli dice 'basta' – scrive Jonas – bisogna obbedirgli; e impedimenti di natura sociale, che vi si opponessero, dovrebbero essere rimossi."<sup>14</sup> In questa prospettiva, l'avvicinare la fine può rendere sopportabile e degno di essere vissuto ciò che rimane di una vita che non può essere salvata.<sup>15</sup>

Ma è forse nel terzo caso, quello estremo del paziente in *coma irreversibile*, nel quale scompare la dimensione attiva della scelta e della decisione da parte del soggetto, che si può vedere più chiaramente lo scivolamento del discorso di Jonas verso un'idea di natura – e pertanto di un'ontologia dell'essere vivente – che si presenta come fondamento dell'istanza etica. Questo caso è di particolare interesse perché non si può parlare di diritto di morire in senso stretto: infatti ogni diritto è relativo a un titolare che all'occasione ne faccia appello, anche se non è in grado di farne uso da solo. Il diritto qui riguarda invece terzi che possono oppure no perpetuare la condizione medicalizzata del soggetto, ponendo fine al trattamento artificiale. D'altronde per Jonas non si può più chiamare vita ciò che risulta essere totalmente alla mercé della tecnica e da essa dipendente. È in questa separazione tra vita e tecnica – alla luce di un ritorno a una "morte naturale" che mi appare quanto mai problematica – che Jonas crede di trovare la via stretta da percorrere. Se infatti un corpo mantenuto in vita artificialmente e interamente dipendente dalle macchine non può

13. Per questa ragione, l'etica prima e il diritto poi non possono contemplare l'ipotesi che nel rapporto con l'istituzione medica quest'ultima faccia prevalere le proprie logiche sul paziente. Secondo Jonas, sarebbe infatti ingiusto e illogico far scontare al paziente ospedalizzato – o comunque dipendente dall'istituzione medica – la sua impotenza fisica con la perdita di un diritto. Il diritto *rimane intatto* nonostante l'impossibilità del soggetto di compiere la propria volontà. Ma è proprio questa intangibilità del diritto a essere messa in questione dalla medicalizzazione.

14. Ivi, p. 197.

15. Per Jonas l'etica della *scelta* deve comportare delle ricadute normative, sia nel senso del diritto sia in quello della deontologia professionale del medico. In questo caso, accompagnare il paziente alla morte "è moralmente giusto e dovrebbe essere considerato irreprensibile tanto dalla legge quanto dall'etica professionale" (ivi, p. 198). Questo genere di discorso etico comporta dunque una trasformazione del ruolo del medico, il quale a un certo punto "cessa di essere guaritore e diventa, per il paziente, ausilio di morte" (*ibidem*).

essere considerato un essere vivente, la conseguenza etica è che “non solo è lecito sospendere quei mezzi straordinari, ma *doveroso*, nei confronti del paziente al quale si *deve* consentire di morire; l’interruzione della conservazione artificiale non è opzionale, ma obbligatoria”.<sup>16</sup> Così, la dignità del morire coinciderebbe esattamente con la sospensione del trattamento, e qui sembra che la medicalizzazione trovi il suo limite nel riconoscimento di una naturalità del morire che la tecnica è in grado di rallentare o, all’opposto, di lasciare al suo decorso.

Tuttavia, questo potenziale essere-esposto del soggetto alle cure mediche, un soggetto preso nella sua più completa passività di mero corpo organico, dà da pensare: come non ritenere che in alcuni casi tragici di conservazione artificiale della “vita” il diritto a una morte dignitosa non si intrecci e si scontri con saperi/poteri che definiscano autonomamente il senso della cura medica e, in via secondaria, la sua eventuale sospensione? Ora, il discorso di Jonas su eutanasia, cure palliative, diritto al sapere da parte del malato ecc. muove da presupposti che avrebbero bisogno di un’ulteriore indagine (direi di un gesto decostruttivo) che riscriva il rapporto tra il soggetto e l’insieme sapere/tecnica che caratterizza la medicina contemporanea. Due mi sembrano essere i rilievi che possono essere mossi. In primo luogo, se i casi problematici si inscrivono tutti in un’etica dell’(auto)affermazione della vita, in un “sì della vita” (a maggior ragione quando si tratta dell’*exitus* del vivente),<sup>17</sup> credo che attuando uno spostamento d’accento sulla passività del malato si possa farne emergere un profilo che accompagna quello – paradigmatico in Jonas – del soggetto libero e autonomo. Il profilo è quello del malato come *figura limite* del soggetto, che permette dunque di descrivere l’individuo “in salute” come un *caso particolare* e non, piuttosto, come la norma: è riconoscendo infatti che siamo tutti malati – di fatto o in potenza – che diventa possibile pensare l’attuale condizione del soggetto come soggetto medicalizzato. Per cui dovremmo eserci-

16. Ivi, p. 202.

17. Cfr. H. Jonas, *Il principio responsabilità* (1979), Einaudi, Torino 2002, pp. 103-105.

tarci a pensare che la verità della nostra condizione, se ce n'è una, può essere ritrovata più nel paziente in stato di coma, nel malato terminale o nel vecchio ospedalizzato, che nell'immagine virtuale di un corpo che non conosce malattie. Tale mutamento di prospettiva seguirebbe inoltre le linee della configurazione storica in cui siamo collocati. In secondo luogo, centrando il proprio paradigma etico sul riconoscimento della *scelta* autonoma del soggetto, Jonas rischia di perdere di vista il nodo etico dell'essere-con e del morire-con gli altri.

Gli effetti dell'espropriazione tecnica della vita incidono infatti sull'essere-nel-mondo del malato. Si dovrebbe riconoscere quello che, con un'espressione molto problematica, mi spingerei a chiamare diritto a *morire con gli altri*, cioè alla condivisione della vita nella morte, e viceversa – ovvero alla condivisione del nostro essere mortali in vita. Senza la considerazione di questa dimensione di alterità dell'altro che abita il soggetto, il peso della decisione rischia l'astrattezza, oltre a un certo suo alleggerimento nei cieli della teoria. Rimarco qui che il problema del senso della cura non può essere scisso da un prendersi cura dell'altro, della sua vita come della sua morte. Prendersi cura dell'altro significa trovarlo in sé: è un altro modo di dire che la “cura di sé” si declina nella cura dell'altro.

## 2. Vita e/è malattia

Ho accennato alla necessità di uno spostamento, e con ciò provo a tracciare il secondo schizzo con cui sto elaborando questa ipotesi di comprensione della medicalizzazione. Con quali strumenti operare lo spostamento di prospettiva metodologica? Facciamo un passo indietro. Michel Foucault pubblica *Nascita della clinica* nel 1967, opera che precede di circa vent'anni le riflessioni di Jonas. Nel quadro progettuale di una archeologia delle scienze dell'uomo, Foucault segue l'andamento problematico del modo in cui la scienza medica ha posto il nodo salute/malattia assieme al rapporto vita/morte. In alcune brillanti pagine – in particolare quelle del capitolo nono, intitolato “L'invisibile visibile” – Foucault descrive in che modo, tra la fine del XVIII secolo e l'inizio

del XIX, si è strutturato un paradigma medico-scientifico fondato su un rapporto tra vita, morte e malattia tale da pensare la malattia come strettamente legata alla vita, e non più semplicemente opposta a essa. È il concetto di *vita patologica* il cuore di questo mutamento epistemologico, che dunque rovescia il rapporto tra vita e morte.<sup>18</sup> Infatti, se la malattia è “la forma patologica della vita”,<sup>19</sup> allora la morte deve essere vista all’opera in ogni momento della vita. Foucault stringe così il nesso tra vita e morte, mostrando come la concezione medica della malattia (che continua a essere la nostra) si istituisca *a partire* dalla considerazione della morte. Senza un pensiero della finitezza del vivente, il vivente non può essere concepito né come mortale né tanto meno come *malato*. Ma è la vita stessa, così, che assume su di sé, *in sé*, la malattia. Nella storia della medicina, da qui in avanti lo sguardo non vedrà che una vita certo in lotta per conservarsi, ma pur sempre malata. La morte ricopre dunque il ruolo di mediazione tra la vita e la malattia. Ecco come Foucault descrive la nuova configurazione del sapere medico:

Ma la morte è anche ciò contro cui la vita, nel suo quotidiano esercizio, finisce per cozzare; in essa, il vivente si risolve naturalmente: e la malattia perde il suo vecchio statuto di accidente per entrare nella dimensione interiore, costante e mobile, del rapporto della vita colla morte. *L’uomo non muore per il fatto di essersi ammalato, ma gli capita di ammalarsi proprio perché fondamentalmente può morire.* E dietro il rapporto cronologico vita-malattia-morte viene tracciata un’altra figura, anteriore e più profonda: quella che lega la vita e la morte, per liberare in sovrappiù i segni della malattia.<sup>20</sup>

Ora, è questa “altra figura”, né pura vita né morte senz’altro, ma vita-e-morte intrecciate assieme, questa figura di *la-vie-la-mort*,

18. Cfr. M. Foucault, *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico* (1967), Einaudi, Torino 1998<sup>2</sup>, p. 166.

19. *Ibidem*.

20. Ivi, p. 168, corsivo mio.

come scriverebbe Derrida, a rendere insufficiente o perlomeno parziale una riflessione di stampo solamente bioetico (e biopolitico) sul trattamento medico della vita, sulla medicalizzazione della vita.

Occorre insistere su un punto: la configurazione di sapere e di potere descritta da Foucault ha una contropartita di ordine psichico. Non si tratta infatti di riconoscere l'impatto che questo diverso sguardo medico ha sulla vita, ma anche di analizzare la solidarietà profonda tra la medicalizzazione e il *desiderio* di salute. In breve, la medicalizzazione come bio-tecno-politica ha fatto corpo unico con il fantasma di immortalità che troviamo nel nocciolo della cultura occidentale e cristiana, avendo fatto irruzione con forza nel territorio del sacro: sollecitati i discorsi che custodiscono tale territorio, essa sta dislocando in forme nuove il rapporto tra fede e sapere.

Le odierne tecnopolitiche dell'immortalità, infatti, non riguardano più soltanto la creazione di spazi e di forme dove la memoria *in quanto conservazione della vita* viene salvaguardata *ab aeterno* per il culto delle generazioni a venire (in passato il museo e il libro, ora le diverse forme di archiviazione elettronica e digitale), ma interviene direttamente sulla "nuda vita" come protesi tecnica, promessa di eterna giovinezza che perciò non avanza le proprie pretese solo sullo "spirito" ma fa presa direttamente sul corpo, l'autentico "soggetto" da conservare. Sono la gioventù del corpo e la sua *salus* – la restituzione tecnica di un corpo *intatto*, sano e salvo – la posta in gioco di tali tecnopolitiche, di cui la medicalizzazione è la forma più sottile e al contempo più massiccia, poiché promette di prendersi cura degli individui *per tutto il tempo* della vita.

È in questo punto che la filosofia dovrebbe esercitare il massimo di sforzo di comprensione. Infatti, c'è un'intera linea di auto-legittimazione della filosofia come discorso che riflette sulla morte e così se ne *prende cura*. Ma il processo con cui la tecnologia sradica e fa avvizzire l'idea di una presunta "naturalità" del morire chiama in causa la stessa comprensione di sé da parte della filosofia, quanto meno di quella che si è definita storicamente co-

me arte della conoscenza di sé in quanto “cura” e preparazione alla morte.<sup>21</sup> Questa filosofia, intesa come *saggezza* e come *pratica del vivere*, ora corrisponde alla rinnovata enfasi sulla ricerca di una “buona morte” come coronamento di una “buona vita”. Con una domanda che non è retorica, viene da chiedersi quali risorse critiche possano essere mobilitate da quale discorso di fronte alla medicalizzazione dell’esistenza.

Non si può infatti dimenticare che l’odierna configurazione degli apparati medico-scientifici, tutt’uno con la pervasività dell’industria farmaceutica, non può più essere riassunta nel binomio salute/malattia poiché l’oggetto dell’intervento medico-scientifico è la stessa vita come “vita malata”. Da questo punto di vista, la promessa di immortalità insita nella medicalizzazione – o la sua forma vicaria consistente nel rendere *più sicura* la vita in termini medici, così prolungandola – non consiste tanto nell’efficacia di protocolli che permettano di *superare la malattia* e, pertanto, di riportare il corpo in una condizione di salute, ma di mirare proprio alla *salus* come salvezza. Per questa ragione, il fantasma di una *salus* secolarizzata è quanto fa della medicalizzazione un potente macchinario di immortalizzazione che dispiega i suoi effetti di realtà nella domanda e nell’attesa dei soggetti medicalizzati (il che è come dire virtualmente di ciascuno *in quanto malato*).<sup>22</sup>

La medicalizzazione dell’esistenza, e la prospettiva di vedere la vita intrecciata alla morte nella molteplicità fenomenica della malattia, scavano dunque anche il terreno della filosofia, lo dissodano e lo rovesciano, sottraendo al *discorso* quella ricerca del senso che ora, all’opposto, diviene una variabile computabile all’interno di procedure tecniche standardizzate o addirittura un loro

21. Occasione anche per una lettura *à rebours* di Foucault, dai corsi al Collège de France sul soggetto all’archeologia dello sguardo medico, passando per il progetto della *Volontà di sapere*: si potrebbe riconoscere, a questo proposito, la tenuta di un filo rosso tematico.

22. In altre parole, possiamo riconoscere in questo movimento in corso e che marca il nostro presente uno degli esiti della modernità. Si può anche vedere in questo movimento la logica (e l’economia) del cristianesimo che si realizza in forma de-teologizzata e secolare, dove il corpo glorioso restituito integro alla fine dei tempi è la promessa espressa dalla tecnica, ma *in questo mondo*.

*effetto di superficie*. In tale luce, il peso conferito da Heidegger all'essere per la morte in *Essere e tempo* potrebbe rivelarsi più come il sintomo di uno svanire di un senso del morire, quello "proprio" dell'*eigentlich sterben*, che l'affermazione filosofica di un'originarietà di quest'ultimo rispetto a un morire "improprio", anonimo e irrimediabilmente soggetto al dominio della tecnica perché considerato anzitutto come *decesso*.<sup>23</sup> In prospettiva *sintomale* la rivendicazione del ruolo della filosofia si avvicina al precipizio della sua ineffettualità pratica. Sotto questa angolarità occorrerebbe leggere e commentare nuovamente le pagine della seconda sezione di *Essere e tempo* dedicate alla *Sorge*, scritte da Heidegger con l'intento di sottrarre il suo discorso da riappropriazioni di ordine psicologico, biologico, medico. È forse con un orecchio differente – e con un differente *sensu* – che si dovrebbe ascoltarlo mentre afferma che il morire in quanto "uscire dal mondo" da parte del *Dasein* non coincide con l'"uscire dal mondo" da parte del "semplice vivente".<sup>24</sup> E quando continua dicendo che "si può concepire il morire anche come fatto fisico-biologico, ma il concetto che le scienze mediche hanno dell'*exitus* non coincide con quello della cessazione della vita".<sup>25</sup> Affermazioni come queste, nel tentativo di svincolare l'evento del morire alla forza di captazione della semplice-presenza – cui la medicina, a suo giudizio, rimane essenzialmente subordinata – paiono invece, nel contesto attuale, denunciare la marginalità del discorso filosofico e delle sue pretese di verità rispetto alla presa della tecnica sulla vita. Eppure in esse continua a battere l'esigenza di un'interrogazione radicale che non sembra affatto essersi esaurita. Forse, è leggendole *dopo Foucault* che può rendersi di nuovo udibile per noi la loro necessità.

23. Cfr. M. Heidegger, *Essere e tempo* (1927), a cura di F. Volpi, Longanesi, Milano 2005, pp. 296-297. Si tratta del § 49, incentrato sulla "Delimitazione dell'analisi esistenziale della morte rispetto ad altre interpretazioni possibili del fenomeno".

24. Ivi, p. 289.

25. Ivi, p. 290.

### 3. Morire da soli

Quando Heidegger procede nel suo percorso di delimitazione dell'*eigentlich sterben* per conferire spessore ontologico alla struttura esistenziale della “cura autentica”, sceglie di marcare una distinzione gravida di conseguenze tra un’esperienza della morte che non può che essere sempre mia e un’altra esperienza, che ricade nel novero dell’anonimato:<sup>26</sup> quella della morte di un altro.<sup>27</sup> Dopo aver ricondotto alla sfera dell’ontico tutte le manifestazioni del lutto per la morte dell’altro – al posto del quale, lo ricordiamo, il *Dasein non può morire* (“Nessuno può assumersi il morire di un altro”)<sup>28</sup> – e dopo aver introdotto una distinzione necessaria tra la cura dell’ente e la cura dei morti, Heidegger nega recisamente che l’evento della morte possa essere iscritto in un “con”, tanto che qualsiasi riferimento a una pretesa psicologia del morire non potrebbe assurgere neppure a dignità di sapere subordinato all’analitica dell’essere per la morte. Dunque, se la medicina (come le scienze della natura nel loro complesso) accede alla cura dell’uomo come ente, in ogni caso la strada della condivisione del morire è preclusa.<sup>29</sup> Si tratta di uno sbarramento strutturale, la cui economia sarebbe dovuta andare a vantaggio del reperimento ontologico dell'*eigentlich sterben*. Ora, consideriamo un passo assai delicato del ragionamento heideggeriano, un tornante in verità, quando ne va esplicitamente del “senso ontologico del morire del morente”, come scrive Heidegger:

E anche se fosse possibile e attuabile chiarire “psicologicamente” a noi stessi il morire degli altri assistendovi, non sarebbe affatto colta la maniera di essere di cui si tratta, cioè il giungere alla fine. Il problema è quello del senso ontologico del

26. Ivi, § 51 (“L’essere-per-la-morte e la quotidianità dell’Esserci”), pp. 303-306.

27. Ivi, § 47 (“L’esperibilità della morte degli altri e la possibilità di cogliere un Esserci intero”), pp. 286-290.

28. Ivi, p. 288.

29. Esclusione che, a maggior ragione, delegittima qualsiasi prospettiva empatica o dialogica nel rapporto medico-paziente, come quelle che si ritrovano, invece, alla radice delle teorizzazioni di Jaspers, Gadamer, Jonas.

morire del morente in quanto possibilità d'essere del *suo* essere, e non in quanto forma del con-Esserci e dell'Esserci-ancora del defunto con coloro che rimangono. Il proposito di assumere come tema dell'analisi della fine e della totalità dell'Esserci la morte esperita presso gli altri non può offrire, né onticamente né ontologicamente, ciò che con esso si ripromette di poter ottenere.<sup>30</sup>

Ciò che legittima l'operazione di sbarramento compiuta da Heidegger è la *insostituibilità* del morire: mentre la cura mondana degli altri e l'essere-assieme permettono la sostituibilità di un *Dasein* con un altro,<sup>31</sup> quando ne va del senso della morte come *fine della vita* il rimando all'altro e all'esperienza dell'altro deve essere estromesso dall'analisi. Quello che mi preme osservare di questa logica, è che – mutando la cornice di riferimento e assumendo quella della medicalizzazione – l'esclusione del “con” in *Essere e tempo* pare perfettamente coerente con gli esiti più spietati dell'abbandono del morente ospedalizzato: è la tecnica medica che prende in cura il corpo del morente, interponendosi così tra il morente e la cura degli altri (genitivo soggettivo) e intaccando il lavoro del lutto. Così è possibile cogliere il tratto di un paradosso: l'essere per la morte heideggeriano, pur con tutto lo sforzo atto a istituire una gerarchia tra ontologia e saperi regionali, non solo non finisce per contrastare il “dominio tecnico dell'ente”, ma appare perfettamente compatibile con i processi di medicalizzazione della vita. Qui l'accostamento tra l'insostituibilità del morire autentico e l'anonima solitudine del morente medicalizzato appare forse stridente, ma forse è proprio quello che occorre pensare: il morire da soli non rappresenta oggi il culmine della speculazione filosofica sulla morte, ma la fredda necessità di un fatto pianificato, controllato e silenziosamente accettato.

D'altronde, cancellare l'essere-assieme nel senso del morire-con acquista uno spessore particolare quando il processo di medi-

30. Ivi, pp. 287-288.

31. Ivi, p. 288.

calizzazione della morte coincide con la logica stessa della rimozione della morte come evento sociale. Non solo nel senso per cui la morte è di per sé sempre inscritta nella dimensione sociale e non può essere pensata diversamente da una forma di legame sociale (qui in negativo, come *assenza di legame*). Ma anche nel senso (al contrario, positivo) per cui essa istituisce l'essere con l'altro: non ci può essere comunità se non di mortali. È questo doppio senso della gigantesca opera di rimozione che vediamo in atto a chiamare in causa le modalità con cui la morte si inserisce, come evento e come "reale", nel nostro orizzonte simbolico e immaginario. La presente configurazione culturale mostra un'ossessione estesa, radicata e virtualmente onnipervasiva per la morte come quel negativo che non è possibile mettere a regime e rovesciare in positivo. A questo proposito assistiamo a uno scenario paradossale in cui la *spettacolarizzazione* della morte avanza parallelamente alla sua *denegazione*: il simulacro del morire qui acquista una decisiva funzione di *Er-satz* rispetto all'evento reale, fino a cancellarne il senso. Senza una messa in relazione tra la rimozione della morte e il calcolo "economico" della produzione ragionata di morte – sia come produzione attuale (sottosviluppo, carestie, crisi economiche, guerre ecc. che fanno sì che ogni epoca scelga i propri morti) sia come virtuale – ci sfuggirebbe il senso della *sottrazione della morte* dal nostro orizzonte immaginario, dove essa è paradossalmente onnipresente.

È in questo scenario che la morte come reale sempre più sta diventando una morte senza testimoni, eppure socializzata *proprio perché* sottratta alla sfera dell'essere-con.<sup>32</sup> Non deve sfuggire la

32. Il discorso che mira a riconoscere la dimensione dell'*essere-con* ha una valenza strategica poiché rompe la strana solidarietà che si instaura nell'analitica esistenziale heideggeriana tra la descrizione dell'*Eigentlichkeit* e le forme mondane di sapere, controllo e manipolazione degli enti, compreso quell'ente particolare che è l'uomo. Infatti, senza il riconoscimento che *pure il "con"* è struttura del *Dasein* – e che, in termini più generali non c'è singolarità senza alterità né differenza – si può giungere all'esito per cui l'unica "cura" disponibile è proprio quella dell'ente e che se "proprio" dell'uomo è il suo essere per la morte, allora la medicina come tecnica, la farmacologia, la diagnostica medica ecc. sono gli unici saperi cui spetta legittimamente la cura dell'umano. La critica della medicalizzazione richiede pertanto il gesto decostruttivo compiuto da Derrida e, forse con maggior ampiezza, da Nancy – gesto con cui il *Dasein* è stato aperto al "con" e alla presa in carico della portata della tecnica nel venire dell'evento.

paradossalità di questo processo, mediante il quale le tecniche mediche sono in grado di promettere salute quanto più sono in grado di confiscare il corpo vissuto alla trama del “con”. La medicalizzazione appare infatti come una singolare *exappropriazione* del corpo: essa sottrae al soggetto il suo corpo malato, prendendosi cura di una vita da preservare, ma a condizione di ridurre il corpo a oggetto. Certo, ciò accade in nome di una ragione che si vuole umana, e prossima all’uomo in quanto in grado di prendersene cura fino al momento dell’*exitus*. Tuttavia, quanto più la medicina avanza verso una sua “umanizzazione”, facendosi cioè carico di alcune esigenze etiche individuali profondamente sentite nelle nostre società (quali benessere psicofisico, salute, allungamento e “qualità” della vita ecc.), tanto più tende a incorporare tali esigenze nel suo apparato tecnico-scientifico. La conseguenza è che si stabilisce un’equazione di ordine economico con la quale i vantaggi prospettati dalla medicalizzazione risultano proporzionali al surplus di potere acquisito dalla medicina. Però, mentre quest’ultimo dispiega i suoi effetti concreti su corpi e vite singolari, quelli si incardinano nel sacro desiderio di salute. A una domanda che appartiene all’immaginario l’istituzione risponde con una presa concreta di ulteriore “soggettivazione”, così che essa fallisce esattamente là dove ha successo, lasciando pertanto inevasa la domanda di speranza e di salute che le viene rivolta.

Qui il soggetto eticamente autonomo di Jonas dolorosamente e pateticamente si dissolve. Nel caso dell’*exitus* e del tempo che lo precede, *non c’è scelta: si* accoglie il morente in una camera d’ospizio o d’ospedale in nome di un alleviamento delle sofferenze, e dunque *per una migliore cura. Si* affida il morente a strutture anonime che se ne prendono cura come si può curare un corpo ancora vivente, ma *a scadenza*. È in questa cura a scadenza che la medicalizzazione del trapasso fa propria una decisiva regola dell’economia, che a sua volta si sostiene su una metafora di ordine biologico. Con la cura del morente – cioè di ciascuno, nella prospettiva iperbolica della medicalizzazione dell’esistenza – il morente viene “ritirato” come un prodotto che ha esaurito il suo “ciclo di vita” viene “ritirato” dal mercato. Il paradosso è flagrante:

le strutture che hanno il compito di condurre l'*exitus* del morente lo fanno *in nome della vita*, ma avendo pienamente assunto e interiorizzato l'impossibilità di corrispondere al dovere di restituire la vita a un essere vivente che si appresta a prenderne congedo.

Oscillando tra una speranza al tempo stesso fondata e immaginaria, direi fondata *perché* immaginaria (speranza di guarigione, di salute, di "vita nuova", cioè di immortalità in quella figura secolarizzata del cristiano corpo glorioso che è il "corpo sano") e la miseria della propria missione economica (presa in carico di un corpo organico medicalizzato che di lì a poco smetterà di "mantenersi in vita"), queste strutture incarnano a pieno titolo l'ambiguità degli scopi della tecnica e il loro avvilupparsi con la concezione della medicina come *arte* al servizio dell'uomo: da un lato forniscono le condizioni materiali di possibilità affinché vi possa essere guarigione (è quel presupposto per cui quando ciascuno si reca in un ospedale, confida di poter essere curato e di guarire), ma dall'altro esasperano il senso della loro missione ippocratica quando divengono luoghi anonimi del trapasso o luoghi di un'esperienza del *ritardare*: in questi casi la falsa coscienza della nostra cultura si unisce all'affermazione (ideologica) della salvaguardia della vita come finalità ultima. Oscillando tra l'estrema impotenza (dalla morte non si guarisce) al delirio di onnipotenza (si può intervenire finché morte non sarà sopraggiunta), esse incarnano il compito contraddittorio della *medicalizzazione della morte*, di una tanato-medicalizzazione che mi sembra l'altra faccia, altrettanto se non più inquietante, della medicalizzazione della vita. Qui la medicina *come* tecnica agisce da protesi, da supplemento di cura, fino a prendere il posto di quest'ultima, con l'illusione (cioè l'autentico *pregiudizio*) che la cura *coincida* con la tecnica e si risolva in essa, vincolandosi di conseguenza a un'economia ristretta della vita e della morte.<sup>33</sup>

33. Questa economia ristretta della vita e della morte genera a sua volta delle stridenti contraddizioni con l'affermazione del principio ippocratico, così che il medico si trova di fronte a dilemmi etici proprio a causa del suo duplice ruolo di medico in senso nobile e di "tecnico del sapere pratico". È proprio nella considerazione dei casi limite (quindi in tutti quei casi in cui ne va della morte del paziente) che tali dilemmi si generano. Senza il ricorso a

Così, nell'orizzonte tecnico del calcolo della vita, la medicalizzazione tende a sostituire la cura come *Sorge*,<sup>34</sup> cioè come articolazione del rapporto tra il vivente e la sua fine, come definizione del senso della sua vita singolare come *temporalità e progetto*.<sup>35</sup> Quando la vita declina fino a spegnersi, le tecnostrutture mediche sovrappongono le loro finalità al senso della vita (e della morte) del singolo, appropriandosene e dando luogo a uno scambio simbolico tra due ordini di esperienza che fatalmente si incrociano: da un lato ciò che chiamo *la mia vita, il mio corpo* e (per quanto impossibile) *la mia morte*, con la loro infondata necessità e ingiustificabile contingenza, e dall'altro lato la loro appropriazione da parte della tecnica, che coincide con un'alienazione radicale, senza redenzione o restituzione, divenuta orizzonte e senso della mia esperienza, secondo la legge di una *exappropriazione* (della vita e della morte) del vivente. Non rispondo più della mia vita, del mio corpo e (per quanto impossibile) della mia morte, ma è la tecnica che ne risponde al mio posto – il che vuol dire anonimamente – essendo diventata la sola sede in cui ne va del senso, ovvero del non senso, del mio esistere, cioè del mio morire.

Là dove è accaduto – nel nostro tempo e alle nostre latitudini – che questa sostituzione abbia avuto luogo, la morte non può che essere anonima e strutturalmente priva di testimoni, per quanto paradossale ciò possa sembrare: non si muore più da soli nel sen-

una *incondizionalità della cura* (che dunque è un'istanza etica *che si traduce tecnicamente*) e senza la sospensione del calcolo della vita (e della morte), il medico rischia fortemente di dover dare priorità alla logica dell'istituzione sulla volontà, per quanto formalmente libera ed autonoma, del paziente.

34. Ciò non vuol dire, tuttavia, che la cura come esistenziale, nel senso heideggeriano, debba essere pensata come "propria" (cioè "autentica" nella traduzione di Chiodi) rispetto a una cura "tecnica" che sarebbe secondaria e derivata: la cura è entrambe al tempo stesso, da cui la sua declinazione tanto in senso ontologico quanto in senso ontico. D'altronde lo stesso Heidegger l'aveva pensata in termini ancipiti, con il che aveva marcato una distinzione anche rispetto all'intera tradizione della *melete thanatou*, alla quale può d'altronde – e a ragione – essere inserito. Cfr. M. Heidegger, *Essere e tempo*, cit., § 41, pp. 233-239. Mi pare che, in particolare, debba essere ricontestualizzata, analizzata e commentata la proposizione seguente: "L'espressione 'cura di sé', escogitata in analogia al prendersi cura e all'aver cura, sarebbe una tautologia" (ivi, p. 235).

35. Necessità, dunque, di una nuova analisi dell'intero § 65 di *Essere e tempo* (cit., pp. 384-392) e, più da vicino, del nesso tra Cura autentica (*eigentliche Sorge*), temporalità e decisione (*Entschlossenheit*).

so che nessuno può morire al nostro posto, ma si muore da soli perché la fine della vita – e con essa la sua direzione – tende a essere *exappropriata*, ma in nome della vita e *per la vita stessa*. Scambio dissimmetrico, la cui posta in gioco è il senso del lavoro del lutto e forse la sua stessa possibilità, quando sconvolto è dunque il nesso lutto-testimonianza-memoria come struttura dell’“essere-con”. Quando leggiamo frasi come “la professionalizzazione delle cure palliative e la conseguente medicalizzazione della morte sembrano aver sottratto poteri e competenze alle famiglie e agli amici, che non sono più dunque in grado di adattarsi all’angoscia di chi muore”,<sup>36</sup> bisogna evitare la tentazione di leggerle come la descrizione di una “realtà” medica che ha perduto la sua “umanità” – cioè in termini che inclinano irrimediabilmente verso il moralistico e il nostalgico –, cui si dovrebbe contrapporre non si sa bene quale correttivo “etico”. Invece, esse dichiarano – in forma più o meno convincente – che l’evento chiamato “medicalizzazione” ha già avuto luogo, spingendo alla produzione di supplementi etici che hanno la funzione di placare l’angoscia per una morte rimossa come evento di senso e concepita piuttosto come problema di “gestione” del negativo. Solo che – come per tutte le altre forme supplementari che continuiamo a fabbricare per tentare di descrivere un reale sfuggente – anche nel caso della medicalizzazione si mostra l’*impasse* (teorica e pratica) generata da un’eccedenza che non viene più pensata quanto al suo senso, ma assunta come quantità da computare in procedure di tipo biopolitico e d’altronde per questo efficaci.<sup>37</sup>

Se la biopolitica trova la sua condizione di possibilità nella disponibilità tecnica della vita e della morte dell’individuo, è illusorio contrapporre a tale disponibilità ulteriori supplementi d’anima quali il ricorso al cosiddetto *valore della vita*, dal momento che è la stessa medicalizzazione a suscitarlo. È infatti la tecnica

36. I. Heath, *Modi di morire*, cit., p. 52.

37. Cfr. M. Foucault, *Nascita della biopolitica. Corso al Collège de France (1978-1979)* (2004), Feltrinelli, Milano 2005, specie dove, trattando il neoliberalismo americano, Foucault pone la relazione tra la gestione economica degli apparati di governo e la gestione della popolazione in termini di salute, di rischio e di “capitale umano”, p. 187 sgg.

medica a produrre valore, la vita come “valore assoluto” poiché essa non potrebbe giustificarsi se non alla luce di un sapere: in questo senso, tutte le prese di posizione etiche che si vogliono *esterne* alla razionalità medico-scientifica e che mirano a imporle valori-guida risultano inadeguate nello scenario attuale. Sono più il frutto di un’incapacità fondamentale a pensare l’attualità che il segno di una comprensione in grado di mostrarne il grado di complessità e di paradossalità. Perciò i frequenti richiami alla limitazione etica della ricerca medica e all’applicazione di tecniche sempre più raffinate (tanto dal lato della medicina d’organo quanto da quello della psicologia) che mirano a rendere sopportabile l’*exitus* acquistano il tono di moniti che, credendo più o meno in buona fede di contrapporsi al deserto del nichilismo, ne sono a loro volta un sintomo.

Tra i sempre più frequenti richiami a un premoderno – che si legittima nelle forme di un riferimento esclusivo al sacro con retoriche che invocano la “naturalità” del morire – e i progressi della razionalità tecnico-scientifica, batte l’interrogativo su un “proprio” e una “domesticità” del morire, su un comune “abitare” la vita *con* la morte e la malattia. Qui credo si trovi la *chance* etica di un discorso che si voglia critico e che al tempo stesso sia in grado di restituire dignità al morire. Un discorso che dunque vegli sulla nostra condizione: nessuno può morire al nostro posto, l’impossibile esperienza della morte acquista senso solo se condivisa. La presa di parola filosofica sulla dignità del morire mi pare reclamata da un paradosso che esprime contemporaneamente una necessità e un desiderio. Lo formulo in questo modo: non si può che morire da soli, nessuno desidera morire da solo.

## Materiali

*Il saggio di Dominique Memmi, Administrer une matière sensible, è stato pubblicato nel 2004 nel volume collettaneo Le gouvernement des corps (Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris) curato dalla stessa Memmi e da Didier Fassin.*

*Pubblichiamo in questa sezione anche alcune pagine del medico e ricercatore Giorgio Ferigo (1949-2007) tratte dal volume che Ferigo ha dedicato a Il certificato come sevizia. L'Igiene Pubblica tra irrazionalità e irrilevanza (Forum, Udine 2001, pp. 9-16). Ringraziamo l'editore e l'associazione culturale "Giorgio Ferigo" (<<http://www.giorgioferigo.net>>) per averne permesso la pubblicazione. La nota introduttiva è di Gian Paolo Gri, che a Ferigo era legato da rapporti di amicizia e collaborazione.*

## Amministrare una materia sensibile. Intorno alla nascita e alla morte

**DOMINIQUE MEMMI**

**I**n che modo le istituzioni mediche pubbliche – ospedaliere – concepiscono attualmente le popolazioni che devono amministrare? Quando, in particolare, a essere in causa è il rapporto che ciascuno di noi intrattiene con il proprio corpo procreatore e con il proprio corpo morente, qual è l’“io” al quale queste istituzioni mostrano di rivolgersi?<sup>1</sup> La posta in gioco evocata da domande come queste non è irrilevante. In primo luogo sul piano scientifico, poiché attraverso queste domande inizia a delinearsi il modo con cui viene attualmente ridefinito il soggetto a cui si rivolge la biopolitica – l’amministrazione dei cittadini in rapporto al loro divenire fisico. Ma anche sul piano pratico, poiché attraverso questa ridefinizione abbiamo a che fare con le odierne aspettative istituzionali, con le quali ciascuno di noi deve misurarsi in materia di procreazione e di fine della vita. Queste aspettative punteggiano altrettante esigenze di conformità, di ruoli a cui attenersi, che si accompagnano ad alcuni margini di manovra dei quali ciascuno, nella situazione concreta, può disporre.

In un libro recente,<sup>2</sup> abbiamo voluto valorizzare le forme

D. Memmi, *Administrer une matière sensible*, in D. Fassin e D. Memmi (a cura di), *Le gouvernement des corps*, Editions de l’Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris 2004, pp. 135-154. Dominique Memmi, sociologa e politologa, è direttrice di ricerca presso il CNRS.

1. La terminologia e gli interrogativi vengono ovviamente ripresi da M. Douglas, *Come pensano le istituzioni* (1986), trad. di P.P. Giglioli e C. Caprioli, il Mulino, Bologna 1990.

2. D. Memmi, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, La Découverte, Paris 2003.

odierne di regolazione degli eccessi riguardo all'uso del corpo procreatore e del corpo morente. Si trattava di mettere in luce la profonda tensione tra bricolage e sofisticazione, arcaismo e modernità, che dipende senza dubbio dalla specificità stessa dell'oggetto sottoposto a regolazione. Questa tensione porta ovviamente a reinterrogarsi sugli autori che possono tornare utili per interpretare gli sviluppi odierni.

### **Una biopolitica delegata**

Partiamo da una constatazione. Contraccezione, aborto volontario, procreazione assistita, aborto per ragioni mediche, sterilizzazione, cure palliative, legittimazione progressiva dell'eutanasia: da trent'anni, l'amministrazione pubblica delle decisioni individuali concernenti l'inizio e la fine della vita si è progressivamente trasformata. Lo Stato tendeva a interdire e punire. Esso ha parzialmente abbandonato questo ruolo. Ora tende piuttosto a sorvegliare. Il problema era quello di determinare le forme di vigilanza messe in campo.

In luogo di impossibilità (di prendere la pillola, di creare un bambino artificialmente) e di interdizioni (di abortire, oppure, ancora oggi, di procedere a una eutanasia), è subentrata una modalità di regolazione degli "eccessi" che, in larga misura, delega ai soggetti l'incombenza di controllare le proprie condotte. L'autorità statale tende sempre più a transitare attraverso la parola. E questa forma di "sorveglianza discorsiva" viene essa stessa delegata alla periferia del servizio pubblico, agli esponenti delle cosiddette professioni "liberali". L'accesso a ciascuna delle prestazioni che riguardano l'inizio e la fine della vita viene così vincolato ad almeno un incontro con un medico, al quale si aggiungono degli scambi obbligatori con ulteriori figure annesse all'universo medico (infermieri, ostetriche, psicologi, consulenti familiari). Erogazione di informazioni determinanti (in caso di aborto per ragioni mediche o di procreazione assistita), di opinioni, di consigli illuminati, ma anche controllo sui motivi della decisione, i quali, se non risultano adeguati, permettono al medico, salvo eccezioni (il cosiddetto aborto "volontario") di ritardare o di rifiu-

tare la prestazione richiesta: lo scambio di parole, questo momento apparentemente minuscolo, rimane tuttavia nevralgico per la sorveglianza delle condotte.

Altro oggetto apparentemente anodino: la percentuale di rimborso offerta dal regime generale della Sicurezza sociale per prestazioni di questo genere. Rimborsare sino al 100 per cento i costi sostenuti per mettere al mondo un bambino (anche se è il prodotto di una procreazione “artificiale”), di contro, rispettivamente, all’80 per cento delle spese in caso di aborto e del 65 per cento nel caso della pillola contraccettiva; prendere a carico al 100 per cento le rare cure palliative accessibili (in un paese dove la legalizzazione dell’eutanasia non è neppure all’ordine del giorno): tutto ciò traduce delle scelte pubbliche in atto e un ordine di priorità, fossero pure l’esito dei rapporti politici di forza, come nel caso dell’aborto. Interdire la presa in carico di ogni tentativo di procreazione artificiale al di là del quarantatreesimo anno di età, della sesta inseminazione artificiale e della quarta fecondazione artificiale,<sup>3</sup> arrestare provvisoriamente questa contabilità quando si è verificata una gravidanza seguita dalla nascita di un bambino vivo: vi è, a questo proposito, un’autentica pedagogia, non autoritaria, coerente con quella che si esercita attraverso la parola. A dire le cose come stanno, non vi è alcuna interdizione: spetta a ciascuno assumersi le proprie responsabilità – e, nella fattispecie, pagare il prezzo – per delle condotte il cui carattere irragionevole ed eccessivo sarà stato debitamente contrassegnato da un dispositivo pubblico.

Ciò con cui abbiamo a che fare è un governo che si appoggia sui soggetti, nel senso che affida volentieri la gestione razionale dell’oggetto di cui intende regolare l’uso (in questo caso il corpo) agli individui, che valuteranno essi stessi l’evoluzione probabile dei loro dati corporei e faranno essi stessi il computo dei rischi e dei costi finanziari della sua correzione. A questa attuale forma di governo delle condotte abbiamo attribuito un nome: la “biopoli-

<sup>3</sup>. Come è avvenuto con una decisione del 26 febbraio 2000, cassata successivamente dal Conseil d’Etat.

tica delegata”. Questa delega, *pubblicamente* concessa, nel campo della sorveglianza del corpo si colloca in un orizzonte assai distante dall’immagine dello Stato centralizzatore e onnipotente descritto da Michel Foucault – quanto meno agli inizi della sua opera – nella sua storia di vasto respiro in merito a ciò che definiva il biopotere. Invece di prendere in considerazione questo scarto, alcuni autori<sup>4</sup> interpretano l’attualità sulla base di una immagine anacronistica dello Stato, basandosi su una condizione della sua storia ormai superata e appesantendo inutilmente il dibattito odierno che verte sull’amministrazione della vita e della morte.

Torniamo però al governo mediante la parola. Si tratta di un dispositivo ufficiale: la nostra constatazione deriva infatti non solo da una lettura dei dispositivi giuridici, ma anche delle procedure esplicitamente messe in campo dai servizi medici dedicati ai pazienti. In via preliminare, è comunque necessaria una sintesi della loro descrizione concreta – già compiuta altrove con maggiore ampiezza.<sup>5</sup>

Legislazione sul ricorso ai mezzi contraccettivi nel 1967, sulla interruzione volontaria di gravidanza e sulla interruzione di gravidanza per ragioni terapeutiche nel 1975, sulla sterilizzazione contraccettiva nel 2001 e, attualmente, la richiesta insistente relativa alla depenalizzazione dell’eutanasia: non c’è dubbio che si sia assistito a un arretramento dell’interdetto e del regime della punizione. Più esattamente, la sorveglianza e la punizione si sono spostate a monte. Esse si producono in occasione di un controllo delle motivazioni, che devono essere conformi al dettato di legge:<sup>6</sup> per una richiesta di IVG (interruzione volontaria di gravidanza) è necessario che vi sia “pericolo” per la donna gravida, per una IMG (interruzione medica di gravidanza) che vi sia una “affe-

4. Le cose stanno in questi termini soprattutto per un certo numero di autori stranieri che, in questi ultimi anni, hanno deciso di interessarsi alla biopolitica – Giorgio Agamben e Zygmunt Bauman in particolare (o, in una forma poco ortodossa, Peter Sloterdijk) – a causa dell’accento che hanno posto sullo Stato quale figura centrale e spaventosa della biopolitica contemporanea.

5. In D. Memmi, *Faire vivre et laisser mourir*, cit.

6. Ringrazio Dominique Thouvenin per aver attirato la mia attenzione sull’autentica natura dello spostamento giuridico che in questo modo si è così verificato.

zione di particolare gravità” del nascituro, per una AMP (assistenza medica alla procreazione) che la richiesta sia accompagnata “dalle motivazioni dell’uomo e della donna che costituiscono la coppia”. Si tratta dunque di motivi imposti, definiti dalla legge, ma formulati in termini tali da lasciare ampi margini di interpretazione ai protagonisti.

Ora, questo controllo dei motivi è stato affidato al personale sanitario. Da sempre i medici hanno dovuto amministrare l’inizio e la fine della vita; a essi non spettava però il compito legale, ufficiale, di farlo attraverso la parola. Per di più, la vigilanza si esercita attualmente grazie a ciò che alcuni già definiscono come *counselling*:<sup>7</sup> il confronto con una o con più figure incaricate giuridicamente di operare un controllo sulle motivazioni, cui viene assegnato il ruolo di esperti e che sono incaricate di essere prodighe di informazioni e consigli a un soggetto considerato capace di prendere successivamente una decisione sovrana con piena cognizione di causa.

La verifica delle motivazioni è più o meno intrusiva. Nel caso della IMG spetta ai medici decidere in merito alla “particolare gravità”, mentre nel caso della AMP a loro compete unicamente di verificare la sussistenza della “richiesta parentale” e della “motivazione” dei coniugi. Per quanto infine riguarda la valutazione del “pericolo”, nel caso della IVG la decisione spetta soltanto alla donna. Questo caso limite è tuttavia esemplare per l’aspetto che in questo dispositivo appare centrale. La candidata all’aborto “è il solo giudice di questa situazione” dal momento che “si tratta di una decisione anzitutto personale”,<sup>8</sup> e infatti il Conseil d’Etat ha confermato che “la condizione di pericolo” rappresenta “una nozione puramente soggettiva, che la donna valuta in piena sovranità”, che “le consultazioni organizzate dalla legge [...] sono destinate a illuminare la donna sulla portata della sua scelta, ma non

7. Cfr. P. Jouannet, *Principes éthiques, pouvoir médical et responsabilités du praticien*, “Pouvoirs”, 89, 1999, p. 12.

8. *Dossier guide sur l’IVG*, realizzato sotto la direzione dell’Action Sociale, Ministère de l’emploi et de la solidarité, Paris 1998.

a sostituire la sua decisione con quella di un terzo”, e a permetterle “di valutare da sé se la sua situazione giustifica l’interruzione della gravidanza”.<sup>9</sup> Che cosa permane di obbligatorio, allora, in questo dispositivo? Le consultazioni stesse, che vanno ripetute (due con il medico e una, sino al 2001, con un assistente sociale) e che devono incalzare la paziente.

A questa centralità del controllo sulle motivazioni mediante la ragione medica sembrava potersi sottrarre la pratica ospedaliera: sino al luglio 2001 ai medici, e solo a loro, veniva riconosciuta la competenza di decidere se fare ricorso a una interruzione medica di gravidanza (IMG). Una donna non poteva certo vedersela imporre con la forza. Ma il fatto che la giustificazione dell’aborto venisse semplicemente attestata da due medici, successivamente all’esame del caso e alla relativa discussione, poteva destare un’impressione di estraneità alla norma, tenuto conto del complesso del dispositivo di sollecitazione della parola dei pazienti che stiamo illustrando. Non ci si sorprenderà affatto che nel 2001 i suoi contenuti siano stati rimessi in discussione. Accantonamento, in primo luogo, di ogni ombra *apparente* che il diritto fa gravare sulla procedura: l’appartenenza di uno dei due medici a un elenco di esperti depositato in tribunale non è più necessaria. E, quale corollario abituale: messa in campo di un’istanza di dialogo tra medici e pazienti, tra corpo medico e profani, nella forma di una sorta di commissione pluridisciplinare.<sup>10</sup> L’interruzione medica di gravidanza, uno dei luoghi dell’autorità medica in materia di nascita e di morte meglio preservati, non si è dunque sottratta all’evoluzione generale.

Spostandosi sul versante dei morenti, è possibile assistere a un’evoluzione analoga, sebbene più recente. Se vi è un aspetto che caratterizza i servizi di cure palliative (ufficializzati e legalizzati dalla circolare Laroque nel 1986), questo consiste precisa-

9. Conseil d’Etat, 31 ottobre 1980.

10. Tuttavia, salvo eccezioni, la parola dei pazienti non viene affatto sollecitata rispetto a quella del portavoce. Soltanto in certi casi, a loro richiesta e non sistematicamente, la donna o la coppia possono farsi ascoltare dall’équipe medica, nella sua interezza oppure soltanto in una sua componente.

mente nella loro preoccupazione di “far parlare” senza sosta i pazienti in fin di vita. La preoccupazione dell’Associazione per il diritto di morire con dignità (un movimento d’opinione che in Francia ha iniziato a consolidarsi nel 1984) è, per quanto la riguarda, quella di attribuire ai pazienti la possibilità di sottoscrivere un proprio “testamento di vita”, ossia di dichiarare le loro ultime volontà relativamente alle modalità della loro morte piuttosto che ai loro beni. Ciò che questi due movimenti d’opinione hanno in comune, nonostante l’*ethos* e la cultura siano reciprocamente antagonistici, è la preoccupazione di porsi all’ascolto non più del potere medico ma *del paziente*, allo scopo di raccogliere la sua versione della buona morte. Nelle Unità di cure palliative (USP), la raccolta di questa versione si compie al capezzale del paziente in forma continua, progressiva e orale. Per i sostenitori dell’Associazione del diritto di morire con dignità si compie in maniera puntuale, discontinua ma regolarmente ripetuta e per iscritto, mediante una dichiarazione esplicita. Il paziente, d’altro canto, si vede fortemente incitato a “parlare” del suo rapporto con il corpo, a “simbolizzarlo”, e cioè, in una situazione di relativa costrizione, ad amministrare mediante la parola il suo rapporto con le proprie pulsioni e con i propri affetti, in breve con l’inconscio, che si trova intensamente mobilitato non appena investe quest’area del rapporto di sé con se stesso che coincide con il rapporto del cittadino con il proprio corpo.

Non solo i dispositivi giuridici, ma anche le procedure messe volontariamente in campo dai servizi medici sui pazienti consentono di veder apparire un governo delle condotte doppiamente sofisticato. Per il suo carattere sistematico, in primo luogo: queste procedure fanno sistema, dal punto di vista teorico ma anche dal punto di vista pratico. Obbligo giuridico o procedura inventata localmente, l’esigenza di produzione della parola viene interiorizzata dai medici e da tutti coloro che li circondano. Talvolta in forma di rammarico o di rimpianto (si “dovrebbe” far parlare, ma non ci si riesce bene), e tuttavia il requisito permane. La biopolitica delegata – attraverso la parola – appare così come l’ideale comune a queste istituzioni.

Tuttavia, è anche il soggetto che l'istituzione, sebbene in maniera sommaria, delinea quale suo interlocutore ideale, che tende a rivelarsi come assolutamente sofisticato. Si tratta di un soggetto definito in fondo dalle funzioni "superiori" dello spirito: la coscienza, la riflessività, il sangue freddo, la capacità di prendere le distanze dai suoi primi impulsi, di valutare il bilancio costi/benefici di un intervento medico, di dimostrarsi "ragionevole". Requisito in fondo paradossale, poiché le materie che in questo campo trovano regolazione non sono affatto anodine. Ci si aspetta dai cittadini la capacità di conservare il proprio sangue freddo in situazioni nelle quali sono in gioco la loro stessa sopravvivenza (eutanasia *versus* cure palliative) oppure il futuro di una parte della loro carne (procreazione artificiale, interruzione "volontaria" o "medica" di gravidanza). In breve, visto il sangue freddo che gli viene richiesto in situazioni drammatiche – o almeno spesso considerate come tali –, si tratta di un soggetto che corrisponde sotto un duplice profilo allo stadio avanzato del processo di civilizzazione descritto da Norbert Elias. Si tratta di un soggetto autocontrollato e capace di razionalizzare, nel senso della capacità di far prevalere "i progetti a lungo termine sulle reazioni affettive immediate"<sup>11</sup> in circostanze nelle quali è in gioco la sua carne, cioè la sua vita.

Il mondo ospedaliero beneficiava di un regime di regolazione delle condotte che si fondava sull'autoritarismo giuridico (che, molto semplicemente, vietava determinate pratiche) e medico (che tendeva a prendere le decisioni "per il bene" dei pazienti). È come se questo universo si vedesse invaso, a poco a poco, dall'immagine tipica del soggetto che fa da presupposto alle istituzioni occidentali (soprattutto giudiziarie) e che è stato descritto da Mary Douglas. Douglas fa vedere come la modalità mediante la quale il soggetto, l'io, viene costruito dall'istituzione sia prima di tutto funzionale,<sup>12</sup> reso compatibile con la cultura che è propria dell'istituzione. Anche qui, dunque, è escluso che un soggetto co-

11. N. Elias, *La società di corte* (1969), trad. di G. Panzieri, il Mulino, Bologna 1997.

12. M. Douglas, *Come pensano le istituzioni*, cit., p. 155.

me questo rimanga diviso troppo a lungo (tra “Es”, “Io” e “Super-Io”, per esempio, come il soggetto della psicanalisi), che ospiti un io passivo (“è più forte di me”) e un io irrazionale (“sono fuori di me”). Non esiste esempio migliore di un requisito del genere di una giovane coppia, che rimane apparentemente docile mentre il medico si sforza di rassicurarla in merito a un’anomalia del nascituro. Abbandonati per qualche minuto a se stessi – il medico viene chiamato altrove – e dimenticandosi completamente del sociologo tirocinante camuffato e apparentemente intento a redigere le proprie osservazioni, i coniugi hanno riversato in pochi secondi e con bisbigli sempre più sonori un panico assolutamente dilagante..., posto immediatamente sotto controllo non appena il medico è ricomparso.

Indubbiamente, e per comodità, le istituzioni “suscitano le nostre emozioni a un livello prefissato su temi stabiliti”.<sup>13</sup> Naturalmente, non è che l’altro soggetto, quello pulsionale, torbido e ambivalente, sia ignoto agli agenti delle istituzioni, ma viene spesso respinto in un luogo esterno alla sede del consulto. “Volete andare un minuto in corridoio per rifletterci sopra?”, propone, a un’altra coppia sconvolta, un operatore un po’ frettoloso in attesa della decisione dei genitori in merito a un aborto per malformazioni fetali. L’esterno può essere presente anche in occasione di un consulto con gli psicologi o gli psichiatri; il consulto, relegato in fondo al corridoio o all’estremità del piano, viene spesso disertato, malgrado il volontarismo di questi professionisti. Eventualmente, si presume che possano essere il domicilio, il rimanere sulle sue, oppure il foro interiore del paziente, ad amministrare un soggetto di questo genere, così poco funzionale all’ospedale.

### **Bricolage istituzionali**

*Una forma semplicemente impellente.* È necessario relativizzare il carattere totalitario dei nuovi dispositivi messi in campo, non fosse altro che per ragioni puramente materiali. I medici sono

<sup>13</sup>. Ivi, p. 142.

operati di lavoro e hanno spesso poco tempo a disposizione. Derivate dal loro *ethos* e dalla loro esperienza professionale, hanno spesso delle preferenze personali riguardo alle decisioni da prendere (un “semplice” labbro leporino, no, per questo non “si abortisce”). Il desiderio di far parlare non li tormenta tutti, né con tutti. Alcuni pazienti non possono neppure lasciarsi coinvolgere in uno scambio discorsivo vero e proprio (decisione già presa, emozione troppo intensa, distanza linguistica). L’obbligo ardente di far parlare soggetti ragionevoli è dunque, per tutti i protagonisti, una forma impellente, ma nulla di più. E non bisogna confondere la volontà di sistematizzare – il fatto che esiste, in effetti, un pensiero dell’istituzione, cristallizzato nelle procedure – con la sua realizzazione concreta. Mary Douglas, poco disposta a lasciarsi ingannare, evoca felicemente la “patetica megalomania” delle istituzioni quando afferma che “le soluzioni che esse offrono provengono unicamente dall’ambito limitato della loro esperienza. Se si tratta di un’istituzione che dipende dalla partecipazione, alla nostra domanda convulsa risponderà ‘più partecipazione!’ . Se si tratta di un’istituzione che dipende dall’autorità, risponderà solo ‘più autorità!’ . Le istituzioni mostrano la patetica megalomania del computer, la cui visione del mondo si identifica unicamente col proprio programma”.<sup>14</sup> “Parlate, parlate, parlate tra di voi”, annuncia in maniera un po’ derisoria la consulente familiare del Planning familiare alle donne riunite per un richiesta di aborto, per quanto sappia bene come, sotto la pressione dell’urgenza, le donne restino tutte, e lei per prima, senza parole: occorre trovare, e in fretta, le buone medicine, le buone filiere dell’aborto...

D’altra parte, questo dispositivo, meno autoritario di un tempo, presenta di tanto in tanto dei punti di faglia. In effetti, ha questo di singolare, che colui il quale detiene l’autorità (il medico) si appoggia ormai sull’“habitus” dei soggetti – nel senso che Elias attribuisce al termine –, cioè sulla loro modalità personale di amministrare il proprio rapporto con le pulsioni. Si affida ufficial-

14. Ivi, p. 143.

mente al sangue freddo dei soggetti. Come le cose stiano realmente riguardo a questo *habitus* – e l'eventuale divario che vi può essere rispetto alle aspettative tipiche degli esponenti delle istituzioni sanitarie – diviene allora un problema cruciale per il divenire di queste istituzioni e materia prioritaria per ricerche future. Noi abbiamo semplicemente potuto constatare che l'unica tipologia di popolazione adattata in maniera sufficientemente armonica alla richiesta di amministrazione razionalizzata del proprio "sé corporeo" sembra essere la classe media.<sup>15</sup> Il nostro prossimo compito sarà quello di condurre delle ricerche più dettagliate a questo proposito. Studiare delle popolazioni sulle quali non si può fare affidamento perché il loro rapporto con le pulsioni rispetto all'uso del corpo diverge eccessivamente dall'"*habitus* autocontrollato" a cui si appoggia l'istituzione, e analizzare pertanto le reazioni e le risposte di quest'ultima, significa ormai rivolgere lo sguardo sulle molteplici popolazioni che, in rapporto all'istituzione, si trovano in una medesima posizione strutturale: donne "multirecidue", "mangiatrici" che assumono con regolarità la pillola del giorno dopo, che chiedono con insistenza di accedere a una procreazione artificiale tardiva o che la chiedono a ripetizione, persino pazienti in unità di cure palliative ben decisi a non prestare ascolto e a non accettare la "buona morte" che l'istituzione medica propone loro...

*Il faccia a faccia.* In secondo luogo, la "fiducia" istituzionale non procede senza precauzioni. Essa ispira delle procedure di cui occorre sottolineare la singolarità e, in fondo, la fragilità. L'impressione di padronanza e di sofisticazione che si ricava dal dispositivo si scopre relativizzata. Anche queste procedure meriterebbero senza dubbio sviluppi più ampi di quelli che è possibile illustrare in questa sede. Vi è così un'evidenza per nulla indagata dagli attori dell'istituzione: nei casi gravi, l'incontro diretto con il medico che precede l'assunzione di una decisione è considerato cruciale per il buon governo delle condotte. E tuttavia, la vigilan-

15. Cfr. D. Memmi, "Parler du 'corps': une disposition sociale?", in *Faire vivre et laisser mourir*, cit., pp. 241-270.

za che viene esercitata in questo modo sulle condotte può dare l'impressione di essere del tutto illusoria. Poiché, come spiega Alfred Schütz, “anzi tutto dobbiamo distinguere tra rapporti faccia a faccia e rapporti intimi. Il rapporto faccia a faccia presuppone che coloro che vi partecipano abbiano in comune spazio e tempo finché il rapporto dura”. Drammatizzati, indubbiamente, ma episodici, i rapporti con il medico ospedaliero sono esemplari di queste “situazioni istituzionalizzate che rendono possibile ristabilire il rapporto tra noi interrotto e riprenderlo là dove si era fermato la volta precedente”.<sup>16</sup>

Ciò sta a indicare due cose. In primo luogo, che non appena la porta si chiude il medico non ha più la presa diretta sull'altro. Il paziente gli sfugge radicalmente. Di fatto, e l'abbiamo verificato, il sentimento di urgenza (urgenza di abortire, di partorire, di non soffrire ulteriormente, persino di morire) con cui i pazienti vivono attualmente queste situazioni – e questa sarebbe un'altra caratteristica delle odierne questioni sanitarie – riduce di fatto questa indipendenza. Dal punto di vista formale, tuttavia, le popolazioni non sono ovviamente preda dei servizi ospedalieri come accadeva nel caso delle procedure di sorveglianza analizzate a suo tempo da Michel Foucault.

Il secondo corollario dell'importanza accordata al faccia a faccia è che ogni cosa verrà a dipendere da ciò che si verifica nell'arco di tempo in cui si svolge l'incontro. L'incontro è così concentrato e drammatizzato che quanto circola tra medici e pazienti non imbroccherà unicamente la strada del linguaggio e non solleciterà unicamente le “funzioni superiori” dello spirito. Per seguire ancora Alfred Schütz, “comunità di spazio, d'altronde, significa da un lato che per ogni singolo membro il corpo dell'Altro, la sua espressione facciale, i suoi gesti, ecc., sono immediatamente osservabili come sintomi del suo pensiero. Il campo delle espressioni dell'Altro è del tutto aperto alla possibilità di interpretazione, e l'attore può controllare immediatamente e diretta-

16. A. Schütz, “Il reduce”, in *Saggi sociologici*, a cura di A. Izzo, Utet, Torino 1979, pp. 393, 395.

mente l'effetto dei propri atti sociali attraverso la reazione dell'Altro".<sup>17</sup> "Avete visto, vero?, è stato scoccante. E luuuungo! Posso dirvi che mi sono controllato parecchie volte!!... E, allo stesso tempo... è meglio così: bisogna pure che prendano le loro decisioni! E poi, non appena si è dimenticata di quanto sia stata stupida, ecco che comincia a riflettere... ", ci racconta un medico non appena chiude la porta dopo che l'ultima paziente è uscita. Dopo aver fatto il possibile nella situazione in cui si è trovato, non gli resta nient'altro da fare se non scommettere su un ipotetico avvenire.

*Il tempo della riflessione.* La conclusione di questo incontro conferma l'esistenza, in un regime di regolazione degli eccessi come questo, di un secondo aspetto importante: si tratta della fiducia attribuita al tempo di riflessione che intercorre tra due incontri. Nei testi di legge viene spesso previsto *esplicitamente*. Il paziente è tenuto a rispettare alcune scadenze temporali, considerate propizie alla riflessione dell'individuo direttamente coinvolto, persino se è solo, debitamente illuminato dai dialoghi ripetuti con i professionisti. Scadenze temporali attentamente modulate a seconda dell'urgenza e/o dell'irreversibilità dell'intervento: una settimana per l'IVG (e almeno due giorni dopo l'incontro con l'assistente sociale pre-IVG), un mese per una PMA, due mesi poi portati a quattro per una sterilizzazione... Si tratta di introdurre del tempo tra sé e l'oggetto del proprio desiderio, un tempo necessario affinché l'individuo ragionevole possa raffreddare le sue passioni. Ed è lo stesso personale sanitario – tranne quando i medici reputano essi stessi che si stia trattando di una situazione urgente – a rivelare una certa tendenza ad avvalersi di questa procedura ("ha aspettato tanto, può ancora pazientare un po'").

In questo contesto, l'istituzione non si appoggia pertanto unicamente sui valori interiorizzati, ma anche sulla disponibilità a interiorizzare. Di conseguenza, la regolazione può dare l'impressione di essere ancora più aleatoria. Non mancano indizi suscetti-

<sup>17</sup>. Ivi, p. 393.

bili di darne conferma. Una recente inchiesta dimostra come l'incontro con l'assistente sociale, che precede l'aborto "volontario" e che sino a poco tempo fa era ancora obbligatorio, non avesse fatto mutare opinione... a nessuna delle cinquantuno donne interrogate in merito ai loro aborti precedenti. Le donne, al contrario, temono spesso che l'incontro non assolva a questa funzione.<sup>18</sup> Se il loro comportamento si è modellato sulle aspettative che l'istituzione nutre nei loro confronti ciò non si verifica che nella situazione concreta: in questo caso, il tempo della riflessione sul quale confida l'istituzione non ha alcuna diretta conseguenza sulla decisione.

*Il ricorso alla "conoscenza mediante il corpo".* Questa formulazione (presa a prestito da Pierre Bourdieu)<sup>19</sup> definisce il nostro apprendimento del mondo sociale e dei suoi interdetti attraverso le sensazioni abitate da affetti. Non ne esiste un'illustrazione migliore di quella offerta dal modo con cui un bambino nero apprende, in base al timore che percepisce nel tono di voce dei genitori quando tende a superarli, quali siano i confini del ghetto. In che cosa quest'ultima nozione potrebbe tornarci utile in questa sede?

La condotta ideale di autocontrollo che gli uni e gli altri si aspettano è particolarmente esigente, sia in termini di tempo sia in termini di energia. D'altra parte, meno autoritario di un tempo, come si è appena visto, il dispositivo di regolazione può sembrare dotato di una efficacia più aleatoria. Infine, come si è detto, la materia da regolare in questo campo non è affatto anodina. La psicanalisi ci insegna che il tema della propria morte e della propria riproduzione è destinato a turbare l'inconscio di chiunque, medici inclusi. Esso suscita delle rappresentazioni fortemente investite dal punto di vista pulsionale. È senza dubbio per tutte queste ragioni insieme che, diversamente da quanto previsto dal dispositivo ideale e nelle sue faglie, in questi servizi si esercita,

18. N. Bajos, M. Ferrand (a cura di), *Les échecs de contraception en France. Analyse des pratiques contraceptives et du recours à l'IVG*, Rapport Inserm/CNRS/CRESP, Paris 2001.

19. Si tratta del titolo del capitolo IV delle sue *Méditations pascaliennes*, Seuil, Paris 1997, p. 155 sgg.

giorno per giorno, un'altra modalità di regolazione. In questa sede ci limiteremo a fornire una sola esemplificazione, ricavata dalle nostre inchieste sul campo.<sup>20</sup>

Essa riguarda l'interruzione medica di gravidanza ed è esemplare sotto un triplice punto di vista. Dimostra che lo spirito delle trasformazioni è penetrato nella maggior parte dei servizi prima ancora che la legge sia arrivata a intromettersi: un consulto tra operatore e paziente è previsto ovunque si presenti un caso di malformazione suscettibile di giustificare una decisione di IMG. Rivela inoltre come questo scambio – ma anche quelli previsti con altri professionisti ospedalieri: medici che effettuano l'ecografia, ostetriche – rappresenti l'occasione privilegiata attraverso la quale si esercita la modalità surrettizia di regolazione che ci interessa in questa sede. Mostra infine come la modalità mediante la quale il paziente viene costruito dall'istituzione (come soggetto dotato di autocontrollo, capace di autodeterminarsi avvalendosi di una coscienza illuminata dagli esperti) non sia per questo meno preservata.

Le decisioni di ricorrere all'IMG sono quelle in cui i medici appaiono formalmente più liberi di far prevalere la loro concezione di ciò che gli altri (i genitori, ma anche i bambini) sono in grado di sopportare in materia di handicap. Né i medici né i giuristi hanno voluto predisporre una qualche lista di indicazioni ufficiali suscettibili di caratterizzare l'"affezione di particolare gravità" di cui deve essere colpito il feto affinché si possa giustificare una IMG. Inoltre, dal momento che si tratta di un ambito nel quale, in questi ultimi decenni, scientificità e tecnicismo si sono sviluppati in modo particolare (l'ecografia ostetrica è apparsa soltanto a metà degli anni settanta), il profondo differenziale di conoscenza tra medici e pazienti tende a rendere questi ultimi particolarmente

20. Cfr. D. Memmi, *Faire vivre et laisser mourir*, cit. La sollecitazione alla parola che si verifica nelle consultazioni ci era sembrata un aspetto centrale del nuovo dispositivo. Era necessario esaminarla da vicino. Abbiamo perciò assistito a un centinaio di incontri (centotrenta esattamente, di cui centosette con i medici) tra i membri dei servizi sanitari e i pazienti interessati a una interruzione volontaria di gravidanza, a una procreazione artificiale, a una interruzione medica di gravidanza. Ci sono al contrario sfuggiti, per l'essenziale, gli incontri tra medici e pazienti nei servizi di cure palliative.

te dipendenti. Infine, dalla competenza del medico dipendono enormi variazioni riguardo alla vita futura dei pazienti: il 30 per cento delle anomalie non viene scoperto prima della nascita e dal medico dipende inoltre la corretta valutazione in merito alla loro evoluzione successiva.

Non ci si deve allora stupire se al consulto si presentano pazienti disfatti, ammutoliti, in lacrime, la cui coscienza e la cui parola, in breve, sono profondamente sconvolti. Non è raro che la loro partecipazione allo scambio si limiti a cenni del capo silenziosi e convulsi. E tuttavia, col favore di questi incontri debitamente condotti dai medici, il paziente verrà ancora una volta sollecitato come se si trattasse di qualcuno che, una volta illuminato, potrà decidere serenamente.

Lo sforzo essenziale del medico consiste allora – in un tempo che si limita a un quarto d’ora quando tutto procede nel senso, stando alle sue parole, di ciò che è “più ragionevole” – nel volgarizzare le proprie preferenze involontarie in termini adatti a incanalare le reazioni affettive dei pazienti. Il medico li ha condotti a vedere l’oggetto controverso esattamente così come “è”: un “oggetto” cattivo da espellere oppure da conservare dentro di sé in prospettiva futura. Per correggere le pratiche, corregge l’immaginario. Come per l’AMP o per l’IVG, lo fa avvalendosi della parola. Tuttavia, più di altri, date le abitudini di lavoro caratteristiche di questo settore della medicina, lo fa servendosi anche di immagini. Le decisioni relative al “far morire o al lasciar vivere” vengono pertanto delegate ai pazienti, ma non senza un considerevole lavoro preliminare da parte dell’intera équipe sanitaria. Le condotte pulsionali sono tutt’altro che abbandonate a se stesse, e vengono tanto meglio amministrate quanto più la pedagogia dei gusti e dei disgusti risulta sia precisa sia radicata nelle inclinazioni tipiche del personale sanitario.

*Nascondete questo piccolo, che lei non è in grado di vedere.* Vi è di sicuro un certo numero di casi nei quali i medici esitano davvero: quando incontrano delle difficoltà nel prevedere l’evoluzione delle malformazioni oppure quando hanno a che fare, per esempio, con degli arti colpiti da menomazioni il cui stato, tutta-

via, altera solo parzialmente l'autonomia del nascituro. Il consulto diviene allora uno scambio autentico non soltanto con i pazienti, ma anche con altri specialisti, con i quali i pazienti vengono messi a confronto. Spesso però il medico si trova anche davanti all'evidenza: quando bisogna conservare il bambino oppure quando è necessario sbarazzarsene perché le malformazioni di cui è colpito risultano nettamente inferiori o superiori alla soglia di tolleranza dei medici riguardo alle variazioni rispetto alla norma riservate dalla natura. Bisogna tenerlo: il lavoro operato sui pazienti inizia con il medico incaricato di effettuare l'ecografia che si guarderà bene, allora, di parlare di "labbro leporino". L'esoterismo tipico del medico permetterà di proteggere l'immaginario del paziente servendosi dell'astrazione tipica del vocabolario specialistico, che parla di "fessura labiale" o "palatina". Niente "gola di lupo" o "piede a martello", così tristemente evocativi. Più sofisticato ancora: "Se non c'è fessura labiale, traduco: 'Non c'è labbro leporino'. E se c'è qualcosa, dico: 'C'è una fessura labiale' [...]". L'ostetrica si accontenterà, tra le sue foto, di "mostrare il labbro leporino, ma aggiustato". E il medico incaricato dell'ecografia sceglierà con attenzione ciò che farà vedere sullo schermo: "Più è grave, meno faccio vedere. Non li faccio ricredere per un pollice in bocca. [...] Per quanto mi riguarda, li lascio parlare, li lascio fantasticare lì intorno, tutti insieme... Ma per quanto riguarda le patologie, quelle non gliele faccio vedere".

*Fate vedere questo piccolo, che lei non è in grado di avere.* I medici, in altri casi, pensano chiaramente che non sia necessario tenere il bambino. Ciò si verifica in particolare quando vi sono delle malformazioni nascoste (nel cuore o nel cervello, per esempio) alle quali alcuni genitori si rivelano poco sensibili... Vi è infatti la resistenza più o meno ostinata alla IMG da parte dei genitori cattolici praticanti. Vi sono infine i rischi di menomazione intellettuale, per i quali i medici – che hanno condotto studi prolungati – si rivelano spesso più sensibili dei loro stessi pazienti. Tutta l'arte dell'ostetrica consiste allora nel trovare le parole capaci di rendere queste affezioni *visibili* e sensibili: "Tutti gli esami eseguiti l'al-

tro giorno servivano a scoprire come mai [il feto] perdesse sangue nel cervello”, oppure: “Sarà destinato a rimanere menomato intellettualmente. Allora, per spiegarvi la cosa, se si prende una scala, un bambino normale, dal punto di vista dell’intelligenza, si colloca qui. Mentre un bambino affetto da trisomia come il vostro si collocherà lì, vedete?”. Le ostetriche fanno parte della stessa scuola: “I cromosomi, per loro, sono qualcosa di eccessivamente astratto. Quanto ai geni, ne sentono parlare (prevalentemente) dai media, ma... [*sospira*]. Ci si trova costretti a farli cullare dei mongoloidi... E a questo punto capiscono. È imbarazzante, comunque!”.

Questa modalità di ricondurre i pazienti a delle condotte “ragionevoli”, coerenti con le rappresentazioni, tipiche del corpo medico francese, circa le “buone” e le “cattive” ragioni per vivere o per far morire, è basata in parte su un’altra delle loro inclinazioni, una specifica illusione professionale: quella di un positivismo dell’occhio,<sup>21</sup> che attribuisce al vedere un valore di prova. Si è così potuto assistere ad alcune riunioni di gruppo destinate a preparare decisioni di intervento o di interruzione medica di gravidanza in cui ci si avvaleva di immagini ecografiche che solo una persona su dieci era capace di interpretare correttamente: ciò nonostante, l’esibizione di queste immagini veniva presentata come una procedura inevitabile. L’evoluzione della percentuale di donne incinte esposte allo sguardo ecografico rivela quanto questa rappresentazione sia diffusa: mentre nel 1976 la percentuale di donne sottoposte a una ecografia era dell’11 per cento, nel 1981 era passata all’82 per cento e nel 1995 al 99 per cento (il 90 per cento ne aveva avute almeno due).<sup>22</sup> Modificare la soglia di tolleranza alla lesione fisica presentando come inguardabile ciò che spaventa (le malformazioni interne) e come guardabile ciò

21. Positivismo dello sguardo che Michèle Fellous identificava, in effettivi, con il culto dell’ecografia in materia di ostetricia (M. Fellous, *La première image. Enquête sur l’échographie obstétricale*, Nathan, Paris 1991, p. 141).

22. M.F. Sarramon, H. Granjean, *Le fœtus et son image*, Flammarion, Paris 1998, p. 27, citato in M. Piejus, *L’interruption médicale de grossesse: un sujet pour l’anthropologie*, memoria del DEA di antropologia sociale ed etnologia, EHESS, Paris, ottobre 2001.

che non spaventa (il labbro leporino), in breve, ripiasmare durevolmente l'immaginario orientando le pulsioni scopiche: si è ben lontani, a questo proposito, sia dagli interdetti di un tempo (che vietavano ogni interruzione di gravidanza) sia dall'ideale di un governo delle condotte che ambisce a rivolgersi a un soggetto dotato di chiara consapevolezza, di sangue freddo e di autocontrollo nei confronti delle sue pulsioni a condizione che sia stato "informato" e "consigliato".

Una simile pedagogia dello sguardo si esercita sulle donne che abortiscono – sia che si tratti di sdrammatizzare il fatto ("vede questo piccolo punto sullo schermo, è *questo*"), sia che si tratti al contrario di drammatizzare un po' (quando le si fa abortire senza anestesia generale, per esempio, affinché siano "un po'" coscienti) come accade con le donne di cui bisogna scoraggiare o sostenere i tentativi di procreazione artificiale. Ora, a pensarci bene, questi procedimenti non sono nuovi. Si armano semplicemente di tecniche moderne, dal momento che questo positivismo dello sguardo si scopre rimpiazzato e rafforzato dalle macchine. In questo campo, i medici ritrovano presso i pazienti una funzione di intervento che appare particolarmente primitiva. In un testo famoso, Claude Lévi-Strauss, descrive come lo sciamano sappia agevolare un parto difficile facendo seguire alla partoriente il travaglio in corso attribuendo a ciò che sta accadendo nel corpo della donna la forma narrativa di una battaglia condotta da piccoli personaggi.<sup>23</sup>

Vedendosi delegato dal legislatore il compito di svolgere una quasi-inchiesta biografica, il medico tende, nella situazione in cui si trova, ad avvalersi delle proprie risorse: il credito di cui dispone quale specialista del corpo. Far vedere, con un'autorità relativamente incontestata, ciò che il corpo *può* indipendentemente da ciò che il suo latore *vuole*: ecco ciò che permette di regolare il desiderio, dal momento che il positivismo medico è capace di dissimulare il fatto che spesso il vedere è anche un'inter-

23. C. Lévi-Strauss, "L'efficacia simbolica", in *Antropologia strutturale* (1958), Net, Milano 2002, pp. 210-230.

pretazione del vedere, una maniera di vedere di “buon occhio” o di “malocchio”.

*Foucault, Elias e gli altri, oggi.* Al termine di questa analisi, che conduce a una presa d'atto fortemente contrastata su un dispositivo fortemente diviso tra arcaismo e modernità, bisogna ricavarne le conclusioni che si impongono quanto agli autori che possono tornare utili per interpretare gli sviluppi attuali della biopolitica, a cominciare da colui che ha passato la vita a ricostruirne la storia.

Una biopolitica delegata a un soggetto costruito come se fosse in comunicazione privilegiata con la propria coscienza, una biopolitica aggiustata alla meglio che mantiene il controllo attraverso delle procedure periferiche, una biopolitica selvaggia che mobilita l'immaginario, l'inconscio, la comunicazione infralinguistica: il modo in cui attualmente si *spera* di regolare l'uso del corpo, esattamente come lo si *fa* molto spesso *nella pratica*, ci porta evidentemente assai lontani dalle prime costruzioni “foucaultiane”, che mettevano in primo piano il carattere centralizzato, sistematico e quasi deliberato del potere istituzionale. La difficoltà dell'analisi risiedeva tuttavia nel fatto che era necessario essere in grado *sia* di restituire ciò che si manifesta, di fatto, come il pensiero sistematico delle istituzioni (la loro “patetica megalomania”) – e sotto questo profilo il contributo di Foucault rimane di indubbia utilità – *sia* di prendere in considerazione ciò che le si sottrae. La rete è infatti piena di buchi: i punti di faglia del sistema, i vincoli materiali che si impongono agli agenti dell'istituzione, la resistenza degli utenti, infine la specificità della materia sottoposta alla regolazione che autorizza altre vie furtive, che passano per l'immaginario.

È in un altro modo ancora che Michel Foucault si rivela tanto curiosamente inaggirabile quanto estremamente lacunoso per comprendere ciò che appare assolutamente contemporaneo, nel senso che egli apre davanti a noi tre piste interpretative, ma interrotte e separate, che occorre invece prolungare e ritessere unitariamente. La prima pista coincide con l'idea del governo attra-

verso la confessione, che fa pensare al nostro governo attraverso la parola. Essa viene però descritta da Foucault come ben altrimenti sistematica rispetto alla spesso timida sollecitazione biografica praticata attualmente dai nostri medici. D'altra parte, Foucault accantona e poi abbandona molto presto la descrizione di un simile dispositivo a vantaggio della seconda pista, quella del "governo di sé attraverso di sé", questa forma di autodirezione delle condotte alla quale si consacra verso la fine della sua vita.<sup>24</sup> Ma per valorizzare e descrivere con precisione questa modalità di governo delle condotte, da lui chiaramente idealizzata, Foucault si allontana dalla contemporaneità (a vantaggio dell'antichità greca e latina) e soprattutto dal suo precedente interesse per le istituzioni. Egli non si interroga affatto sul ruolo che queste giocano nella costruzione del soggetto apparentemente riflessivo e attento a se stesso. L'analisi della "cura di sé", all'opposto di ciò che noi vorremmo fare, viene dissociata dall'analisi della politica. Infine, l'autore ha aperto, sino al primo volume della *Storia della sessualità*, una terza pista, quella del governo non del corpo ma *attraverso il corpo*, il corpo minacciato di morte (potere di sovranità) oppure "disciplinato" (potere disciplinare). Ora, nel passare al governo attraverso la parola e poi al governo di sé, Foucault abbandona, curiosamente, proprio questo filo. Se l'era però sbrigata troppo in fretta, poiché lo si ritrova, in questo campo, sotto il profilo, piuttosto che del corpo reale, delle *rappresentazioni* del corpo, bombardate dall'istituzione medica e terribilmente in-

24. Questa preoccupazione si delinea tra il primo volume della sua *Storia della sessualità*, *La volontà di sapere*, nel 1967, e il secondo, *L'uso dei piaceri*, nel 1984, poi seguito da *La cura di sé*. Essa si rivela con particolare evidenza nella evoluzione dei corsi al Collège de France (M. Foucault, *I corsi del Collège de France. I Résumés*, 1994, Feltrinelli, Milano 1999), mentre la fascinazione per l'"autoformazione del soggetto" e per l'"esercizio della cura di sé" abitano i *Dits et écrits* relativi alla seconda parte – e soprattutto all'ultimo anno – della sua vita. Cfr. per queste due formulazioni il testo n. 356, ma anche i testi nn. 361 e 362 di M. Foucault, *Dits et écrits*, Gallimard, Paris 2001, vol. II (trad. *L'etica della cura di sé come pratica della libertà e La vita: l'esperienza e la scienza*, in *Archivio Foucault 3. 1978-1985*, a cura di A. Pandolfi, Feltrinelli, Milano 1998; e *Verità, potere, sé: intervista a Michel Foucault*, in L.H. Martin, H. Gutman e P.H. Hutton, a cura di, *Tecnologie del sé*, 1988, Bollati Boringhieri, Torino 1992).

quietanti, dal momento che arrivano a sollecitare, e spesso ad attivare, quelle che ciascuno porta entro di sé.

Fare spazio a ciò che sfugge al dispositivo e a ciò che ci si inventa nella situazione concreta (in questo campo soprattutto l'imposizione indiretta dell'antropologia spontanea propria del personale sanitario, e la sua soglia di tolleranza riguardo agli eccessi nell'uso e nelle condizioni del corpo), equivale ad affermare che, qualunque sia il grado di sofisticazione nelle modalità di regolazione contemporanea intuite da Foucault e vagheggiate dal legislatore, non bisogna "disincarnare" troppo in fretta il mondo sociale. La scoperta potrebbe sembrare secondaria, ma rinvia a una constatazione indubbiamente più generale: essa traduce il fatto che la materia sottoposta a regolazione non è priva di conseguenze sulle procedure che le sono state allestite intorno, alla bella e meglio. Inoltre, ed è questo che le nostre osservazioni ci hanno fatto riscoprire in questo campo, non va sottovalutata l'importanza – *a fortiori* su temi così sensibili – della "conoscenza attraverso il corpo", reale e immaginario, riguardo all'apprendimento del mondo sociale e dei suoi interdetti così come della pedagogia istituzionale. Erving Goffman, Mary Douglas, Norbert Elias e Pierre Bourdieu appaiono allora come altrettanti autori in grado di metterci in condizione di pensare le modalità con le quali ciascuno di noi apprende gli interdetti sociali e la posizione che occupano nel mondo, e ciò attraverso le sensazioni, gli affetti, l'immaginario, ben al di là dunque di un governo delle condotte che fa leva principalmente sulle funzioni superiori dello spirito.

Traduzione dal francese di Edoardo Greblo

## Il certificato come sevizia

**GIORGIO FERIGO**

*Giorgio Ferigo era medico del lavoro, responsabile di un Dipartimento di prevenzione, socio e collaboratore della SNOP (Società nazionale degli operatori della prevenzione), ispiratore di numerose proposte di legge per la semplificazione della burocrazia in ambito socio-sanitario: l'intera vita professionale dedicata ai temi dell'igiene e della salute pubblica, a indagare in tutti i loro risvolti i temi dell'efficacia e dell'utilità. Armato di tenace fiducia nel metodo sperimentale e di ironia tagliente, ha condotto molte battaglie (anzi, una ininterrotta guerriglia, com'era più nelle sue corde) contro il mare di carta entro cui la burocrazia annega le questioni di salute e malattia dei cittadini e della comunità, mantenendo in vita e alimentando il terreno delle competenze intrecciate fra Ministero della salute e Ministero dell'interno. Binomio sciagurato.*

*La prevenzione scritta in circolari e patentini, verifiche e perizie, verbali e ricorsi; il bisogno di salute e la garanzia di sanità tradotti in certificazioni: quanto certe? A un medico come me – diceva – vengono richiesti tre tipi di certificati: certificati che certificano qualcosa di oggettivo e di comune evidenza (una menomazione, uno stato di malattia, una gravidanza); certificati che obbligano alla predizione e alla divinazione (attestare che uno è idoneo alla guida e che lo sarà per i prossimi dieci anni, che è di sana e robusta costituzione fisica e mentale per un futuro da insegnante, impiegato, operaio; il fatto che la pulizia che attesto e certifico oggi, permettendo l'apertura del ristorante, resterà tale per gli anni futuri); certificati, infine, richiesti per rendere esplicito "chi è che comanda qui",*

*figli del matrimonio fra autoritarismo e finzione scientifica, inventati per definire l'ambito di un dominio.*

*Ha dedicato le pagine più taglienti, misurate sulla bilancia del ridicolo, alla burocrazia igienico-sanitaria che si impantana nelle minuzie per insegnare alle cuoche delle mense scolastiche a fare le cuoche (“l'equilibrata composizione del minestrone prevede, tagliate a dadini, le seguenti verdure:[...]”) e che investe soprattutto i saperi e le pratiche tradizionali che da secoli ci regalano salumi, vini e formaggi dai mille eccellenti e diversi sapori. Gli ultimi strali sono stati per la nuova panacea della prevenzione, i corsi di formazione: quelli per norcini, per esempio, “dove colui che sa ma non sa fare (il veterinario) insegna a chi già sa fare (il norcino) cose che colui che sa fare non ha alcuna intenzione di imparare (il norcino non vuole diventare veterinario)”.*

*Impegno civile, in prima battuta, di un medico che aveva preso sul serio la professione; ma anche altro. Storico ed etnologo, poeta e musicista, orientato per scelta a osservare il mondo dalla parte rovescia, Giorgio Ferigo ha genialmente inventato e costruito una inedita e raffinata “etnografia della certificazione”. Ha preso le mosse dall'autoironico “vedersi fare” atti richiesti e dovuti che sconfinavano dalla dichiarata razionalità per invadere il terreno della credenza e del rituale. Indagando forme, capacità poliforme e rinascenti, funzioni, resistenze, giochi d'interesse, forza mimetica della normativa, ha dimostrato come il terreno della certificazione rappresenti il contesto più saldamente vivo del ritualismo e dell'efficacia simbolica entro la tecnologica e “moderna” società contemporanea.*

*La matrice dell'operazione di svelamento condotta da Giorgio Ferigo è tutta nelle righe di apertura di un suo bel saggio di antropologia storica dedicato alla “certificazione del morire”, nel volume fotografico dedicato ai piccoli cimiteri di montagna della sua Carnia. Racconta di quando gli capitò – medico burocrate – di recarsi in uno dei suoi paesi a compilare un certificato necroscopico. Il defunto, morto in casa, è già composto nella bara, vegliato dai parenti nella penombra della camera. Ferigo nota gli specchi velati, e chiede perché. La risposta dei parenti è quella che ricevono abitualmen-*

*te i folkloristi (“Perché si deve, perché si è sempre fatto così”), ma in Giorgio quella risposta ha un’immediata eco autoriflessiva: e se fossero stati i parenti a interrogarmi sul senso del mio essere lì e del mio certificare? [Gian Paolo Gri]*

1. Molti dei certificati “sanitari” richiesti ai cittadini non hanno alcun significato sanitario.

Spesso non certificano nulla di certificabile; e costringono il medico che li rilascia a illazioni, predizioni, previsioni, e a un esercizio della prognostica che si rivela molto prossimo alla divinazione; la cosinomanzia – cioè il sortilegio con le forbici e il crivello per scoprire i ladri, che tanta diffusione ebbe in Europa durante l’età moderna – ha avuto certamente più dignità professionale di gran parte dell’attività certificatoria oggi prestata dai medici.

La possibilità che un certificato coincida o si approssimi alla realtà è eventualità remota; la sua efficacia è generalmente nulla; il suo scopo è la trasformazione del facile nel difficile tramite l’inutile; ottenerne uno si risolve in: ingiustificata perdita di tempo, ingiustificati prelievi di liquidi organici, ingiustificato esborso di danaro da parte del certificando; e ingiustificata umiliazione del certificatore.

Gran parte dei certificati medici potrebbe senza danno alcuno essere sostituita da conchiglie elicoidali, da foglie d’acero, da decalcomanie: portate al Provveditorato, al Collocamento, al Municipio, alla Questura, incluse nel fascicolo personale, esse testimonierebbero in modo altrettanto tangibile che l’indigeno si è sottoposto alla prassi rituale, ha attraversato le forche, ha adorato gli idoli della tribù.

Inutile come una Prefettura, inefficace come l’inzuccheramento dei pendenti, incongrua come i foglietti dei baci perugina, irrazionale come uno scongiuro, la certificazione ripetuta negli anni – o addirittura richiesta più volte in un anno – si configura come deliberata sevizia, nonché come tassa occulta, per il cittadino.

Franco Bassanini è, con tutta evidenza, un galantuomo, il più amato dagli italiani.

Avrà dunque avuto le sue buone ragioni, quando ha escluso dal novero dei certificati “sostituibili” con dichiarazioni, i “certificati medici, sanitari...”<sup>1</sup>

In effetti, i certificati medici e sanitari e le annesse pratiche vessatorie non debbono essere sostituiti: debbono essere aboliti, puramente e semplicemente.

2. Come è noto, per due millenni e mezzo, nella medicina occidentale, ha avuto gran voga la pratica del salasso.

Infatti, dei quattro *umori* – bile gialla, bile nera (o atrabile), flegma e sangue – i cui reciproci rapporti e proporzioni si riteneva determinassero salute e malattia, l'unico di cui era possibile facilmente modificare la quantità, spillandolo da una vena, era il sangue.

Lo spillatore s'appellava anche flebotomo, e lo spillamento, flebotomia.

La flebotomia avveniva tramite incisioni con penne lanceolate, o con vaccinostili, oppure col famoso ago ad alette di Strauss. Venivano usate anche le sanguisughe, pescate o appositamente allevate (irudinicoltura) negli stagni, conservate in ziri di coccio con sabbia umida o terra di padule, e applicate al malato con un complesso e insieme patetico rituale (le “coppette”).

Si riteneva che la sottrazione di sangue potesse diminuire una pressione arteriosa molto alta, attenuare uno stato di *pletora*, sottrarre all'organismo veleni (addirittura l'ossido di carbonio! addirittura il fosgene!) o tossine (uremia, colpo di calore).<sup>2</sup>

Se ne magnificavano le azioni “regionali”. In questi casi si utilizzavano le sanguettole, che venivano applicate alla regione temporale, nell'irite; alla mastoide (il celebre *sanguisugio mastoideo*) nella congestione o emorragia cerebrale; alla base del torace nelle

1. D.P.R. 20.10.1998, n. 403 (Regolamento di attuazione degli articoli 1, 2 e 3 della legge 15 maggio 1997, n. 127, in materia di semplificazione delle certificazioni amministrative).

2. R. Monteleone, in *Enciclopedia Medica Italiana*, Firenze 1956, alla voce “Salasso”.

polmoniti (qualunque cosa s'intendesse con la parola "polmonite"); al triangolo del Petit nella nefrite acuta, nella nefrite "uremica", nelle congestioni renali; sulla faccia interna delle cosce per le flebiti degli arti inferiori; all'ano in caso di emorroidi.

Ma si trattava di un rimedio invero universale, poiché le mignatte erano adoperate anche nella poliomielite anteriore acuta, nella meningite tubercolare infantile, nella laringite flemmonosa, nell'amenza.<sup>3</sup>

Nel corso dell'Ottocento si era giunti alla consapevolezza dell'inutilità del sanguisugio grazie ai primi esperimenti clinici controllati: Josef Skoda, medico ceco operante nella Vienna del Vormärz, e Charles-Alexandre Louis, medico all'Hôtel-Dieu di Parigi, confrontarono le condizioni di salute di pazienti (davvero pazienti!) sottoposti a salasso con quelle di malati non sottoposti a salasso: gli scampati alla sottrazione di sangue stavano nettamente meglio.<sup>4</sup>

Nonostante ciò – nonostante che i malati del dottor Broussais, corego estremo del vampirismo sanificatore, diventassero con sospetta e drammatica frequenza oggetti delle mirabili autopsie del medesimo dottor Broussais;<sup>5</sup> nonostante che le scoperte microbiologiche e tossicologiche ne venissero screditando l'utilizzo nella polmonite, nell'*etisia*, e nell'ossicarbonismo; nonostante diventasse di giorno in giorno più perspicuo l'imbroglio di una parassitosi scambiata per una terapia; nonostante l'incongruenza di un'unica cura valida per *molti* malanni *tutti diversi* tra loro per natura e causa – nonostante ciò, il salasso fu praticato per buona parte del Novecento. Ancora nel 1929 la Farmacopea italiana registrava le due specie di mignatte utilizzabili per il sanguisugio: l'*Hirudo medicinalis* e l'*Hirudo officinalis*. E la pratica veniva de-

3. A. Alfieri, in *Enciclopedia Medica Italiana*, cit., alla voce "Sanguisugio"; A. Pal, in *Enciclopedia Italiana Treccani*, Roma 1949, alla voce "Sanguisuga".

4. P. Ch.-A. Louis, *Recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires, et sur l'action de l'émetique et des vésicatoires dans la pneumonie*, Paris 1835.

5. W.F. Bynum, *François Joseph Victor Broussais*, voce del "Liber Amicorum. Repertorio biografico di storia della medicina e delle scienze naturali", supplemento a "Kos", 6, 1981, pp. 142-143; vedi M. Foucault, *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane* (1963), Einaudi, Torino 1969, pp. 210-220.

scritta come attuale, benché in declino, ancora nei trattati degli anni cinquanta.

In questa storia, vi sono molti elementi di rilievo.

Innanzitutto, i fautori della flebotomia non erano tenuti a dimostrare alcunché: non la plausibilità ermeneutica, non la fondatezza scientifica, non l'utilità fattuale del loro operato. L'onere della prova spettava esclusivamente a coloro che ne combattevano l'uso.

In secondo luogo, non bastarono le dimostrazioni di inefficacia a scalfire o a distruggere una pratica bimillenaria, ancorché causa di numerose vittime e coronata da evidenti insuccessi, ma basata su rappresentazioni simboliche forti e su credenze radicate.

L'antica cultura ematica (la conoscenza delle sue virtù e dei suoi segreti, delle qualità, delle integrate temperanze o delle ripugnanti distemperanze) vedeva nella flebotomia una *evacuatio universalis*, una necessaria grande purga o purificazione del sangue-vita, un rinnovamento del liquore vitale, una *universalis medicina omni passionis ex plenitudine* che faceva sgorgare, insieme agli umori deteriorati, le *passiones*, gli agenti del male e dello squilibrio fisiopsicologico.<sup>6</sup>

Tra l'uso del salasso e le certificazioni si ravvisano alcune simiglianze, e una differenza. Si prenda, ad esempio, l'ormai mitologico "Certificato di Sana & Robusta Costituzione Fisica", di cui si dirà.

Anch'esso si riferisce a un'ideologia sanitaria passata in predicato: il costituzionalismo sta alla Sana & Robusta, come l'umorismo stava al salasso.

Anche nel caso dei certificati, coloro che legiferano sembra non siano tenuti a esibire uno straccio di prova sull'utilità delle norme che emanano. Assistiamo di continuo al florilegio varopinto delle opinioni di ministri (con e senza portafoglio), di par-

6. P. Camporesi, *Il sugo della vita. Simbolismo e magia del sangue*, Edizioni di Comunità, Milano 1984, p. 19.

lamentari (sedentari o transumanti), dei mandarini di Gabinetto e delle sottoprefette in tailleur che indicano ai sudditi la panacea e l'elisir dei guai nazionali. Ma le norme che vincolano un intero popolo non possono essere basate su opinioni: debbono fondarsi, bensì, su dimostrazioni, studi, prove. Invece, come ai tempi di Skoda e di Louis, tocca a coloro che ne contestano l'utilità addurre prove d'inefficacia.

Infine, quasi tutti i certificati attengono alla superstizione e a illusorie rappresentazioni sociali di "sicurezza". Quanti li contestano, non s'illudano di abatterli con facilità, in nome della razionalità e del buonsenso. Sovente, un baluardo cartaceo è ritenuto migliore di nessun baluardo.

C'è una differenza, tuttavia.

Se, oggidi, una legge imponesse l'utilizzo delle mignatte per la terapia dell'*ictus*, vedresti clinici e parenti insorgere, adirati e ilari, e disobbedire con giocoso fanculismo a una norma inverecconda, in nome della dignità professionale gli uni, in nome dello schifo e della *pietas* gli altri. Il clinico – dovendo scegliere tra norma ed etica – sceglierebbe con tranquilla e fiera decisione l'etica: a tutti piace essere Antigone, una volta nella vita.

Al contrario, una legge impone il "Certificato di Sana & Robusta Costituzione Fisica": ma né i medici pubblici né i cittadini insorgono. Brontolano un po', ridacchiano, e si adattano a capo chino.

Il dilemma del medico pubblico si pone, infatti, tra "atto pubblico" e "falso in atto pubblico" – l'uno e l'altro *cacata charta*; e la carta si lascia scrivere – in ambedue i casi la figura che rimedia è quella del peracottaro.

3. Ho esaminato nel mio libro<sup>7</sup> analiticamente alcuni dei certificati cui gli italiani sono costretti, nel tentativo di metterne in evidenza l'inconsistenza razionale, l'indimostrabilità scientifica e

7. [Il riferimento è al già citato volume *Il certificato come sevizia*. Ferigo vi analizza fra gli altri: il certificato di sana e robusta costituzione, il libretto sanitario per gli alimentaristi, i "requisiti visivi" per poter usare armi da fuoco, il certificato medico necessario per poter ottenere la patente di guida.]

l'inefficacia pratica. Ho poi allargato la riflessione ad alcune procedure molto frequenti – l'autorizzazione sanitaria di pubblici esercizi, l'igiene edilizia, i cosiddetti inconvenienti igienici – e, infine, all'intera disciplina.

Le conclusioni sono: che l'“Igiene Pubblica” versa in una gravissima crisi culturale; che la sua struttura e il suo impianto ideologico sono vetusti e inapplicabili; che gli indubbi successi conseguiti in ben limitati campi (ad esempio, nella lotta contro le malattie infettive) hanno rafforzato anche le sue parti caduche o grottesche – in una sorta di compulsiva coazione a ripetere all'infinito gesta gloriose, anche in assenza dell'oggetto della gloria (vedi l'ossessione per la “nutrizionistica”, in tempi in cui non ci sono più né pellagra né scorbuto); che essa sopravvive oggi prevalentemente in termini vessatori e in arzigogoli burocratici, incurante di smentite scientifiche e di riscontri di fatto.

In verità, smentite e riscontri non si possono nemmeno proporre: la disciplina non è dimostrabile né falsificabile, poiché non si fonda su dimostrazioni o su paradigmi razionali, bensì e soltanto sulla coerenza formale con postulati amministrativi; in questo caso, la “medicina basata su prove” che tutto il mondo invoca non è applicabile: al massimo, si può provare col dilleggio.

Col dilleggio ho abbondato. Ho cercato di evitare, quanto più mi è stato possibile, il gergo tecnico: credo, infatti, che non la pigrizia degli addetti né le improbabili conversioni dei burocrati potranno fare piazza pulita di questi scempi, ma soltanto la decisa domanda dei cittadini.

In realtà, i “cittadini” – intesi come consapevoli artefici del proprio destino, all'interno di convenzioni pattuite condivise e rispettate – sono una categoria che la Sanità Pubblica non contempla: la Sanità Pubblica, così come oggi è concepita, prevede soltanto sudditi.

Il suo impianto-base ideologico, infatti, rimanda ai principi e alle direttive della *Medizinische Polizei* – applicazione all'igiene, alla salute e alla statistica della più generale *Polizeiwissenschaft*, la nuova scienza dell'amministrazione elaborata dal cameralismo tedesco per il governo della “coniugalità”, delle professioni e del-

lo Stato – introdotta nella Lombardia di fine Settecento dal medico renano Johann Peter Frank.<sup>8</sup>

La Polizia medica contemplava un soggetto, il Principe (o il Magistrato) illuminato; un oggetto, l'ordinata conservazione della salute del popolo; e un mezzo, la coercizione. Il Principe si faceva carico della "felicità" dei suoi sudditi, imponendo loro misure volte a tutelarne la salute – misure che i sudditi da soli non avrebbero messo in opera, perché preda di "superstizioni" e di ignoranza. Perciò, ad esempio, bisognava costringerli alla vaccinazione antivaiolosa: i sudditi, per conto loro, l'avrebbero scampata, potendo. Questa Polizia era onnipervasiva; invadeva ogni spazio, anche il più intimo: lo Stato, nel ricercare il bene comune, poteva addirittura indirizzare o contrastare gli "appetiti sessuali" dei singoli, quando – attraverso il contagio coniugale e la trasmissione ereditaria – minacciassero l'integrità della famiglia o delle stirpi future:

Non so ben comprendere come nella vita sociale s'abbia a conservare intatta la libertà naturale dell'uomo, e che pare a me pensar troppo alla Rousseau colui che così pensa [...]. Si vogliono meno leggi e conservare con queste poche leggi la libertà [...]. Ma non è egli meglio per me e per gli altri membri dello stato che mi siano legate le mani [...]. Sì ma la polizia medica! La polizia medica farà che ogni padre di famiglia sia verso la pubblica sicurezza garante de' suoi domestici: obbligherà il marito all'osservanza de' suoi principali doveri verso sua moglie, sia ella sana, ammalata, gravida, partoriente, o puerpera; la polizia medica, se lo crederà necessario, ricercherà conto ai genitori della vita, della fisica educazione, dei castighi, dell'impiego dei loro figli: essa impedirà i matrimoni di dissolute vecchie con floridi giovani avari; matrimo-

8. E. Brambilla, *La medicina del Settecento: dal monopolio dogmatico alla professione scientifica*, in *Storia d'Italia. Annali 7, Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Einaudi, Torino 1984, pp. 3-147, *passim*. Dalla figura di Johann Peter Frank prende l'avvio – per una critica pacata ma serrata e radicale delle imbecillità cui la Pubblica Igiene è costretta – M. Valsecchi, *La prevenzione in una società complessa*, "Bollettino SNOP", 47-48, 1998, pp. 7-11.

ni d'un tisico dichiarato con una donzella sana e vigorosa, la polizia medica vieterà che non possa alcuno condur in sui pascoli comunali le sue bestie infette, né girar liberamente e infettare tutta la città, s'egli o i suoi sono presi dal mal contagioso o dalla peste [...]. Tali essendo le incumbenze della polizia medica [...] gli è strano assai che si incolpi la polizia medica di voler troppo restringere la libertà civile e favorire la dispotica potenza legislativa, è che male intendiamo cosa sia libertà.<sup>9</sup>

(Ma forse è necessario risalire ancora più indietro; al 1596, a quella decisione terminale – alla fine di una serie anche contraddittoria e contrastata di decisioni – della Controriforma che fu davvero capitale per la cultura italiana, e che consisteva nel vietare la lettura della Bibbia in volgare ai popolani, poiché *difficilia Fidei non tradenda sunt rudi populo*. Si trattò di una catastrofe civile, prima ancora che culturale. Così, mentre i contadini e gli artigiani tedeschi e ungheresi, sloveni e svedesi, francesi e inglesi leggevano la Bibbia direttamente e nella loro lingua, protagonisti in prima persona e responsabili della loro “salvezza” – qualunque cosa si voglia intendere con la parola “salvezza” –, i contadini e gli artigiani italiani si dovettero accontentare delle regolette minuziose e arbitrarie dei catechismi, delle sanzioni paternalistiche o violente dei tribunali inquisitoriali, in una perenne confusione di reato e di peccato, in un'eterna partita doppia di furbizie e scappatoie. Da qui la fregola tutta italiana per i precetti, che pochi conoscono e tutti infrangono, confidando nella benevola assoluzione con tre *pateravegloria* di penitenza.)<sup>10</sup>

Ridotti a *gregge dei fedeli*, per molti secoli; a *lazzaroni* sventati e inaffidabili, da reggere con le dande; a volgo disperso che nome non ha, gli italiani sono ancora dei *sudditi*, da tener sotto tutela,

9. J.P. Frank, *Sistema completo di polizia medica*, Milano 1825, vol. I, pp. 26-29 (ma il *System einer vollständigen medizinischen Polizei* venne dato alle stampe a Mannheim nel 1779 ed ebbe già a fine Settecento edizioni tradotte in italiano).

10. Vedi, da ultimo, G. Fragnito, *La Bibbia al rogo. La censura ecclesiastica e i volgarizzamenti della Scrittura (1471 - 1605)*, il Mulino, Bologna 1997.

per gli eredi di quegli antichi prelati, di quegli intellettuali illuminati – i moderni burocrati.

In verità, sull'estremo scorcio del Millennio, lo Stato italiano – tramite l'unico ministro della Sanità della sua intera storia dotato di attributi, la signora Bindi – sembra aver cambiato rotta. Ha varato, infatti, un "Patto di solidarietà per la salute" che

impegna le istituzioni preposte alla tutela della salute e una pluralità di soggetti: i cittadini; gli operatori sanitari; le istituzioni; il volontariato; i produttori, non profit e profit, di beni e di servizi di carattere sanitario [...]. I risultati di salute non dipendono infatti soltanto dalla qualità tecnica delle prestazioni, ma trovano radici più profonde nella responsabilizzazione dei soggetti coinvolti e nella loro capacità di collaborare. [...] La promozione della salute non può *prescindere dalla maturazione di una coscienza civile* e dalla assunzione da parte di tutti i cittadini di una *responsabilità personale diretta e consapevole* nei confronti del proprio benessere fisico, psichico e sociale, in termini di diritti così come di doveri.<sup>11</sup>

Parole solenni; e linguaggio chiaro. Un patto si stipula tra liberi, che liberamente dispongono di sé, non tra soprastanti che impongono e sottani che ubbidiscono. Un patto presuppone la responsabilità reciproca: i liberi contraenti di un patto si fidano l'uno dell'altro. Un patto esige la consapevole e concorde adesione, non la cieca e sospettosa costrizione. Un patto decade per dolo o per colpa; non tollera arbitrio o supponenza.

Applicato alla Sanità Pubblica, il "Patto di solidarietà" ne sfracella il mito e il rito, il nome e il come, sfracella la Cosa intera, con tutta la sua languida esausta tignosa decrepita insensatezza.

11. D.P.R. 23.07.1998, n. 201 (Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000), p. 10 (corsivi miei); sul significato di "patto", vedi A. Burdese, in *Novissimo Digesto Italiano*, UTET, Torino 1957 sgg., *sub voce*, vol. XII, pp. 708-711.

## Il miraggio del farmaco

**PEPPE DELL'ACQUA**

*“Io un soggetto schizofrenico?  
Ma no, io sono un democratico napoletano.”*  
Antonio de Curtis, Totò

Chi avesse il tempo di frequentare come osservatore almeno uno degli innumerevoli convegni delle società psichiatriche, organizzati con larghezza di mezzi in ogni parte del mondo dall'industria farmaceutica, si convincerebbe che è ormai vicina la realizzazione del sogno degli psichiatri. Il sogno almeno di quelli, e sono la maggioranza, convinti che le malattie mentali sono determinate da un guasto organico. Grazie ai risultati ottenuti dalla biologia molecolare, dalla genetica, dalle neuroscienze, con l'accattivante suggestione delle immagini colorate e tridimensionali del cervello, la causa della malattia mentale appare ormai certa e indiscutibile. I sistemi neuronali, i mediatori, le sinapsi con sempre maggiore dettaglio si confermano responsabili del malfunzionamento del cervello e disegnano solidissimi modelli di malattia.

Appena fuori dal convegno il nostro osservatore, incontrando persone che con la malattia mentale hanno *veramente* a che fare, si sentirebbe disorientato, non potrebbe non avvertire un fastidioso turbamento. Si accorgerebbe che i solidissimi modelli fanno fatica a contenere la realtà e non potrebbe fare altro che prendere atto dello scollamento, della dissociazione tra i modelli di malattia e la ruvidezza della vita concreta e singolare delle persone.

Le persone che vivono l'esperienza del disturbo mentale sono costrette, loro malgrado, a fare i conti con le conseguenze di que-

Peppe Dell'Acqua è dal 1996 direttore del Dipartimento di salute mentale di Trieste.

sto scollamento. Devono sopportare una penosa contraddizione. Da una parte la clinica, la medicina che definisce con certezza la diagnosi, promette cure e intanto semplifica, riduce e alla fine costringe all'identità della malattia. Dall'altra l'insopprimibile volontà di resistere, di giocare tutte le possibilità della propria vita, il bisogno malgrado tutto di essere protagonisti, di esserci, di dare significato alla propria esperienza e accettare di convivere con una faticosa incertezza.

Per gli operatori del campo lo scollamento è logorio quotidiano e nelle discussioni dei gruppi di lavoro dei dipartimenti di salute mentale e degli istituti universitari più attenti è presenza ostinata e feconda.

Poco, tuttavia, la psichiatria sembra riflettere sulla questione: da un lato è impegnata ad accreditare la sua "scientificità", dall'altro vive come disturbo l'illimitata variabilità del quotidiano, la singolarità delle esistenze e dei conflitti. Un accidente che la stessa psichiatria tenta di scotomizzare, ignorare, accantonare, mentre il miraggio del farmaco "che cura la malattia" resta l'interesse dominante.

È innegabile il contributo delle neuroscienze nei progressi (impensabili) della neuropsicologia e, sul piano applicativo, nel campo della riabilitazione cognitiva. Tuttavia, al di là dei miraggi, esse stanno evidenziando sempre meglio i limiti dei modelli biomedici in rapporto alla malattia mentale e alla vastità delle ormai infinite correlazioni tra i mediatori chimici, gli eventi, i contesti, le storie di vita.

Più procede la ricerca più diventa evidente l'abisso tra le formidabili scoperte delle neuroscienze e i modelli di malattia mentale, che ora appaiono rudimentali. Ma paradossalmente proprio con il contributo di queste ricerche diviene più difficile *spiegare*.<sup>1</sup>

1. Uso qui *spiegare* per intendere l'evidenziazione delle connessioni tra possibili cause biologiche, le evidenze oggettive, e le manifestazioni comportamentali e relazionali proprie della malattia, i sintomi. Ritengo che ricercare le cause, descrivere i sintomi, organizzare le osservazioni empiriche in diagnosi e discorsi comunicabili resti una premessa indispensabile per il lavoro clinico. Sul versante della ricerca, però, proprio per i sistemi complessi che essa utilizza, la molteplice presenza di fattori totalmente differenti che chiama in causa, mentre arricchisce il campo, rende più difficile, se non impossibile, quelle spiegazioni.

Malgrado tutto, i modelli e le spiegazioni finiscono per assumere un valore totalizzante sia nella formazione degli operatori che nell'operatività quotidiana e nella vita delle persone che vivono l'esperienza del disturbo mentale.

Il problema dello scollamento appare con tutta evidenza quando ci avviciniamo agli psicofarmaci e alla questione del modello di malattia che gli psicofarmaci accreditano.

Gli psicofarmaci si sono dimostrati utili nel trattamento del disturbo mentale severo. Riescono a fronteggiare sintomi drammatici, a contenere lo scompenso, a lenire insondabili dolori, a consentire più rapido accesso a percorsi di ripresa, di abilitazione, di emancipazione. Ma quando il *modello farmacologico* pretende di spiegare la malattia diventa prepotente, falsifica la realtà, riduce ogni cosa.

I farmaci impediscono allo psichiatra di vedere la persona che gli sta davanti. Mentre parla, pensa alla prescrizione. Non riesce a vedere altro. Basaglia cercando di farmi capire queste cose, era l'ottobre del 1979, ricordò Ernst Töller. Il drammaturgo tedesco, morto suicida a quarant'anni, dopo la terribile esperienza di internamento nel manicomio, aveva scritto che "lo psichiatra è un uomo che ha occhi ciechi e orecchie sorde". E Basaglia aggiungeva: questo non vuol dire che egli non sia capace di vedere e ascoltare gli amici, la moglie, i figli! È quando lo psichiatra ha davanti "il suo malato" che non è più capace di vedere e di ascoltare.<sup>2</sup>

Il farmaco, anche se agisce sui sintomi, dunque a valle di un processo che conserva tutta la sua complessa insondabilità, viene assunto a conferma del modello e della organicità del disturbo mentale.

Il modello prende il sopravvento sulla vita reale e costringe così a operazioni tragicamente riduttive, a banali semplificazioni quando accosta (confonde) ambiti e dimensioni incompatibili tra loro in quanto riguardano la vita, la singolarità dell'esistenza, le

2. Cfr. F. Basaglia, "L'inedita presentazione di Franco Basaglia", in P. Dell'Acqua, *Non ho l'arma che uccide il leone*, Stampa Alternativa, Roma 2007.

scelte che vivono sempre in un loro singolare contesto, in una loro irripetibile temporalità.

Il modello (il farmaco) condiziona così i rapporti sociali, le relazioni delle persone e costringe nel patologico sentimenti ed emozioni, lutti e conflitti, passioni e indifferenze, amori e disamori.

Questo passaggio non è cosa da poco.

Quasi un terzo delle persone vive una condizione di disagio, di malessere, di fatica a vivere. È il disagio che accade, prima o poi, a ognuno di noi: insonnia, affaticamento, difficoltà relazionali, conseguenze di conflitti sociali, di catastrofi e di eventi bellici, separazioni, lutti, occasionale abuso di alcol, droghe e farmaci, insoddisfazione nelle relazioni e nei rapporti di lavoro. Questi eventi allo sguardo delle psichiatrie (e delle psicologie) transitano nel campo del patologico. La parola “depressione”, nell’accezione sommaria e abusata di malattia mentale, diventa il contenitore e insieme la spiegazione di ogni condizione. La prescrizione del farmaco conclude puntualmente questo percorso.<sup>3</sup>

L’industria farmaceutica alimenta con ogni mezzo queste psichiatrie fino a proporre, come nel caso della depressione, singolari linee guida. A meritare interventi farmacologici non è solo la depressione, in quanto entità clinica definita, ma anche una condizione che di depressione non è e che però a essa potrebbe alludere. La cosiddetta depressione sotto soglia. Non solo i medici psichiatri ma anche e soprattutto i medici di famiglia vengono addestrati per essere capaci a *cogliere il patologico* e *ridurre a depressione* tristezze e affanni, stanchezze e rancori, frustrazioni e delusioni, perdite e lutti. I medici di famiglia finiscono così per essere i maggiori prescrittori di ansiolitici e antidepressivi. A nulla valgono le ricerche indipendenti, poco pubblicizzate peraltro, che mettono in dubbio l’efficacia degli antidepressivi, per esempio, o avvertono su drammatici effetti collaterali. Di recen-

3. Per uno sguardo diverso su salute, malattia e trattamenti, vedi F. Rotelli, *Ma la salute mentale che cosa è?*, “Comunitas”, 12, 2006 e F. Ongaro Basaglia, *Salute/malattia*, Einaudi, Torino 1982.

te la ricerca condotta da Irving Kirsch<sup>4</sup> con un gruppo di ricercatori inglesi, americani e canadesi ha dimostrato che l'efficacia degli antidepressivi è paragonabile a quella del placebo. Come se niente fosse accaduto, il modello si riconferma e prende forza. Paradossalmente i risultati della ricerca autorizzano le industrie farmaceutiche a immettere sul mercato più recenti e "miracolose" molecole, e il gioco ricomincia. È davvero un gioco perverso se si pensa che le industrie farmaceutiche hanno la necessità di cambiare le molecole sul mercato quando queste già in produzione perdono il brevetto (e l'esclusiva), dunque perdono valore di mercato e contestualmente bisogna brevettare nuove molecole che, in genere, sono di poco differenti dalle prime. L'affare ha dimensioni gigantesche.

Basterebbe solo pensare che in questo momento, mentre scrivo, almeno un milione di italiani sta ingoiando una pillola di antidepressivo.

Con maggiore dettaglio e accuratezza, l'inchiesta di Jacky Law, giornalista americana, di recente in libreria per Einaudi, denuncia il condizionamento delle industrie farmaceutiche non solo nel definire modelli di malattia ma nel costruire il concetto di salute.<sup>5</sup> È paradigmatica l'esplosione degli antidepressivi (SSRI), del Prozac, "la pillola della felicità" che si propone di garantire elevati livelli prestazionali, relazionali e affettivi. Il farmaco, malgrado le ricerche indipendenti abbiano denunciato effetti collaterali e conseguenze gravissime (assuefazione e sviluppo di intenzioni suicidarie fino alla concreta evenienza del suicidio in un cospicuo numero di persone in trattamento), ha assunto una diffusione larghissima, di dimensioni, in termini di profitti, impensabili per un'azienda farmaceutica. E, d'altra parte, c'era

4. I. Kirsch, B.J. Deacon, T.B. Huedo-Medina, A. Scoboria, T.J. Moore, B.T. Johnson, *Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration*, "PloS Medicine" (rivista online), marzo 2008. Il rapporto di Irving Kirsch, direttore del Dipartimento di psicologia della Hull University valuta gli esiti complessivi di quarantasette studi (sia noti che inediti) di esperti britannici e statunitensi sui reali effetti delle "pillole della felicità": fluoxetina (Prozac), venlafaxina (Efexor), paroxetina (Seroxat) e molecole similari.

5. J. Law, *Big Pharma* (2006), Einaudi, Torino 2008.

da aspettarselo visto che “sono potenziali consumatori del Prozac le persone con disturbi dell’alimentazione, sessuali e di ansia, pazienti depressi, schizofrenici e con disturbo da stress post-traumatico. Ma non solo, anche tutti quelli che presentano sintomi subsindromici: i timidi, chi è sempre stanco e ha poca autostima; quelli troppo irritabili, i perfezionisti, chi è di carattere inflessibile o soffre di malessere o tristezza generale; e chi è troppo aggressivo o violento. In pratica, chiunque – sano o malato che sia – possa beneficiare degli effetti ‘educativi’ della pillola di antidepressivo”.<sup>6</sup>

Le medie, le scale, le oggettive ed evidenti osservazioni, altri direbbero “lo sguardo freddo e distante della clinica”, poco hanno a che vedere, abbiamo detto, con le persone, con i soggetti, con le singolari e molteplici identità.

Soprattutto chi fa ricerca nel campo delle neuroscienze sa bene che il cervello medio è cosa ben diversa dalla singolarità del cervello, sa bene che ambiti differenti, diverse stimolazioni sviluppano reti neuronali e modalità di funzionamento singolari.

È singolare peraltro che il modello biopsichiatrico, una sorta di psichiatrizzazione delle neuroscienze, continui a svilupparsi su un assunto mai dimostrato: la lesione del cervello. Nancy Andreasen, psichiatra e tra gli esperti di psichiatria biologica più accreditati, in un ormai classico e puntuale articolo del 1997,<sup>7</sup> discute un progetto di ricerca per la costruzione di una *psicopatologia scientifica*. Tra le questioni fondamentali, che elenca con rigore, affronta il nodo della relazione tra mente e cervello. “La relazione tra mente e cervello – scrive – è stata ampiamente discussa dalle psicologie e filosofie contemporanee senza alcuna soluzione decisiva. Una possibile soluzione è adottare la posizione che la mente è l’espressione dell’attività del cervello [...] le alterazioni dei comportamenti proprie della malattia mentale riflettono l’anomala interazione cervello/mente [...]. Esse [le alterazioni] so-

6. Ivi, parte II, “La storia degli SSRI”, p. 144.

7. N. Andreasen, *Linking Mind and Brain in the Study of Mental Illness: A Project for a Scientific Psychopathology*, “Science”, 5306, 14 marzo 1997, pp. 1586-1593.

no malattie di una psiche (della mente) che risiedono in quella regione del soma (del corpo) che è il cervello.” L’obiettivo a lungo termine sarà identificare i meccanismi neurali che presiedono ai normali processi cognitivi e scoprire come essi sono lesionati nelle malattie mentali (qui il termine *cognitivo* è largo e si riferisce a tutte le attività della mente incluse le emozioni, la percezione, la regolazione dei comportamenti). Nel corso dell’articolo descrive magistralmente il modello biopsichiatrico, sviluppa tutto il discorso e le deduzioni conseguenti, fino alle più significative indicazioni terapeutiche, a partire dalla premessa che le lesioni del cervello seppur non dimostrate saranno sicuramente scoperte. Sulle lesioni da scoprire, *to-be-discovered lesions*, si fonda dunque il modello della ricerca. Fin qui, se si resta nel terreno delle ipotesi di ricerca, va tutto bene. È paradossale che sulle *to-be-discovered lesions* si costruisce l’agire psichiatrico: le spiegazioni di ciò che accade nella vita delle persone, le pratiche di intervento, le organizzazioni dei servizi psichiatrici!<sup>8</sup>

Lo stesso assunto paradossale proietta la sua ombra sull’altro campo altrettanto significativo e fondante la (presunta) scientificità della psichiatria: la diagnosi.

La diagnosi in psichiatria si legittima scientificamente come ricerca ed estrapolazione di segni di malattia nel complesso dell’esistenza individuale e sociale della persona. L’intervento psichiatrico, risalendo a ritroso nella storia, finisce per rappresentare un potente condizionamento nella stessa analisi dello sviluppo storico della sofferenza e della malattia. La vita concreta viene sottoposta a un lavoro di ricodifica a posteriori. Il comportamento viene progressivamente, nel corso della lettura della storia, oggettivato e incanalato nei canoni prestabiliti dalla diagnosi posta.

Il paradigma psichiatrico si presenta, così, come falsamente induttivo; in realtà esso ricerca una corrispondenza tra il com-

8. Intorno a questi temi ho molto discusso con Furio Di Paola e i suoi lavori mi sono stati di aiuto. Vedi F.G. Di Paola, *L’istituzione del male mentale. Critica dei fondamenti scientifici della psichiatria biologica*, manifestolibri, Roma 2000; Id., *Soggetti diversi. Singolarità, psichiatria, neuroscienze*, Dante & Descartes, Napoli 1999.

portamento del soggetto e una serie di schemi preformati (le malattie, le sindromi) e tra questi e le lesioni da scoprire.

La storia, in termini clinici “l’anamnesi”, altro non è che la *ricerca dei segni della malattia*.

I fatti della vita vi appaiono solo in quanto fattori scatenanti, semplici situazioni di stimolo che accelerano il “processo” patologico che comunque viene dato come (pre)esistente.

Una volta posto a priori il patologico (le lesioni), si ricercano gli scarti dalla norma negli atti e nei comportamenti, i segni della manifestazione patologica stessa.

Questa priorità del patologico, spinta all’estremo, arriva a invalidare i gesti pratici, le scelte, la vita concreta, perché tra la persona e la malattia resta un salto, un vuoto in senso logico e analitico.

Nella diagnosi psichiatrica i fatti, i gesti vengono accostati secondo un senso a essi esterno, in un meccanismo che li sovradetermina.<sup>9</sup>

D’altra parte è noto che in questo campo ogni psichiatra conduce un’esistenza doppia, si direbbe schizofrenica. Egli ha imparato a scindersi tra il paradiso – il mondo di ghiaccio liscio e geometrico delle classificazioni, dei modelli, delle medie – e l’inferno – il mondo sporco, ruvido, multiforme delle concrete, difficili e incerte decisioni diagnostiche e delle cure. Egli sa (o dovrebbe sapere) che ha di fronte questa singolare persona con tutto il mondo ignoto della sua storia ma allo stesso tempo gli viene chiesto di trovare la scatola con l’etichetta dove racchiudere e omologare quella irripetibile esistenza.

Riconoscere, attraversare e riattraversare questo campo di tensione è stato ed è il senso del nostro lavoro a Trieste.

Nell’esperienza triestina, ma qui direi meglio basagliana, l’approccio comprensivo alla persona accade in una dimensione *reale* dove la malattia (e la diagnosi) “ha e non ha peso”, perché i li-

9. Quanto è riportato nel testo è parte di un lavoro intorno alla diagnosi e alla perizia psichiatrica svolto con Roberto Mezzina col quale, intorno a questo tema, continuo a discutere. Vedi G. Dell’Acqua, R. Mezzina, “La storia e il soggetto”, in G. Dell’Acqua e R. Mezzina (a cura di), *Il folle gesto*, Sapere 2000, Roma 1988.

velli di vita, le capacità relazionali, i modi di sentire sono determinati da altro e da infinite altre connessioni che sono di volta in volta da scoprire (queste sì da scoprire!). L'incontro accade in un luogo dove le persone vengono a consegnare, perché vengano accolte e medicate, sofferenze acutissime, abissi di terrore, incontrollabili voci ora paurose ora suadenti, visioni angeliche e diaboliche; il luogo che accoglie tutto l'indicibile gelo, il deserto senza fine di emozioni e relazioni rese irriconoscibili, insostenibili da qualcosa che in quei momenti pare ed è più grande di loro. Più forte di tutto.<sup>10</sup>

Ma questo naturalmente conduce ad altre questioni. È implicito che io non insista, in questo breve contributo, sulle soluzioni e pratiche triestine in materia non tanto di diagnosi quanto di presa in carico, non di anamnesi quanto di ricostruzione biografica e storia personale, non di prognosi quanto di progetto di vita.

In questa sede basterà questo breve cenno per prefigurare un altro campo di possibilità. Quel campo realistico e promettente dove incontriamo "il malato e non la malattia", esplicitamente pensato non in termini di modelli omologanti ma di percorsi singolari.<sup>11</sup>

Entrando nello spazio pulito dei modelli di malattia si realizza una sorta di sospensione, di elusione del rapporto con la realtà che definirei di passività (dell'operatore, del terapeuta), che si tratti di riabilitazione, di psicoterapie le più varie, di clinica, di farmacoterapia.

Si finisce per non fare altro che il "corretto protocollo terapeutico" e si attende che quel farmaco, quel particolare definito atto psicoterapeutico o riabilitativo faccia il suo effetto. Condizione di passività che produce intanto perdita di significato della vita della persona che comunque continua a vivere al di fuori

10. Per un contributo dal punto di vista di chi vive l'esperienza del disturbo mentale quando incontra le istituzioni della psichiatria, vedi A. Banfi, *Tanto scappo lo stesso. Romanzo di una matta*, Stampa Alternativa, Roma 2008.

11. Sull'organizzazione del Dipartimento di salute mentale di Trieste, sulla sua storia, sui principi che lo sostengono e sui servizi territoriali, i progetti, i programmi, i percorsi abilitativi ed emancipativi, vedi <<http://www.triestesalutementale.it>>.

della malattia, nonostante la malattia, per diventare ostacolo alla partecipazione, alle relazioni e infine immiserimento della quotidianità.

Per lo psichiatra questa condizione di passività riproduce una frattura irrisolvibile (e alla fine tragicamente invisibile) tra il rigore scientifico della diagnosi, della classificazione, della ricerca delle cause e la realtà della persona che vive l'esperienza del disturbo mentale, nella *comune infelicità* della nostra vita quotidiana.

Sembra ancora vero che lo psichiatra debba costringersi a una scelta in ogni caso parziale e riduttiva: accettare i parametri della psichiatria scientifica facendo aderire la persona ai modelli, ai sintomi, a favore della teoria; avvicinarsi al malato così com'è cercando di comprendere che cosa egli è diventato passando attraverso le esperienze di vita e le istituzioni e i saperi della psichiatria, a favore della realtà.<sup>12</sup>

È evidente quanto la persistenza di una frattura tra ricerca e intervento terapeutico continui a restringere e a immiserire il campo. In genere la ricomposizione della frattura si realizza sempre con infinite e profonde falsificazioni. Si pensi alla pulizia dei lavori scientifici, agli interventi nei convegni contrapposti all'impurità e complessità della vita delle persone, alla sporcizia e inaccessibilità dei luoghi della cura, ai rapporti gerarchici tra gli operatori e tra questi e i pazienti. Mai da questi contributi scientifici è possibile risalire allo sporco, alle violenze, alle mortificazioni che a quei lavori hanno fatto quanto meno da sfondo.

Se la psichiatria continuerà a non riflettere su queste contraddizioni si costringerà sempre più a modelli di estrema povertà (i farmaci in questo senso sono riduttivi, sottrattivi). Confermerà, malgrado la fragilità delle sue certezze fondative, la collocazione acritica nel campo delle scienze biologiche e, paradossalmente, proprio a causa della sua fragilità pretenderà quella collocazione con caparbietà più di quanto facciano le altre discipline mediche.

12. Dalla registrazione delle lezioni tenute da Franco Basaglia a Trieste nell'ottobre 1979, vedi <<http://www.triestesalutementale.it/letteratura/testi/29aggop.htm>>.

Soltanto per esempio: molte aspettative introdotte dagli psicofarmaci hanno dovuto successivamente segnare arresti, insuccessi e comunque dichiarare, nell'evidenza dei risultati, quanto improprie erano state le attese e le aspettative. Improprie non in quanto irrealizzabili ma in quanto impropriamente riposte sul farmaco. Pensiamo a quanto larghe (e frustranti infine) siano state le aspettative di guarigione e, con l'arrivo della clorpromazina agli inizi degli anni cinquanta, quanto sia stata acritica la speranza di chiusura dei manicomi promessa dal farmaco. I manicomi sono restati in funzione in tutti i paesi, a eccezione forse del nostro e di poche altre regioni europee. In Germania, in Belgio, in Svizzera, in Austria, in Francia, per esempio, dispongono con larghezza dei farmaci più potenti e recenti, eppure continuano a progettare ospedali e a spendere per i posti letto in cliniche e istituti psichiatrici l'80 per cento delle risorse. Ancora oggi molti psichiatri e ricercatori, e di seguito amministratori e *politici* progettano servizi e investimenti centrati sulla malattia.

L'effetto, perverso, prodotto da questo modo di pensare è evidente. Si assiste oggi, anche in Italia, al ritorno di questa psichiatria (mai in verità aveva lasciato il campo) nei luoghi vecchi e nuovi della riforma, nei luoghi dove si era appena indebolito il suo secolare dominio. Sono riemersi con prepotenza stili operativi che alludono a modelli culturali che sembravano superati o quanto meno ridotti nella loro forza oggettivante, forme organizzative che polverizzano i servizi pubblici, sistemi "liberisti" che intendono valorizzare l'imprenditorialità privata e la competizione fantasticando una libertà di scelta che non è praticabile e che finisce per privare di opportunità i soggetti più deboli e più esposti.<sup>13</sup> Questa psichiatria è tornata nei servizi psichiatrici ospedalieri di diagnosi e cura blindati e con le persone legate ai letti, nelle affollate e immobili strutture residenziali, in comunità senza tempo che si dicono terapeutiche e che si situano fuori dal mondo aspro

13. Vedi, a proposito, la situazione della salute mentale in Lombardia (<<http://www.forumsalutementale.it/Lombardia/pssr%202007.2009.htm>>) e il d.d.l. per la riforma della legge 180 presentato a inizio della recente legislatura da parlamentari lombardi del PDL (<[http://www.forumsalutementale.it/180/txt\\_180.htm](http://www.forumsalutementale.it/180/txt_180.htm)>).

delle tensioni e dei conflitti. Nei Centri di salute mentale (CSM) vuoti e ridotti a miseri ambulatori. È tornata, con la rinnovata chimera del farmaco (e da qualche parte, poche per fortuna, dell'elettroshock), col candore del camice bianco, con la riservatezza delle cliniche private, con la falsa promessa della medicina e della clinica, alleata alle psicologie più svariate.<sup>14</sup>

Credo che da qui dovremmo ripartire e tornare a discutere intorno a queste questioni, fuori dalla piattezza dei luoghi comuni, che tra l'altro rimandano stancamente al falso e tendenzioso problema della "riforma della legge 180". Mentre invece dovrebbero rimandare ai diritti, alla cittadinanza, alle differenze, alla libertà che, come scrivemmo trent'anni fa sui muri del manicomio di San Giovanni, più di ogni altra cosa si è rivelata *terapeutica*.

14. Cfr. G. dell'Acqua, R. Camarlinghi, *Le scommesse di Basaglia – trent'anni dopo la legge che rivoluzionò gli scenari della cura*, "Animazione Sociale", 1° gennaio 2008.

## Scienza del pericolo, clinica del deficit. Sulla medicalizzazione in psichiatria

**MARIO COLUCCI**

*A partire dalla medicalizzazione dell'anormale,  
dalla sospensione del riferimento allo stato morboso,  
dalla rinuncia al fattore terapeutico,  
la psichiatria potrà realmente assegnarsi  
una funzione di protezione e di ordine.<sup>1</sup>*

Philippe Pinel e Jean-Martin Charcot: due personaggi, due scene celebri, che incorniciano la storia della psichiatria. E che ci parlano della sua medicalizzazione. Per questo possono valere ancora oggi, per capire i discorsi della psichiatria contemporanea. Se poi le osserviamo a partire dall'esperienza italiana di deistituzionalizzazione, la questione si fa oltremodo interessante. La prima scena, quella di Bicêtre all'indomani della Rivoluzione francese, rappresenta l'ingresso per la prima volta di un medico in un Hôpital général, che "nel suo funzionamento, o nel suo intendimento", come scrive Michel Foucault, "non è legato a nessuna idea medica".<sup>2</sup> Pinel scioglie gli internati dalle catene solo quando arriva a stabilire una cesura sanitaria tra normalità e follia. Inventa un asilo medico a essa consacrato. Delimita uno spazio speciale per una medicina speciale. Medicalizzare significa isolare. In fondo l'isolamento sarà l'unica "scoperta" valida anche nei decenni successivi, più dello stesso trattamento morale. L'isolamento è lo strumento terapeutico per eccellenza perché sottrae il malato all'ambiente familiare, "se non la causa, per lo

1. M. Foucault, *Gli anormali. Corso al Collège de France, 1974-1975* (1999), a cura di V. Marchetti e A. Salomoni, Feltrinelli, Milano 2000, p. 282.

2. Id., *Storia della follia nell'età classica* (1961), trad. di F. Ferrucci, Rizzoli, Milano 1976, p. 73.

meno l'occasione dell'alienazione",<sup>3</sup> perché lo inserisce in uno spazio del tutto estraneo che gli permette di "nascondere la sua follia, non nominarla, allontanarla dalla sua mente, pensare a qualcosa d'altro".<sup>4</sup> Il malato, separato dal suo contesto, dai suoi legami e dal suo passato, può ricostruirsi un mondo.

Così la psichiatria edifica il suo potere disciplinare su una pretesa terapeutica e liquida la sovranità della famiglia. Ma si trova costretta in uno spazio appartato. Non è solo il malato a essere internato in manicomio, anche il medico e la sua nuova disciplina condividono la stessa sorte. Fra quattro mura, ai confini della città, la psichiatria è lontana dalla scienza. La medicina vola sulle ali del positivismo, trionfa lo spirito d'osservazione, nasce l'anatomia patologica. Dappertutto si aprono cadaveri, perché dietro la malattia si cerca la lesione del corpo. Lo fanno anche gli psichiatri, molti manicomi hanno la loro sala settoria. Le speranze nascono dall'osservazione dei cervelli segnati dalle lesioni meninge e dalle gomme luetiche. Ma l'entusiasmo si spegne subito perché molti organi sono integri. Se la medicina ha il suo corpo morto da dissezionare, alla psichiatria non restano che tanti corpi viventi da addomesticare. È per questo motivo che la disciplina dello spazio d'internamento diventa più importante della stessa meticolosità diagnostica. In fondo, la ripartizione nosografica non avrà alcun peso nell'organizzazione dello spazio manicomiale, le distinzioni sono fatte solo sulla base del comportamento degli internati: agitati e tranquilli, sudici e autosufficienti, incapaci e abili al lavoro, ad alta e a bassa sorveglianza.

In buona sostanza, al di là delle sottigliezze classificatorie di marca *kraepeliniana*, alla psichiatria non restano che stime grossolane, scelte secche. Come ci ricorda Foucault, quella che vale in psichiatria è la diagnosi assoluta:<sup>5</sup> decidere in modo inequivocabile se si tratta o no di follia, se si ha quindi l'obbligo di restare internati o il diritto di essere liberi. La diagnosi differenziale ha po-

3. Id., *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France, 1973-1974* (2003), edizione stabilita da J. Lagrange, trad. di M. Bertani, Feltrinelli, Milano 2004, p. 99.

4. *Ibidem.*

5. *Ivi*, p. 230.

co peso, perché non si tratta tanto di identificare e classificare dei sintomi, quanto di convalidare in termini medici i motivi che hanno condotto la persona in manicomio: per caso o per necessità, per accidente o per decisione altrui ci si trova internati e al cospetto di uno psichiatra. È lui che deve trovare un senso a questa presenza del malato fra le quattro mura dell'ospedale, in una scena di affrontamento che ha il valore di un atto di fondazione di due identità, quella del malato in quanto malato e quella del medico in quanto medico. In questo spazio la follia ha la sua piena realizzazione nel ruolo di malattia mentale. Dirà Franco Basaglia: "Il manicomio ha la sua ragione d'essere nel fatto che fa diventare razionale l'irrazionale. Quando uno è folle ed entra in manicomio smette di essere folle per trasformarsi in malato. Diventa razionale in quanto malato".<sup>6</sup>

Ma in questo spazio si resta tutti internati, medici e malati. Come uscire allora dall'isolamento? È questo l'interrogativo della nascente psichiatria. Ebbene, bisogna renderlo prezioso e indispensabile. Ossia necessario al di là della terapia. L'isolamento dei folli non deve servire soltanto agli psichiatri, ma a tutta la società. Deve costituire la soluzione ideale per tutte quelle situazioni di ordine pubblico che il potere amministrativo non sa più risolvere. Se il legislatore fino alla legge francese del 1838 vive il dubbio di un sequestro di cittadini al di fuori di tutte le garanzie di legge, lo psichiatra lo rassicura sulla necessità terapeutica di una tale privazione di libertà. Soccorre il diritto ma pretende di spezzare il proprio isolamento: da un lato rinforza quello dei malati nel manicomio, dall'altro esce dal suo spazio ristretto per dotarsi di una competenza assolutamente particolare, come specialista del comportamento anormale e potenzialmente pericoloso.

È dunque pieno di contraddizioni il percorso di medicalizzazione della psichiatria: all'inizio questa chiede di isolarsi per essere disciplina speciale con luoghi speciali di esercizio, successivamente avverte la sua mancanza di credibilità scientifica e pretende parità. Ma non ce la fa a diventare una branca medica come le

6. F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina, Milano 2000, p. 34.

altre, resta sempre il vizio di un'incancellabile differenza. Perché allora non fare di questa differenza un punto di forza, un motivo d'eccezione piuttosto che un difetto? Lo psichiatra interviene come esperto in ambito penale e attraverso la sua perizia permette il gioco della doppia qualificazione medica e giudiziaria delle condotte anormali.<sup>7</sup> Interviene anche come igienista nella città per dare i suoi consigli ai governanti in tema di salute pubblica quale esperto della sicurezza e tecnico della profilassi da qualsiasi rischio del corpo sociale. Estende il suo dominio al di fuori delle mura del manicomio e al di là della malattia per far valere il suo sapere nel controllo generalizzato e nel buon funzionamento della popolazione. Al culmine del suo potere sogna persino di sostituirsi alla giustizia per diventare l'istanza generale di difesa della società. La medicalizzazione iniziata a Bicêtre si conclude con la fantasia di realizzare una scienza della prevenzione dal pericolo, da tutti i pericoli.<sup>8</sup>

Dove si colloca la seconda scena, quella della Salpêtrière? Da tempo il trattamento – inteso come trattamento morale, ossia estenuante negoziazione con il malato intorno alle sue pretese velleitarie – ha perso vigore. L'ospedale è l'edificio solenne in cui la psichiatria celebra il suo regime di verità e nasconde il suo pessimismo terapeutico. Dietro il fasto di un perfetto ordine disciplinare e di un'accurata classificazione diagnostica, non c'è più alcuna speranza di guarigione.<sup>9</sup> Charcot è già il padrone assoluto

7. Cfr. M. Foucault, *Gli anormali*, cit., in particolare le lezioni dell'8 e del 15 gennaio 1975, pp. 13-56.

8. Cfr. *ivi*, lezione del 19 marzo 1975, pp. 260-286; cfr. *Id.*, *Il potere psichiatrico*, cit., lezione del 16 gennaio 1974; cfr. anche R. Brandimarte, P. Chiantera-Stutte, P. Di Vittorio, O. Marzocca, O. Romano, A. Russo, A. Simone (a cura di), *Lessico di biopolitica*, manifestolibri, Roma 2006, in particolare le voci "Degenerazione", "Medicalizzazione", "Psichiatria" e "Salute pubblica".

9. Foucault afferma che, a partire dalla metà del XIX secolo, "dal momento in cui la psichiatria si propone di essere una tecnologia dell'anormale, degli stati anormali fissati ereditariamente dalla genealogia dell'individuo, il progetto stesso di guarire non ha più senso". In altri termini, la psichiatria perde il suo senso terapeutico quando cessa di essere una tecnica e un sapere della malattia e si fa carico del comportamento e delle sue deviazioni, assegnandosi una funzione di protezione e ordine sociale (cfr. M. Foucault, *Gli anormali*, cit., lezione del 19 marzo 1975).

di uno spazio immobile e pieno di dementi. L'istituzione all'apice del suo funzionamento ha prodotto inesorabilmente un malato spento, devitalizzato, svuotato della sua carica eversiva di contrasto al sovrapotere della macchina manicomiale. Soltanto gli isterici sembrano resistere, questi famosi e cari isterici, i primi "veri militanti dell'antipsichiatria", come li chiama Foucault,<sup>10</sup> capaci di sottrarsi al destino del manicomio che finisce per fissare tutte le forme di follia nell'unica figura pietrificata di un malato ormai privo di sintomi, senza crisi e senza violenza, totalmente docile alla disciplina. Alla diagnosi di *demenza* – cioè alla classificazione clinica della propria follia come deficit, perdita di capacità e impoverimento della mente – gli isterici di Charcot rispondono con un'esibizione del loro corpo e con un'intensificazione delle manifestazioni sintomatologiche. Ostentano al massimo grado lo spettacolo della loro malattia. Reclamano un'attenzione medica e non soltanto uno sguardo carcerario. Ma in questa richiesta d'attenzione c'è una sfida: si tratta "di un fenomeno di lotta, e non di un fenomeno patologico",<sup>11</sup> che invoca la medicalizzazione per mettere in scacco la psichiatria. Essere considerati malati è sempre meglio che essere considerati folli. La malizia sta nell'offrire alla psichiatria quello che da sempre insegue, un corpo, per di più grondante di sintomi. L'intenzione è quella di uscire dal manicomio facendo dell'isteria una malattia come le altre, spezzando così lo statuto speciale che la psichiatria ha cucito addosso a tutte le sue patologie: *sovra-medicalizzare* l'isteria per lottare contro la *sovra-psichiatrizzazione* della follia.<sup>12</sup> Dice Foucault: "Un diritto di cittadinanza [...], il diritto di non essere semplicemente folle, ma di essere un malato, è conquistato dall'isterico grazie alla costanza e alla regolarità dei suoi sintomi".<sup>13</sup> In questo senso gli isterici investono la medicina di un valore salvifico e schiacciano la psichiatria sotto le sue stesse contraddizioni: la riconoscono come disciplina medica ma frustrano la sua ambizione a uno statuto

10. M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, cit., p. 228.

11. Ivi, p. 132.

12. Cfr. ivi, "Riassunto del corso", specificamente pp. 291-296.

13. Ivi, p. 267.

speciale, a una particolarità. Di fatto ne indeboliscono il principale “strumento terapeutico”, l’isolamento, il potere di sequestrare e invalidare i malati. Bisogna curare, non internare: è questo il ritornello che rimbalza negli stanzoni chiusi dei manicomi. Che dimostri d’esserne capace, urlano gli isterici a Charcot, che interpreti i nostri sintomi, che sciolga il sospetto di non essere proprio lui l’artefice della crisi che sta descrivendo.<sup>14</sup> Che sia veramente un medico!

Agostino Pirella afferma provocatoriamente che coloro che si sono impegnati nell’impresa di deistituzionalizzazione sono forse stati “gli ultimi figli di Pinel”:<sup>15</sup> se per il medico francese il manicomio era stato il luogo consacrato alla follia, dove questa potesse manifestarsi in tutta la sua verità, per la psichiatria italiana si è trattato invece di “portare alle ultime conseguenze la comprensione della follia”,<sup>16</sup> fino a far esplodere il manicomio stesso e a far saltare “il mito dello psichiatra come decifratore del senso”.<sup>17</sup> Nel nostro paese, più che altrove, si è consumata la crisi dell’internamento. Un malato mentale non deve essere isolato, il luogo del suo trattamento non può essere l’ospedale chiuso. Spesso non ha bisogno di un letto di degenza, ma di una casa in città. Nel momento in cui si spezza l’esclusione del paziente dal suo contesto, salta anche il paradigma medico che la giustificava. Ci si attenderebbe un tracollo della logica sanitaria fino ad allora impiegata. Forse per questo il tempo immediatamente successivo all’approvazione della legge 180 è apparso a Basaglia come un “*momento felice* in cui si potrebbe incominciare ad affrontare i problemi in modo diverso”.<sup>18</sup> Ma il percorso non si rivela semplice. Innanzitutto, si scopre che quello spazio libero da ideologie di ricambio

14. Ivi, p. 291.

15. F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia, A. Pirella, S. Taverna, *La nave che affonda*, Raffaello Cortina, Milano 2008<sup>2</sup>, p. 18.

16. *Ibidem*.

17. Ivi, p. 17.

18. F. Basaglia, “Prefazione”, in E. Venturini (a cura di), *Il giardino dei gelsi. Dieci anni di antipsichiatria italiana*, Einaudi, Torino 1979, p. XII (corsivo del curatore).

– che in Italia ha permesso di fare il salto oltre il muro del manicomio, fallito in Francia, in Inghilterra o negli Stati Uniti – non è affatto vuoto. Infatti, un’ideologia di ricambio non ha mai cessato di funzionare. Benché riformata, la psichiatria italiana non ha potuto mettere tra parentesi del tutto la medicalizzazione della sofferenza, quel “tentativo enorme di razionalizzazione”,<sup>19</sup> che alla fine risulta il prezzo pagato per ottenere una legge che sancisca la chiusura dei manicomi.

In tal senso, si potrebbe immaginare che proprio in Italia “la lotta dei pazienti contro Charcot” compia la sua parabola, ma con un esito paradossale: se per combattere il manicomio che riduce tutto a demenza, avevano invocato la medicina, adesso è la stessa medicalizzazione la loro principale fonte di invalidazione. Analogamente per la riforma psichiatrica italiana: se una legge sanitaria si è resa necessaria per riconoscere ai malati il diritto a essere curati e non internati, allo stesso tempo la 180, proprio in quanto legge sanitaria, è stata accusata di semplificare eccessivamente la complessità delle implicazioni sociali e individuali della sofferenza mentale sotto l’etichetta della malattia.

Basaglia coglie lucidamente che il nuovo manicomio su cui agire non è più la psichiatria ma la medicina,<sup>20</sup> quando questa non vuole affrontare le contraddizioni appena aperte dalla lotta anti-istituzionale. Ma avanza con prudenza. Sa che non si tratta di rigettare la medicina, piuttosto di contaminarla. L’esperienza acquisita in tanti anni di lotta anti-istituzionale, le pratiche di salute che guardano al malato prima che alla malattia, la relazione anteposta alla conoscenza, la cura del soggetto invece che il sapere sull’oggetto, sono questi i germi con cui infettare una medicina sempre più tecnologica e disumana. In compenso, la medicina mette ordine nella psichiatria, la integra in un corpo scientifico più ampio e riconosciuto, ne frena la tentazione all’isolamento e la pretesa a statuti speciali e a competenze particolari anche fuori

19. F. Basaglia, *Conversazione: a proposito della nuova legge 180*, in *Scritti*, 2 voll., Einaudi, Torino 1981-82, vol. II, p. 481.

20. Id., *Conferenze brasiliane*, cit., pp. 181-182.

del campo medico. Soprattutto, le impone di *garantire le cure*, diritto che il manicomio, al di là del suo appellativo altisonante di “ospedale” psichiatrico, aveva clamorosamente negato.

In altri termini, Basaglia sa che una medicalizzazione può essere accettata solo se filtrata da un lavoro di critica costante sulle istituzioni di cura e sul ruolo degli operatori di salute. O viceversa, solo se la persona resta un soggetto di diritti e non viene ridotta automaticamente a un paziente malato. Non si tratta di un atto umanitario, di un miglioramento dell'istituzione, di un rinnovamento dell'assistenza. C'è il rifiuto di ogni soluzione sanitaria riformista che non sia in grado di mettere in crisi radicalmente il processo di riduzione in malattia di tutti i bisogni, soprattutto di quelli che dovrebbero essere affrontati altrimenti e collettivamente. D'altra parte, la nascente pratica di intervento sul territorio deve fare i conti con una modificazione epocale della domanda. Nuove popolazioni e nuovi bisogni premono alle porte, crescono i rischi di deriva sociale anche per fasce di cittadini che prima ne sembravano indenni, la povertà si allarga al ceto medio. Per non parlare degli immigrati, degli anziani, dei nomadi, dei senza fissa dimora, della moltiplicazione di tante solitudini diverse. La realtà suburbana della miseria, prima ancora che della malattia, impone nuove misure emergenziali a carico di “paramalati, parapsichiatrizzati, drogati, alcolisti ecc. [...] persone che stanno tra la medicina e la giustizia in quanto creano problemi di ordine pubblico [...] persone che sono da emarginare, indipendentemente dal fatto che si tratti o meno di individui malati”.<sup>21</sup>

Ma se in passato l'esclusione si costruiva attraverso la presunzione di pericolosità e l'internamento in ospedale psichiatrico, oggi, con la fine del manicomio, passa attraverso la medicalizzazione della risposta. Ecco qualche esempio: il disoccupato, che di notte rompe la vetrina di un negozio di lusso, arriva in Pronto soccorso con i carabinieri perché ha l'alito vinoso. Oppure gli anziani genitori compongono il 113, perché non sanno più come affrontare le minacce e le continue richieste di denaro dell'ado-

21. Id., *Conversazione: a proposito della nuova legge 180*, cit., p. 480.

rato figlio unico, che magari usa cocaina. O ancora i vicini della donna separata, a cui il marito non passa gli alimenti, chiamano gli agenti perché esasperati dalle sue urla contro i figli capricciosi. O infine la cassiera del supermercato si rivolge alla polizia perché la persona anziana, lasciata sola dai figli andati in vacanza, vaga fra gli scaffali e dice di aver perso le chiavi di casa. Le forze dell'ordine, accompagnando in ospedale, compiono a loro modo un gesto di "tutela" in un momento di difficoltà. In realtà stanno chiedendo aiuto alla medicina perché non sanno come risolvere questi problemi. Si tratta di domande che alla fine, in assenza di altre risposte, arrivano alla psichiatria. Che può "demedicalizzare" il problema e fare da subito un brillante lavoro di coordinamento e di integrazione con altre istituzioni, senza assumere *in toto* il carico assistenziale, ma anche senza delegare. O che può restare su una posizione di protesta, lamentando la sua mancanza di competenza, per poi lasciarsi vincere dalla seduzione di essere ancora indispensabile. E sfornare una bella diagnosi. In fondo, la psichiatria teme sempre di essere vittima di un isolamento e non percepisce quanto ciò sia paradossale in una società come la nostra in cui la "funzione *psy*" è straordinariamente pervasiva.<sup>22</sup> È questo il "rischio biopolitico" che corrono molti operatori psichiatrici: non si accorgono che spesso, attraverso l'urgenza medica, vengono richiesti "un certo numero di interventi autoritari e di assunzioni di controllo",<sup>23</sup> che è difficile riconoscere come tali nel momento in cui si è persuasi di lavorare nell'interesse della persona. Naturalizzare una sofferenza attraverso una diagnosi significa spesso conformarla alle esigenze di una determinata organizzazione sociale. Infatti, quando si medicalizza un problema, si rischia di invalidare il suo significato politico. Ogni gesto di disordine o dissenso diventa così una

22. Dice al proposito Foucault: "La funzione-Psy, vale a dire la funzione psichiatrica, psicopatologica, psicosociologica, psicocriminologica, psicoanalitica, e così via. Dicendo 'funzione', non intendo riferirmi solamente al discorso, ma anche all'istituzione, e allo stesso individuo psicologico" (M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, cit., p. 90).

23. Id., *La politica della salute nel XVIII secolo* (1976), in *Archivio Foucault 2. 1971-1977*, a cura di A. Dal Lago, trad. di A. Petrillo, Feltrinelli, Milano 1997, p. 195.

manifestazione patologica fino a perdere la possibilità di esprimersi. E la psichiatria si sostituisce alla sovranità del diritto per darne una risposta.

D'altronde, il disagio dei nostri giorni è sempre più tradotto in etichette diagnostiche che fanno parte di un linguaggio molto diverso da quello incontrato negli anni di lotta anti-istituzionale, quando la politica aveva messo in crisi i paradigmi di una clinica psichiatrica ormai senza autorevolezza. Ma dopo la legge 180, questa clinica si ricicla rapidamente e si ricade nella stessa psichiatria di sempre, quella esatta, biologica, adesso all'interno delle più rigorose neuroscienze. Negli anni ottanta, viene ricordato agli operatori che le differenze di opinione in psichiatria devono essere smussate, che bisogna arrivare a essere tutti d'accordo. Accordo fondato sulla pretesa di una clinica comune riconosciuta da tutti perché basata su un criterio diagnostico descrittivo di tipo statistico (DSM IV)<sup>24</sup> applicabile ovunque e su ciascun paziente. La battaglia è persa, si vanifica la stagione di lotte intorno ai saperi che la psichiatria alternativa ha cercato di mettere in crisi. Le esperienze di deistituzionalizzazione non fanno scuola, la lezione di Basaglia non entra nelle università, negli istituti di specializzazione, nei centri di formazione.

Prevale invece l'affermazione di un metodo *evidence-based*, basato sull'evidenza. Si dice: se in passato l'anatomia patologica non ha consentito alla psichiatria di mettersi allo stesso livello delle altre branche della medicina, è stato a causa della sua scarsa accuratezza e della dimensione microscopica, quando non molecolare, delle lesioni in gioco nella malattia mentale. Insomma, un errore di scala e di misure, oggi superabile con le nuove sofisticate metodiche strumentali, che permettono non solo di valutare la morfologia del sistema nervoso ma anche il suo funzionamento in condizioni vitali. Come se la verità giacesse da sempre sconosciuta nell'organo cervello e non attendesse che adeguate tecnologie di indagine per venire alla luce. Da qui il trionfo generalizzato di

24. American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 2002.

tutto ciò che ha validità neuroscientifica, reale o presunta: teorie su deficit biochimico, vulnerabilità individuale agli stress, dismetria cognitiva, anomalie morfologiche da *brain imaging* ecc., in breve, clinica del deficit.

Non sembri che si voglia demonizzare l'apporto fondamentale delle neuroscienze e della farmacologia, che hanno determinato uno sviluppo formidabile di conoscenze e di soluzioni nel campo della malattia mentale, migliorando sensibilmente in molte situazioni la qualità di vita dei pazienti. Si tratta piuttosto di contestare che la produzione di verità in psichiatria avvenga unicamente parlando di cervello e di una sua insufficienza. Anche quando la cosiddetta psichiatria alternativa cerca di tenersi al passo dei tempi, resta intrappolata nella medesima logica: le strategie di intervento fondate su modelli di riabilitazione psicosociale sono spesso tecniche di adattamento alla normalità, attraverso moduli di addestramento e assistenze invalidanti, che non sanno che farsene della specificità del soggetto e della particolarità della sua domanda. Esse rappresentano a tutti gli effetti l'aggiornamento di vecchie forme di tutela della società dal folle. Non più l'internamento, ma la messa in stato di minorità.<sup>25</sup> Quella clinica che Basaglia aveva concretamente promosso – una clinica del soggetto attraverso la cura dei suoi legami sociali e la ricostruzione della sua appartenenza a una *polis* – è oscurata da una moderna clinica dell'individuo. L'individuo sovrano delle società liberali, del quale bisogna garantire l'iniziativa e l'efficienza, curandogli la depressione e alleviandogli “la fatica di essere se stesso”.<sup>26</sup> Che si tratti di un aggiornamento della clinica del deficit – insufficienza stavolta da sanare più che da nascondere – è abbastanza evidente. Lo è meno il fatto che questa clinica è perfettamente funzionale a un tipo di organizzazione sociale e sanitaria che ha il suo credo nella *giusta prestazione*, sia dal lato dell'istituzione curante sia dal la-

25. Cfr. F. Ongaro Basaglia, *Lectio magistralis sul tema: tutela dei diritti e saperi disciplinari*, “Fogli d'informazione”, 188, 2001, pp. 16-23.

26. Cfr. A. Ehremberg, *La fatica di essere se stessi. Depressione e società* (1998), a cura di S. Arecco, Einaudi, Torino 1999.

to del *cliente* curato. Una clinica del contratto, della libera scelta e della fruizione.

In Italia, a metà degli anni novanta, si è imposto un modello di riorganizzazione aziendale delle Unità sanitarie locali, a fronte degli sprechi di danaro pubblico fino allora perpetrati. Questo ha determinato un cambiamento radicale del modo d'intendere la spesa per la salute: non più l'erogazione gratuita di tutte le prestazioni di cui un cittadino ha diritto, lasciando alla fine alle amministrazioni regionali i conti da pagare, ma la programmazione della spesa sostenibile attraverso la classificazione delle prestazioni ammesse e il riordino dei centri di spesa. Nulla di eclatante nell'organizzazione razionale di un sistema pubblico. Ma questo ha focalizzato ancora di più il compito di chi fornisce un'assistenza sanitaria attorno alle prestazioni, ai protocolli, alle verifiche di qualità, insomma alla più rapida e meno costosa "risoluzione di problemi attraverso programmi". Da qui deriva la necessità di disporre di classificazioni precise e percorsi di ultraspecializzazione. E di escludere tutto ciò che non vi ha accesso perché "non è di competenza". Soluzione rapida significa anche fretta, che in psichiatria coincide con il trattamento/silenziamento del sintomo, soprattutto in situazioni di crisi o a elevata conflittualità sociale ove l'allarme della comunità spinge a un intervento fortemente medicalizzato e repressivo, non certo alla ricostruzione della storia di vita. Il contesto, dove il malessere nasce e si sviluppa, non riscuote attenzione. Lavorare sull'extra-clinico, negoziare in tutte quelle situazioni di disagio che non sono ancora diventate malattia, "perdere tempo" con la persona al di là della competenza e della prestazione, non fanno parte di questo modello di assistenza.

Dove è finita allora la "clinica di Basaglia", la clinica dell'extra-clinico? Dove si leggono i bisogni complessi delle fasce deboli della popolazione? Dove si tengono insieme le risposte frammentate e disperse, gli ambiti separati – sociale e sanitario insieme – per evitare che queste domande, come biglie impazzite, rimbalzino da un settore all'altro dell'assistenza? La deistituzionalizza-

zione aveva investito su una vera e propria *clinica del legame sociale*,<sup>27</sup> cioè sull'assunzione di una funzione terapeutica versatile, adatta a mettersi accanto alla persona per accompagnarla nella comunità, lavorando contestualmente sulle relazioni, sugli scambi, sulla rottura dell'isolamento e sull'inclusione, sulla negoziazione e sulla verbalizzazione dei conflitti. In definitiva, sulla crescita del capitale sociale di tutta la comunità.

Si trattava di concertare programmi e aiuti erogati da enti differenti in un piano di integrazione sociosanitaria, di andare verso il cittadino utente, di aiutarlo nella ricerca di risposte coerenti al suo bisogno di salute e nella costruzione di supporti formali o informali, di elaborare un lavoro di rete fra operatori e servizi diversi – servizi di salute mentale, di trattamento delle dipendenze, dell'adolescenza e dell'età infantile, e ancora servizi sanitari distrettuali, consultori familiari, servizi sociali del comune, tribunale ecc. –, in definitiva, di sperimentare una condivisione di competenze e di bagagli formativi, di responsabilità e di decisioni, all'insegna della flessibilità, della rapidità di risposta, del superamento delle pertinenze e dell'attraversamento di altri ambiti operativi.<sup>28</sup>

Si trattava, soprattutto, di riconoscere il nuovo volto della segregazione, fondata non più e non soltanto su reclusione e controllo sociale, ma su relazioni impoverite, su differenze cancellate, su un pensiero omologato a modelli uniformi di giudizio, su condotte normalizzate che sognano trasgressioni tutte uguali, sull'illusione di una "felicità" senza limiti e sull'ingiunzione globale a godere di merci e di prestazioni infinite. La realtà si rivelava via via diversa e non bastava sviluppare buoni servizi e mettere a disposizione dei beni, bisognava rivalutare la malattia. Se la clinica del deficit ne aveva fatto una ferita da sanare, un vuoto da

27. Cfr. F. Stoppa, *Legame sociale, istituzione, comunità*, "Fogli d'informazione", 198, 2003, pp. 47-60. Cfr. anche M. Benasayag, G. Schmit, *L'epoca delle passioni tristi* (2003), a cura di E. Missana, Feltrinelli, Milano 2004.

28. Sulle trasformazioni delle politiche di welfare e sulle esperienze innovative in tema di integrazione sociosanitaria, vedi O. De Leonardis, T. Emmenegger, *Le istituzioni della contraddizione*, "Rivista sperimentale di freniatria", 3, 2005, pp. 13-38.

riempire, un ritardo da colmare, Basaglia aveva compreso che paradossalmente la malattia poteva essere un “rimedio”, qualcosa che poteva curare la comunità, liberarla dalla sua deriva civile, dalla sua miseria culturale, dalle ossessioni di normalità e di onnipotenza che l’affliggono. Quando l’inclusione sociale non rappresenta un gesto umanitario, ma l’occasione che permette di apprendere qualcosa riguardo ai propri “resti” – siano essi il dolore, la marginalità, la vecchiaia, la solitudine –, la malattia diventa una *risorsa* per la comunità, perché migliora la qualità dei legami sociali di tutti e riabilita ciascuno alle proprie competenze etiche.<sup>29</sup>

Tuttavia, non è questo l’esito dei processi di medicalizzazione che investono la psichiatria da trent’anni. Esempiarmente negativo a tale proposito è il modo con cui è stata applicata la legge 180 in molte realtà italiane: i manicomi sono stati chiusi con esasperante lentezza e le prime strutture di assistenza costruite sul territorio sono stati i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) all’interno dei nosocomi generali. La cura è stata spesso intesa soltanto come ricovero in ospedale pubblico – o, peggio, in clinica privata convenzionata –, a scapito di una pratica di assistenza e di una presa in carico della persona sul territorio, nella comunità di appartenenza o a domicilio. I Centri di salute mentale (CSM), in questo modello ospedalocentrico, sono diventati delle appendici periferiche e povere di risorse. Questa organizzazione segna tragicamente il percorso di malattia delle persone, che passano da un ricovero breve in uno stato di crisi a un’assistenza sporadica quando la crisi è cessata: passano cioè da un SPDC a porte chiuse, in cui capita sovente di essere legati al letto e tramortiti di farmaci, a un CSM, aperto poche ore al giorno, organizzato soltanto come dispensario di farmaci o come ambulatorio capace di offrire visite specialistiche periodiche. In altri termini, la cura continua a essere – fortunatamente non dappertutto<sup>30</sup> – un’oscillazione tra

29. Cfr. F. Stoppa, *La prima curva dopo il paradiso. Per una poetica del lavoro nelle istituzioni*, Borla, Roma 2006.

30. Si pensi alle tante situazioni italiane che sono state capaci di costruire un modello forte di presa in carico attraverso buoni servizi territoriali di salute mentale.

obbligatorietà, contenimento e sedazione, da un lato, e “libera scelta”, dispersione e abbandono, dall’altro.

Costruire dei percorsi coerenti di presa in carico della persona non sembra interessare neanche molti fra gli “allegri” riformatori che da trent’anni cercano di cambiare la legge 180. Se osserviamo da vicino due fra le ultime proposte di modifica, partorite nell’attuale e nel precedente governo Berlusconi, scopriamo spunti inquietanti. Il primo testo, quello che l’onorevole Maria Burani Procaccini di Forza Italia avanzò in più bozze tra il 2002 e il 2004, intendeva abrogare la legge 180 “con modalità pragmatiche e con oggettività scientifica”, per superare “i limiti del paradigma psicologico e quelli, ancor più netti, del paradigma sociologico” e per “recuperare una dimensione biologica e medica della malattia mentale”. L’idea di fondo, espressa in commissione parlamentare, era che l’abolizione del manicomio avesse portato a “una forma di iconoclastia dottrinale”, a una “crisi del ruolo e dell’identità dello psichiatra”, a una chiusura rispetto “alle innovazioni scientifiche [...] e al confronto”, in buona sostanza, a “visioni anacronistiche e ascientifiche, che spingerebbero la psichiatria nella zona grigia delle *helping professions*”. Si trattava, per Burani Procaccini, di “un approccio spontaneistico ai disturbi mentali, [...] che deve oggi lasciare il posto a un approccio che ricorra a linee guida precodificate secondo il modello medico-scientifico”.<sup>31</sup>

Non credo sia necessario commentare questo tipo di argomentazioni, che intendevano riproporre adeguate strutture di cura “ad alta protezione” (novelli manicomi) e procedure più restrittive e meno garantite di obbligatorietà alle cure. L’immagine che ne veniva fuori era quella della malattia mentale come disturbo grave, con poche speranze di guarigione, fonte di disagio in famiglia e nella società, potenzialmente pericoloso, da trattare preferibilmente in unità ospedaliere o in comunità protette. Soprattutto emergeva una squalifica delle pratiche e delle sperimenta-

31. Stralci della relazione introduttiva dell’onorevole Burani Procaccini presso la Commissione sanità della Camera dei deputati, seduta del 19 settembre 2001.

zioni nel campo della salute mentale comunitaria realizzate negli ultimi decenni, a vantaggio di una psichiatria rigidamente biologica e reinvestita del suo ruolo di scienza del controllo sociale.<sup>32</sup>

Ma se questa e analoghe proposte del medesimo periodo suscitavano critiche sia a sinistra che a destra per la loro arretratezza culturale, più insidioso appare l'ultimo disegno di legge, apparso nell'attuale legislatura a firma dei senatori Carrara, Bianconi e Colli. L'invalidazione non investe in prima battuta la psichiatria e le sue organizzazioni, ma la persona sofferente nelle sue stesse abilità cognitive e sociali. Secondo il testo presentato, bisogna partire da una "differenza, talora radicale, fra l'area di riferimento razionale in cui si muove il medico e quella in cui si muove il malato. Un'area, quest'ultima, caratterizzata dalla mancanza di critica di malattia, dalla gravissima frattura del rapporto di realtà e quindi, in una parola, dalla incapacità del malato di esprimere sia un valido consenso sia un valido dissenso alla presa in carico terapeutica". In altri termini, il malato ha un grave deficit del giudizio e il medico – questa sarebbe la suprema preoccupazione dei riformatori! – non deve approfittarne. Non deve cioè manipolare il suo "dissenso non validamente espresso" e richiedere automaticamente un "intervento sanitario obbligatorio finalizzato al controllo soprattutto comportamentale". Il principio, come si vede bene, è ambiguo, perché la nuova normativa invalida pesantemente il malato nel momento stesso in cui si traveste da sua paladina. Addirittura dichiara di difenderlo dai rischi legati alla sua disabilità cognitiva contro una "rimanicomializzazione", che la legge 180, inconsapevolmente o surrettiziamente, "ai fini di una pretesa tranquillità sociale", avrebbe favorito. Per i senatori firmatari del d.d.l., bisogna "snellire le procedure di trattamento sanitario obbligatorio psichiatrico; istituire trattamenti sanitari extraospedalieri; ristrutturare, in senso liberale, il sistema delle garanzie".<sup>33</sup> Pertanto, propongono che il trattamento sanitario

32. Cfr. L. Benevelli, *Note e commenti al testo unificato on. Burani "Prevenzione e cura malattie mentali"* (gennaio 2004), "Fogli d'informazione", 198, 2003, pp. 1-18.

33. Stralci tratti dal disegno di legge n. 348/2008 della XVI legislatura.

obbligatorio ospedaliero duri fino a trenta giorni e che possa essere effettuato anche al di fuori dell'ospedale, in strutture comunitarie, con una durata fino a sei mesi.

Non ci sono alternative, o ti curi o ti riabiliti. Sarebbe interessante capire come dovrebbero essere concepite queste comunità per un trattamento riabilitativo residenziale e in che modo verrebbe esercitata l'obbligatorietà. Saranno comunità chiuse o aperte? E se il malato rifiuta di collaborare in che modo lo si costringe? Soprattutto, quali garanzie gli sono assicurate nel momento in cui il controllo delle procedure è delegato principalmente agli stessi psichiatri? Come si osserva, non si sfugge affatto a una clinica del deficit – aggiornamento di quella scienza della pericolosità che fondava la proposta Burani Procaccini –, anzi si procede a passo di carica verso quel tipo di organizzazione sanitaria che esalta la prestazione, il contratto e la “libera scelta”. È un modo per chiudere definitivamente con l'esclusività del sistema pubblico, attaccando la sua presunta lentezza e irrisolutezza, e aprire alla “rapidità” e allo “spirito d'iniziativa” delle cliniche private e delle comunità convenzionate. Considerata la premessa del disegno di legge, ossia la grave incapacità del malato a esprimere un valido consenso, non si capisce bene come dovrebbe esercitarsi questa libera scelta. Ma è questo il gioco: chi non vuole essere invalidato, deve saper scegliere dove e come essere curato e riabilitato. Dimostrare di essere un individuo sovrano e autonomo che si assume la responsabilità della propria decisione, altrimenti qualcun altro la prenderà al suo posto.

In conclusione, valgano questi due esempi per descrivere l'ambiguità dei processi di riforma psichiatrica sostenuti da strategie di medicalizzazione, o meglio di *rim*medicalizzazione. Si vuol far passare l'idea che sia necessaria finalmente, dopo anni di “oscurantismo” e “ignoranza”, una riconversione della psichiatria in disciplina scientifica. Sarebbe cioè stato ingenuo aver dato tanto peso a elementi “contingenti” come la storia del malato, il suo ambiente, la sua cultura, piuttosto che concentrarsi sugli elementi “necessari” della malattia, sui dati scientifici esatti, di provenienza genetica, biochimica o di diagnostica strumentale. E se

anche l'Organizzazione mondiale della sanità insiste sull'attenzione alla persona, sulla creazione di servizi centrati sulla comunità in un "ambiente amichevole e non medicalizzato"<sup>34</sup> e sul superamento di una visione ospedaliera, si ribatte che la ricerca scientifica continua a essere fatta nei paesi che hanno ancora "solide" istituzioni psichiatriche. Per non parlare dell'influenza determinante dei laboratori farmaceutici con le loro implacabili strategie di mercato e con i loro modelli di malattia e terapia sperimentati su animale.

Si vuole anche far passare l'idea che l'errore più grave delle esperienze di deistituzionalizzazione sia stato dissipare il ruolo e il sapere degli specialisti,<sup>35</sup> dando più voce alle persone sofferenti che al sistema deputato alla loro cura. L'opinione è che non si doveva mettere in questione il rapporto di potere<sup>36</sup> che esiste all'interno dell'istituzione e, in generale, tra medico e paziente, né stabilire tanta reciprocità. Così si è indebolita la posizione di chi sa, gli si è impedito di lavorare e di aiutare il malato. Tale nostalgia per un'epoca in cui lo psichiatra aveva la possibilità di decidere in modo più rapido ed efficace – come emerge dalle critiche a una presunta lentezza delle procedure di trattamento sanitario obbligatorio – non ha davvero alcun senso, a fronte dei quotidiani abusi sulla libertà delle persone in molti SPDC ospedalieri. Piuttosto viene il sospetto che sia figlia della stessa insofferenza alle regole democratiche e al diritto di contestare, che faceva urlare ai sostenitori spazientiti di un noto personaggio pubblico la celebre frase: "E lasciatelo lavorare!".

34. Cfr. *Stop Exclusion. Dare to Care*, presentazione del *World Health Day 2001* sulla salute mentale da parte della dottor Gro Harlem Brundtland, direttrice generale dell'OMS (tratto dal sito <<http://www.who.int>>).

35. Mi permetto di rimandare a M. Colucci, P. Di Vittorio, *Franco Basaglia*, Bruno Mondadori, Milano 2001, in particolare al capitolo "L'etica della dissipazione", pp. 285-296.

36. Che sia stato questo il fulcro dell'azione anti-istituzionale in psichiatria, lo si trova quasi con le medesime parole e negli stessi anni sia in Foucault (cfr. *Il potere psichiatrico*, cit., p. 295), sia in Basaglia (cfr. *La nave che affonda*, cit., pp. 18-19).

## Si entra in una comunità psichiatrica protetta... Sul dispotismo della norma

**ILARIA PAPANDREA**

*Con la medicalizzazione, la normalizzazione, si arriva a ottenere una sorta di gerarchia degli individui più o meno capaci, quello che obbedisce a una certa norma, quello che devia, quello che può essere corretto, l'incorreggibile, quello che può essere corretto con un certo mezzo, quello per il quale vanno usati altri strumenti.*

*Quando [...] un apparato giudiziario come un tribunale penale, non sapendo cosa fare davanti a un criminale, si rivolge a uno psichiatra per chiedergli una perizia che dica se questo individuo è normale o anormale, si esce dal diritto. [...] Con la domanda "è normale o anormale, ha avuto delle pulsioni aggressive?" vediamo il diritto uscire dal giuridico ed entrare nel medico.<sup>1</sup>*

**S**i entra in una comunità psichiatrica protetta seguendo tre strade (talvolta, ma non sempre, convergono e si sovrappongono): le (tossico) dipendenze, la follia, il crimine.

Si entra per *ordinanza* di un magistrato, perché *inviati* da un servizio psichiatrico o da un Ser.T. L'*invio* non presuppone una domanda da parte del paziente, al quale spesso non si chiede neppure in quale comunità vorrebbe "risiedere". Se chi è incaricato di svolgere i colloqui preliminari all'inserimento, sottolinea che non è affatto obbligatorio entrare in quella certa comunità, l'effetto è di sorpresa: un margine, seppur minimo, è lasciato alla parola del soggetto.

L'uscita dalla comunità si produce per le ragioni più diverse: un servizio che non ha più risorse da investire; l'applicazione di

L'articolo prende spunto dall'esperienza di lavoro che l'autrice porta avanti ormai da anni nell'ambito di una comunità psichiatrica protetta a orientamento psicanalitico.

1. M. Foucault, *Il potere, una bestia magnifica* (1977), in *Biopolitica e liberalismo*, Medusa, Milano 2001, pp. 80, 85.

una legge regionale che stabilisce il trasferimento, in una comunità del territorio, di chi era collocato in una struttura extra-regionale; un passaggio all'atto che determina il pressoché immediato internamento in OPG (nel caso degli autori di reato adulti); la decisione da parte del soggetto non sottoposto a misure di sicurezza di "interrompere il percorso"; quella che potremmo considerare una "conclusione" a partire dagli effetti che, solo a posteriori, si saranno prodotti. Ma c'è anche chi, una comunità dopo l'altra, passa l'intera sua esistenza, finché ad accoglierlo non resterà altra struttura che una residenza sanitario-assistenziale: soluzione finale per chi non ha saputo/potuto valorizzare, rendendosi finalmente *autonomo*, l'investimento di risorse del servizio psichiatrico o del Ser.T.

Fra l'entrata e l'uscita, l'attuazione del cosiddetto "progetto terapeutico" volto al reinserimento sociale e alla conquista, laddove possibile (perché esistono casi dati per "persi" a priori) di un'autonomia psicologica e materiale del paziente.

Il personale della comunità, *in primis* lo psichiatra, è chiamato a relazionare costantemente ai magistrati e ai servizi circa l'andamento del percorso. La legge delega agli esperti della salute mentale la funzione del controllo sociale: "Tornerà a delinquere? Farà ancora uso di sostanze? Cometterà agiti lesivi o auto-lesivi?". La salute, innanzitutto, quella del corpo sociale e quella del malato, perché è per il bene dell'uno e dell'altro che quest'enorme macchina di competenze si mette in movimento. Si entra in comunità per non fare/farsi del male, se ne esce se il rischio, a detta degli esperti, è scemato.

### **Una colpevole incuria**

Al paziente (non criminale, e il più delle volte tossicodipendente o con doppia diagnosi) il percorso terapeutico è *proposto* alla fine di una serie di tentativi di presa in carico più leggeri e meno costosi. Il fatto che il percorso sia *accettato* e *domandato* dal paziente è considerato infatti dai servizi quale condizione fondamentale per la sua riuscita. Qualora questo non avvenga, il primo tempo del lavoro in comunità dovrebbe consistere esattamente nella

trasformazione dell'offerta del servizio in domanda del paziente. Che qualcuno chieda di poter *prendersi cura di sé*, rappresenta infatti una sorta di *maturazione* dell'individuo, finalmente consapevole degli eccessi devastanti cui ha sottoposto, fino a quel momento, il suo corpo. Poco importa se la droga rappresentava l'invenzione per far tacere le voci, il farmaco può prenderne il posto, con minor danno per la salute e la società. La sostituzione metonimica dell'una con l'altro rientra nel quadro di una normalizzazione dell'individuo che da tossicodipendente si trasforma in malato sotto trattamento farmacologico. Si ascoltano così molti psichiatri che nel somministrare neurolettici tranquillizzano il paziente ricordandogli che può considerarsi ora né più né meno che come il diabetico che deve assumere insulina a vita. Una malattia per un'altra, un farmaco per un altro, ciò che conta è *volere il proprio bene*, educare gli eccessi del corpo, rendere funzionante, fin dove possibile, ciò che zoppica. A questi pazienti si è offerta la possibilità di risiedere in un luogo che, per struttura, è chiamato a misurare e regolare ciò che altrimenti si assumerebbe in eccesso: cibo, sigarette, farmaci, sesso, alcol. Le droghe restano fuori dalla porta. Per coloro che hanno invece il *permesso* di entrare e uscire dalla comunità, le analisi delle urine rappresentano uno strumento di verifica della capacità di autocontrollo, una messa alla prova del percorso comunitario e della capacità acquisita dal paziente di comportarsi bene anche fuori dal controllo diretto dell'altro. Perché ciò che si domanda è che il paziente acquisti una sorta di capacità di autoregolazione e che, dopo una presa in carico forte e coercitiva, passando per strutture via via meno protette, riesca a ritornare nel sociale dotato di quegli strumenti che gli consentiranno di non sperperare la propria vita, ma di metterla a frutto conformandosi a una norma stabilita a priori: soldi, famiglia, macchina. Tale domanda di normalità media, non è tanto o non solo quella degli *invianti*, è oggi, sempre più spesso, quella dei pazienti. Le loro parole si conformano a un *habitus* cucito su tutti con la stessa misura. Nessuna retorica della follia, nessuna esaltazione del potere liberatorio e contestatario delle droghe (che ancora si potevano ascoltare fino ad alcuni anni fa),

solo un semplice e ripetitivo: “Il mio sogno è avere una ragazza, un lavoro e una macchina sportiva”. Il discorso dei servizi e quello del paziente convergono. Se ci si ferma al piano dell’enunciato, l’uno e l’altro chiedono il ripristino di una certa *normalità*. Il sintomo sociale e quello soggettivo sembrano, in un primo tempo, appiattiti l’uno sull’altro. Se il servizio, in nome della società, si lamenta dell’individuo incurante di sé e pericoloso per gli altri, il paziente, spesso già “formato” da anni di presa in carico istituzionale, lamenta ciò di cui soffre con le stesse parole degli *invianti*: alla comunità non domanda che di scalare il metadone, di trovare una borsa lavoro, di ottenere una casa popolare e, quando ne ha una, di tornare in famiglia. Adeguarsi a una certa norma sociale è dunque l’obiettivo principale del suo “progetto terapeutico”.

Al mandato sociale, che si raddoppia nella domanda del paziente, non è indifferente lo stile di risposta messo in atto dalla comunità che accoglie. *Accogliere* un soggetto non equivale a *prendere in carico* un paziente, e se non c’è accoglienza senza presa in carico, è invece assolutamente possibile fare di quest’ultima l’intero presupposto di una cura.<sup>2</sup> La finalità del trattamento sarà, in questo caso, l’uscita del paziente dalla colpevole incuria con cui tratta il suo corpo, il ripristino di una presupposta “naturale” benevolenza nei confronti di sé, il ristabilimento delle condizioni psicologiche, sociali, materiali che hanno causato la rottura dell’omeostasi del piacere. *Non volere il proprio bene* resta lo scandalo inassimilabile<sup>3</sup> nel modello della presa in carico: cresciuto in una famiglia delinquenziale, in un contesto sociale degradato, affetto da un’anomalia organica, il paziente/vittima è

2. Sullo stile di lavoro di istituzioni che operano secondo un orientamento analitico, non riducendo dunque la cura alla dimensione della pura presa in carico, si rimanda a M. Bolgiani, M. Gargano, R.E. Manzetti (a cura di), *Come bussola, il reale. Orientamento psicoanalitico nelle istituzioni*, Neos Edizioni, Rivoli (TO) 2007.

3. “È ora sulla vita e lungo tutto il suo svolgimento che il potere stabilisce la sua presa; la morte ne è il limite, il momento che gli sfugge; diventa il punto più segreto dell’esistenza, il più ‘privato’. [...] Non bisogna stupirsi che il suicidio [...] sia diventato nel corso del XIX secolo uno dei primi comportamenti a entrare nel campo dell’analisi sociologica; esso faceva apparire, alle frontiere e negli interstizi del potere che si esercita sulla vita, il diritto individuale e privato di morire”, M. Foucault, *La volontà di sapere* (1976), Feltrinelli, Milano 1988.

l'oggetto di un sistema di cure predisposto per accompagnarlo e accudirlo nel corso della sua intera esistenza. Avviata la macchina, nulla sembra più poterla fermare: la *cronicizzazione*, quell'impossibile uscita dalla dimensione socio-assistenziale della cura, lungi dall'essere il risultato di uno scacco terapeutico, rappresenta la riuscita più perfetta del sistema. La *rete dei servizi* dice della pervasività di un meccanismo fatto per intercettare, da un lato, la domanda d'ordine proveniente dal sociale (fino al limite estremo dell'internamento del soggetto pericoloso socialmente), dall'altro, per rispondere al bisogno di trattamento del paziente, tenendo conto del suo maggiore o minore scostamento dalla norma. Si tratta di misurare, protocollare, standardizzare il sintomo al fine di individuare la migliore strategia di trattamento: comunità residenziale, gruppo appartamento, servizio crisi... Ciò che rompe la regolarità del sistema, producendo enigma e inciampo, è rigettato sul lato del paziente come mancata collaborazione e "spreco" delle risorse investite. Occorre che il paziente sia consapevole della propria malattia (*insight*) e accondiscenda al trattamento (*compliance*), senza però che la sua richiesta ecceda l'offerta che gli è fatta. Risiedere in comunità e domandare, per esempio, un ricovero suona agli occhi dei servizi come l'ammissione di una regressione.

Il modello è quello della misurazione lungo una scala che indica i diversi scostamenti dalla norma e detta le procedure appropriate per correggere ciò che se ne distanzia: a gradi di scostamento maggiori corrisponderanno trattamenti più contenitivi e dunque più costosi. L'imperativo dominante è essere in grado di valutare – secondo metodi quantitativo/psicometrici – dove si colloca il paziente lungo la scala che dalla norma conduce al patologico. Sotto questo aspetto, un paziente equivale all'altro – come in un conteggio di frequenze statistiche – e l'unico obiettivo della cura è accorciare il divario che lo distanzia dalla media eliminando il sintomo di cui è portatore. Il sintomo/disturbo, preso come segno di un disfunzionamento da sanare, va reso infatti inoffensivo attraverso tecniche di riadattamento che non è forzato accostare a quelle del fisioterapista che cura l'arto incidentato.

Il campo degli esperti “psy”, ingrossa ogni giorno le sue fila di giovani neolaureati pronti a fare dell’addestramento pavloviano (appena camuffato sotto le insegne di un cognitivismo infarcito dell’apporto delle neuroscienze) il proprio strumento principale. Nell’epoca del *sorvegliare e prevenire*,<sup>4</sup> il modello delle terapie cognitivo-comportamentali coniuga perfettamente determinismo scienziato e addestramento educativo: a ogni sintomo la sua causa genetica, per ogni sintomo la tecnica di riadattamento adeguata. Poco importa che del sintomo il soggetto non si lamenti. Come recitava, infatti, una campagna pubblicitaria per un anti-depressivo, può accadere che tu sia depresso senza saperlo ed è dovere di ogni buon cittadino intercettare le prime avvisaglie di una patologia latente grazie all’aiuto del medico generico, dei servizi di salute mentale e dei vari esperti che sapranno consigliare per il meglio. Quando invece lo stato di salute è così compromesso da impedire a qualcuno di riconoscersi malato, scatta la presa in carico. Le comunità terapeutiche – ultimo anello della filiera della salute mentale – aprono le loro porte a quella schiera di pazienti che non sa tutelare la propria e l’altrui salute (perché la malattia, si sa, comporta sempre il rischio del contagio).

### **Dell’illecito e dell’anormale**

Aula di tribunale. Udienza per la revisione della pericolosità sociale.

Il magistrato al personale della comunità terapeutica. “Qual è il vostro parere?”

La persona interpellata dice alcune parole e subito aggiunge che, forse, il giovane imputato avrà a sua volta qualcosa da dire.

Il magistrato: “È malato, non può sapere cosa sia bene per lui”.

Il giovane è presente e resta muto.

Il numero di soggetti che entrano in comunità come misura alternativa al carcere cresce ogni giorno di più: per incapacità di in-

4. Cfr. J.-A. Miller, *L'uomo senza qualità. L'epidemiologia della salute mentale* (2004), “La Psicoanalisi”, 39, 2006.

tendere e di volere nel momento in cui si è commesso il reato, per accertata pericolosità sociale, per incompatibilità con il sistema carcerario. La legge abbandona il campo e affida il criminale alle “premurose” cure di chi dovrà accompagnarlo in quel lento e faticoso percorso che lo porti ad assumere consapevolezza del crimine compiuto e a riconoscere l’anormalità della propria condizione mentale. L’atto illecito si trasforma in comportamento aberrante e il criminale in soggetto anormale. Al giudizio sul reato si sostituisce l’analisi dei “motivi psicologici per i quali ha commesso il crimine, i turbamenti che ha subito nella sua infanzia, i disturbi del suo ambiente familiare... Immediatamente si psicologizzano le cose; le si psicologizza, ovvero le si medicalizza”.<sup>5</sup>

A ogni udienza per la revisione della pericolosità sociale la parola resta agli *esperti*, ai periti, al personale delle comunità. A loro si chiede di dire, di relazionare, di prevedere e prevenire ulteriori comportamenti aberranti. Si chiede loro di indurre il soggetto a rappezzare il buco del passaggio all’atto, a pentirsi del crimine commesso dopo averne preso coscienza. Il loro compito è suturare ogni lacuna, ricondurre il folle sulla strada di un agire determinato dalla volontà e dal raziocinio. Il modello è quello dell’azione adeguata: penso, calcolo, agisco.<sup>6</sup> La narrazione dell’evento criminoso, spesso assente nei soggetti psicotici, è considerata una premessa indispensabile sulla strada della normalizzazione. Dotare di senso il proprio racconto autobiografico, inanellare le cause e gli effetti, motivare il proprio gesto e dire cosa ne impedirebbe la reiterazione perché se ne è colto il tratto maligno, sono le finalità del collocamento in una comunità in alternativa al carcere, un’“opportunità” concessa al soggetto *malato*, che deve saperne trarre profitto. Se la consapevolezza del crimine manca, la pericolosità sociale si rinnova per un numero incalcolabile di anni, il *dono* si trasforma in *veleno*. Definita come un ergastolo bianco, la pericolosità sociale si “sconta” a volte per un tempo as-

5. M. Foucault, *Il potere, una bestia magnifica*, cit., p. 78.

6. Cfr. J.-A. Miller, “Jacques Lacan. Osservazioni sul concetto di passaggio all’atto”, in *I paradigmi del godimento* (1988), Astrolabio, Roma 2001.

sai superiore a quello della pena comminata per lo stesso reato e, nella maggior parte dei casi, senza che questo produca alcun effetto “terapeutico” per il soggetto. L’assentarsi della legge dalla scena, la sua delega al mondo dei curanti, produce, al rovescio, per il soggetto psicotico, l’impossibilità di iscrizione del proprio atto, non registrato neppure in quanto atto perseguito dalla legge. Non imputabile, il soggetto risulta giudicato sul piano dei soli comportamenti, considerati più o meno adeguati e presi come indici/segni di patologie invalidanti. La diagnosi, e ancor più la perizia, sono uno stigma impresso sulla carne che fa ingiuria al soggetto, il nome con cui d’ora in avanti circolerà nel mondo. “Io sono lo psicotico”, dice un giovane citando le parole del perito. Evacuata la legge dalla scena, non rimane che il dispotismo della norma.

#### **Allentare la saldatura**

“Il discorso universale non ha più altra qualità da proporci, non ha più altra identificazione da proporci che possa surclassare l’Uno della classificazione, l’Uno che ci rende contabili e comparabili”:<sup>7</sup> contati, categorizzati, misurati, gli individui se ne stanno raccolti in omogenee masse segregate. Dentro e fuori le mura delle strutture di internamento, ciò che li assembla, senza produrre legame, è la misura comune di un certo stile di godimento. Per chi entra in comunità questo stile appare contrassegnato da un che di sregolato, aberrante, fuori norma. Un’assordante eccedenza che si tratterebbe di ricondurre alla ragione, a una comune misura. Nell’epoca della quantificazione, non manca infatti per tutto ciò che attiene al corpo, alla sessualità, a la vita/la morte in generale, l’idea che esista una soglia di massima intensità calcolabile a priori. La salute è la norma media statisticamente fissata di questa intensità. Ci vengono elargiti ogni giorno sofisticati e scientifici strumenti per valutare se facciamo sesso in modo giusto, se mangiamo rispettando le tabelle nutrizionali, se la nostra intelligenza è a tempo con la nostra età mentale, se siamo vivi o morti. Sotto questo riguardo, ciò che ci distanzia dagli internati è solo un mi-

7. Id., *L'uomo senza qualità. L'epidemiologia della salute mentale*, cit., p. 29.

nore scostamento dalla media: meno disturbato il comportamento sessuale, più adeguato l'esame di realtà, meno auto- o eterole-sivi gli agiti. E si potrebbe continuare, stilando l'elenco di tutti quei comportamenti aberranti che conducono alcuni individui a dover essere salvati da se stessi e isolati dagli altri. Un test dietro l'altro, una scala dietro l'altra, ci si sforza di calcolare la misura appropriata per ciò di cui non esiste misura *naturale* possibile. Quanto al godimento, infatti, siamo tutti "animali malati",<sup>8</sup> la nostra felicità, il nostro benessere non possono essere definiti in termini di bisogni da soddisfare con la giusta moderazione – né troppo, né troppo poco, solo quel tanto che conviene. La proliferazione del calcolo e della misurazione sembra, sotto certi aspetti, confermare esattamente quest'impossibilità a fare in assenza di una legge *naturale* o *positiva* che metta l'uomo sulla pista di quella felicità che domanda e per la quale non c'è per lui "niente di pronto, né nel microcosmo, né nel macrocosmo".<sup>9</sup> Se ci si ferma, infatti, un passo prima, se non si trasforma in norma quella semplice constatazione numerica di un comportamento più consueto di altri, il ricorso alla statistica e alla quantificazione appaiono per ciò che sono: un tentativo estremo per provare a raccapezzarsi nelle faccende del godimento. Potremmo spingerci oltre e dire che si tratta di uno svelamento radicale del fatto che, quanto al sesso e a la vita/la morte, non esiste nessuna classificazione naturale possibile del normale e del patologico. Si possono catalogare dei comportamenti, ma niente più. Il resto, la trasformazione della media statistica in norma cui allineare i devianti, è di per sé un atto politico, una presa di posizione che punta a normativizzare ciò che scompiglia tutte le classificazioni. Certo, si può fare come con l'isteria – grande perturbatrice del rigore tassonomico –, zac, e si crede di cancellarla dalla scena eliminandola dal DSM. Si può continuare a ritagliare figurine di individui ben adattati alla realtà, capaci di trovare il "giusto" oggetto sessuale,

8. Cfr. J. Lacan, "Il trionfo della religione" (1974), in *Dei Nomi del Padre*, Einaudi, Torino 2006.

9. Id., *Il Seminario. Libro VII. L'etica della psicoanalisi (1959-1960)*, Einaudi, Torino 1994.

di rapportarsi in modo “sano” al proprio organismo, di mettere in campo una “buona” capacità genitoriale, loro, quelli che si ammassano (almeno numericamente, ma i numeri, si sa, sono muti) intorno alla stessa media. E si possono poi spacciare queste figurine-modello, farle circolare per il mondo, relegando tutti gli altri, i difformi – quelli che il corpo lo abusano, lo straziano, lo tormentano – in appositi *centri di recupero*. Certo, si può fare e lo si fa. Ma questo non toglie che i soggetti, se li si ascolta uno per uno, anche quelli ormai ridotti a cliché, ti dicono che loro, di fronte alle questioni *sono vivo o morto?*, *sono uomo o donna?*, *che cos'è un padre?*,<sup>10</sup> non si sanno raccapezzare, non c'è manuale di consigli pronti all'uso che tenga. Se ne stampano a bizzeffe, di manuali, gli esperti ci vanno a nozze, via la repressione, sotto col sapere. Sei libero, e lo sei tanto più se ti consigli col sessuologo, il dietologo, lo psicologo dell'infanzia, a loro puoi chiedere, e loro risponderanno. Fuori dalle mura delle comunità, sembra tutto molto più *friendly*, un clima di distesa consultazione, quasi una conversazione fra pari, e se ne esce con gli esercizi per fare sesso, la dieta o un po' di Ritalin per tuo figlio iperattivo.

Verrebbe da parafrasare Lacan e dire che si comincia con i numeri, e si finisce stritolati in un letto di Procuste.<sup>11</sup> Ma fra i numeri e il letto il salto c'è, ed è un abisso. C'è chi salta e trasforma la media in un paradigma di normalità cui conformare tutti gli esseri. Ma c'è anche chi non stringe questo laccio e prende l'equazione media-normalità come il modo attuale di trattare il fatto che non ci sia Altro a garanzia dei nostri atti. Forse è per questo che gli psicanalisti non hanno un sapere da proporre. Possono solo accompagnare il soggetto per un certo tempo, affinché trovi il suo modo di *saperci fare* con quelle faccende che assillano gli umani. Loro, che negli studi, nelle istituzioni pubbliche e private, nelle comunità terapeutiche, incontrano tutta quella cosiddetta devianza, so-

10. Sul modo in cui queste tre questioni si articolano diversamente nella nevrosi ossessiva, nell'isteria e nella psicosi si rimanda a J. Lacan, *Il Seminario. Libro III. Le psicosi (1955-1956)*, Einaudi, Torino 1985.

11. Cfr. Id., *Il Seminario. Libro XVII. Il rovescio della psicoanalisi (1969-1970)*, Einaudi, Torino 2001.

no chiamati – e non c'è garanzia che tenga – a non farla da padroni, a non cercare di riadattare ciò che non è fatto per essere adattato.<sup>12</sup> Li aiuta, per esempio, in materia sessuale, l'aver letto quel tale Freud – che i testi di psicologia riassumono ormai in poche righe (casistica troppo ristretta per essere scientifica!) – perché questo li mette in guardia dal credere che esista una sessualità normale e non perversa. Se lo hanno letto, sapranno che fra la pulsione sessuale e il suo oggetto c'è solo una *saldatura* che tiene quel che tiene, e che ha tutta l'aria di non potersi definire “normale”. Il sesso è solo un esempio, ma forse non troppo casuale: “[...] abbiamo l'abitudine di rappresentare in modo troppo intimo il legame della pulsione sessuale con l'oggetto sessuale. L'esperienza dei casi ritenuti anormali ci insegna invece che, in tali casi, tra pulsione sessuale e oggetto sessuale non vi è che una *saldatura*: noi corriamo il pericolo di trascurare questo fatto data l'uniformità della strutturazione normale, nella quale la pulsione *sembra comportare l'oggetto* [...]. Così siamo ammoniti ad allentare nei nostri pensieri il legame tra pulsione e oggetto. La pulsione sessuale probabilmente è in un primo tempo indipendente dal proprio oggetto e forse non deve neppure la propria origine agli stimoli del medesimo”.<sup>13</sup>

In questo contesto di profilassi universale, organizzato per vigilare sul funzionamento del mondo e sulla salute individuale, agli esperti il compito di dirci cosa fare e come farlo, per evitare di incontrare l'indecidibile che ogni atto di vita, sesso e morte comporta. Resta, che lo si voglia o no, che le saldature non tengono mai troppo bene, saltano via nei modi più impensati, e più lo fanno più c'è qualcuno che passa il proprio tempo a cercare di ricucirle in modo che la macchina continui a funzionare. La psicoanalisi, e una certa filosofia, si ostinano a credere invece che indebolirle e allentarle rimanga un ottimo esercizio.

12. “È questa la vera difficoltà di colui che tento di accostare per quanto possibile al discorso dell'analista – egli deve essere contrario a ogni volontà, perlomeno dichiarata, di padroneggiare. Dico *perlomeno dichiarata* non perché debba dissimularla, ma perché in fondo è sempre facile scivolare di nuovo nel discorso della padronanza”, ivi, p. 81.

13. S. Freud, *I tre saggi sulla teoria sessuale* (1905), in *Opere*, Boringhieri, Torino 1967 sgg., vol. IV, p. 462.

L'ideale della salute  
o il reale del sintomo?  
Sulla singolarità nella pratica  
della psicanalisi

**MASSIMO RECALCATI**

**1. La "faglia epistemo-somatica" e l'imperativo della salute**

Nell'attualità ipermoderna il discorso delle cure appare sempre più vincolato alla logica disumana della quantificazione: grafici, scale, dati statistici, costanti biologiche, diagrammi computerizzati. Tuttavia, l'affermazione di un linguaggio protocollare che forclude la dimensione etica della parola, non esime il medico a fronteggiare la dimensione più propria della sua pratica, ovvero l'incontro con la domanda del soggetto. Questa domanda implica una singolarità spigolosa che non può essere semplicemente aggirata attivando delle procedure standardizzate, uguali per tutti. Le pratiche della cura che non danno il giusto valore a ciò che unisce problematicamente la sofferenza sintomatica a una domanda singolare tendono a produrre dispositivi inevitabilmente totalitari. Per questa ragione Lacan avverte il medico sulla centralità che deve assumere nella sua pratica la giusta valutazione del carattere singolare e paradossale della domanda:

Quando il malato è inviato presso un medico o quando ci va direttamente, non dite che egli si aspetta puramente e semplicemente la guarigione. Egli mette il medico alla prova per farlo uscire dalla sua condizione di malato, cosa che è molto differente, perché questo può implicare che egli possa essere completamente attaccato all'idea di conservarla. Talvolta, viene proprio per domandarci di legittimarlo come malato. In altri casi viene, nel modo più evidente, a domandarci di preservarlo nella sua malattia, di curarlo nel modo a lui più conve-

niente, quello che gli permetterà di continuare a essere ben collocato nella sua malattia.<sup>1</sup>

Lacan ci avverte qui sulla differenza strutturale che separa la domanda dal desiderio; differenza che le pratiche totalitarie della cura tendono semplicemente a ignorare, prescindendo dalla domanda come evento soggettivo e regolando la loro azione su un criterio burocraticamente amministrativo o su un'esigenza produttiva. Più precisamente, per Lacan l'oggetto della pratica medica non è la natura ovvia della domanda di guarigione, quanto piuttosto la "faglia epistemo-somatica" che separa il corpo come pura estensione, come oggetto del sapere scientifico, dal corpo come corpo vivente, sessuato, come "qualcosa che è fatto per godere, per godere di se stesso".<sup>2</sup>

Per la scienza medica assorbita dai problemi della sua produttività, della sua organizzazione pubblica e dal controllo biopolitico della salute, il corpo-godimento resta impensato ed escluso dall'orizzonte della sua azione. Il sapere medico-scientifico sembra, infatti, voler richiudere il carattere scabroso della faglia epistemo-somatica, riducendo il corpo del soggetto a un oggetto inanimato sottoposto al potere delle procedure tecnico-scientifiche e del loro sguardo pervasivo: il corpo ridotto a oggetto è il corpo fotografato, radiografato, calibrato, diagrammatizzato e condizionabile.<sup>3</sup> In gioco è qui il *corpo-fatticità* e non il *corpo-verità*, per riprendere una distinzione proposta da Georges Canguilhem che intende differenziare il corpo come mero dato di fatto (corpo-fatticità), oggetto di manipolazione, dal corpo vivente, dal corpo come "esistente singolare", presenza al mondo, dotato di un *senso proprio di verità*. Nell'ambito di questa differenziazione il concetto di "salute" non ha alcuna dignità per rappresentare adeguatamente la verità del mio corpo, poiché si pone come un'essenza normativa che precede l'esistenza, come un

1. J. Lacan, *Psicoanalisi e medicina*, "La Psicoanalisi", 32, 2002, p. 13.

2. Ivi, p. 14.

3. Cfr. *ibidem*.

modello obbligato, un dover essere, un tipo ideale, che trascura il carattere unico e singolare dell'esistenza.<sup>4</sup> L'ideale della salute diventa, in altri termini, un nuovo imperativo sociale che subordina al suo comando le esigenze particolari della vita. Il concetto idealizzato della salute si regola esclusivamente sul corpo-fatticità concludendo il corpo-godimento. Per questo una mossa fondamentale della pratica psicanalitica consiste nel *disgiungere la dimensione della clinica da quella della salute*. Il dominio del corpo-fatticità è il dominio della misura e del calcolo, della valutazione quantitativa e della salute come ideale universale. Il luogo del corpo-verità implica invece una pluralizzazione, dunque uno sfaldamento critico del concetto normativo di salute. Questa pluralizzazione definisce il campo della clinica – la quale si occupa effettivamente dei modi d'esistenza del corpo-godimento più che delle classificazioni e delle manipolazioni del corpo-fatticità –, nel quale ciò che conta è solo *la misura singolare della propria felicità*.

Il concetto di “disturbo”, oggi assunto come paradigma della psicopatologia dai vari DSM, schiaccia il sintomo al livello di una deviazione anormale dall'ideale universale della salute come buon funzionamento della macchina del corpo o del pensiero. I cosiddetti disturbi dell'appetito, dell'umore, del sonno, delle attività di apprendimento, dell'ansia ecc., suppongono che la diversità dalla norma assuma già di per sé il significato di una malattia.<sup>5</sup> Al contrario, il sintomo analitico resta eterogeneo alla categoria di disturbo, preservando la differenza dalla norma come occasione di singularizzazione del soggetto e, dunque, di pluralizzazione del campo falsamente omogeneo della salute.

La centralità della categoria psicopatologica di disturbo nella clinica contemporanea illumina una combinazione discorsiva

4. Nella pratica della cura ne deriva, sempre secondo Canguilhem, che “il mio medico è [...] colui che accetta che io lo istruisca su ciò che solo io posso dirgli, ossia su ciò che il mio corpo annuncia a me stesso con sintomi il cui senso non mi è chiaro. Il mio medico è colui che accetta che io veda in lui un esegeta, prima ancora di accettarlo come un riparatore”, G. Canguilhem, *La salute: concetto volgare e questione filosofica*, in *Sulla medicina. Scritti 1955-1989* (2002), Einaudi, Torino 2007, p. 31.

5. Di grande attualità è, in questa prospettiva, la rilettura dell'opera di Georges Canguilhem, in particolare del suo *Il normale e il patologico* (1966), Einaudi, Torino 1998.

tanto inedita quanto egemonica. Foucaultianamente: quella della biopolitica come nuova forma di alleanza di sapere e potere nella loro incidenza sulla vita. Lacanianamente: quella tra il discorso del Padrone e quello dell'Università nella produzione di un nuovo regime discorsivo che forclude la singolarità.<sup>6</sup> Questo nuovo regime trova nella recente avanzata delle terapie cognitivo-comportamentali una sua manifestazione rilevante. Se per la pratica della psicanalisi la volontà del padrone è il rovescio di quella dell'analista, in quanto la conduzione della cura analitica non coincide affatto con la direzione pedagogica del paziente,<sup>7</sup> le terapie cognitivo-comportamentali recuperano la funzione del terapeuta come funzione ibrida tra la figura del direttore di coscienza e quella dell'esperto iperspecializzato.

L'apprendimento di tecniche di consolidamento dell'ego autonomo fondate sul rafforzamento della volontà razionale riduce la terapia a un *dressage psico-educativo*, a un'azione disciplinare che finisce inevitabilmente per minorizzare il paziente. Si tratta di pratiche che mirano alla normalizzazione funzionale del soggetto e che schiacciano la dimensione singolare del sintomo su quella standard del "disturbo". In questo contesto il potere-sapere del terapeuta orienta la vita del paziente, ma non più nella forma carismatica e suggestiva del potere padronale tipico del leader, che costituiva il centro della psicologia freudiana delle masse, quanto in quella più asettica e anonima dell'intervento iperspecialistico proprio del discorso dell'Università. Questa degenerazione della relazione terapeutica rappresenta un salto di qualità rispetto a ciò che avveniva sotto gli occhi di Lacan nei termini di una riduzione psicologista della dialettica del transfert alle vicende emotive del controtransfert, a una intersoggettività

6. Qui il riferimento è alla teoria dei quattro discorsi che Lacan sviluppa nel corso del *Seminario XVII*. Cfr. J. Lacan, *Il Seminario. Libro XVII. Il rovescio della psicoanalisi (1969-1970)* (1991), Einaudi, Torino 2001.

7. Per questa ragione Lacan afferma che sebbene l'analista si trovi a essere investito nel transfert di un potere particolare, l'atto che installa l'operatività del desiderio dell'analista consiste nel rinunciare al potere che il transfert gli consegna. Cfr. Id., *La direzione della cura e i principi del suo potere* (1958), in *Scritti*, a cura di G. Contri, 2 voll., Einaudi, Torino 1976, vol. II, p. 581.

immaginarica fondata sulla relazione speculare tra io. Allora Lacan notava il rischio di reintrodurre la suggestione nella pratica dello psicanalista, laddove la sua posizione nella cura veniva enfatizzata come guida morale del paziente. Attualmente le terapie cognitivo-comportamentali operano, invece, una sorta di *rovesciamento della suggestione*. Non è più il sapere del terapeuta che suggestiona il paziente ma, viceversa, è la sua domanda, la domanda convulsa del paziente, avallata con forza dall'igienismo maniacale del discorso sociale contemporaneo, che esige la riabilitazione del corretto funzionamento della macchina del corpo o del pensiero, a suggestionare la mobilitazione del sapere iperspecialistico, il quale offrirebbe al soggetto sofferente le giuste pratiche per raggiungere la salute ideale... cioè l'adattamento omologato all'autorità del principio di realtà.<sup>8</sup> Con un dato aggiuntivo, però: questo inedito rovesciamento della suggestione comporta il sacrificio della singolarità, poiché la forma ideale da raggiungere è il prodotto di un'alienazione collettiva di tipo conformista, di un'identificazione a massa orizzontale, "socialistica" direbbe Bion, ai sembianti sociali e alle loro icone.<sup>9</sup> La cura non punta a realizzare – come invece prova a fare un'analisi – il soggetto come differenza assoluta, ma persegue la sua integrazione adattiva a un'idea uniforme della vita. In questo senso, come afferma Lacan, ogni psicoterapia conduce necessariamente al "peggio".<sup>10</sup>

## 2. La singolarità del sintomo

È la politica del sintomo analitico a scompaginare il programma dell'assimilazione scienziata del soggetto agli indici quantitativi richiesti dalle procedure di valutazione. Il sintomo incarna non

8. La combinazione tra il discorso del Padrone e quello dell'Università deve essere completata con ciò che Lacan definisce come quinto discorso, ovvero con il *discorso del capitalista*, il quale costituisce lo sfondo del programma contemporaneo della Civiltà. Con questo discorso egli intende definire, in generale, un tipo di legame sociale animato dall'illusione maniacalizzante che la presenza, sempre a disposizione, dell'oggetto di godimento possa sanare il carattere leso dell'esistenza.

9. Su questo punto vedi il bel libro di E. Gaburri e L. Ambrosiano, *Ululare con i lupi. Conformismo e rêverie*, Bollati Boringhieri, Torino 2004.

10. J. Lacan, "Televisione", in *Radiofonia Televisione* (1974), Einaudi, Torino 1982, p. 71.

solo la verità, ma anche il margine di libertà del soggetto rispetto alle determinazioni alienanti del grande Altro: è lo spigolo di dissenso, il rilievo che non si lascia appiattare, l'obiezione singolare alla legge dell'Altro e ai suoi significanti ideali.

Alla luce scabrosa del godimento sintomatico, il soggetto appare infatti come un residuo, un resto irriducibile al programma universale della Civiltà. Ed è proprio da questa resistenza residuale che occorrerebbe ripartire per formulare un nuovo programma per la politica della psicanalisi stessa. È infatti nella suppienza sintomatica che si incarna il nuovo umanismo critico che le pratiche totalitarie della cura vorrebbero riassorbire nel funzionamento informatizzato e universale della macchina del pensiero, del corpo o del cervello. La morte dell'uomo proclamata dallo strutturalismo ha infatti assunto oggi la forma sconcertante della sparizione della singolarità come tale in procure discorsive che riducono la condizione umana a un numero solo statisticamente significativo.

La problematica che si dischiude con l'ultimo insegnamento di Lacan non è, in effetti, quella di una cancellazione "strutturalistica" del soggetto, di una sua riduzione a un mero effetto (di significato) della combinatoria significante, ma di come sia possibile preservarne la discontinuità singolare. È proprio questa preservazione del carattere incomparabile e irriducibile della singolarità la dimensione che qualifica la cifra etica della pratica della psicanalisi. Ed era questa, in fondo, l'istanza che animava già il testo di fondazione dell'insegnamento di Lacan, qual è *Funzione e campo della parola e del linguaggio in psicanalisi*, anche se in quel momento la sua difesa avveniva ancora attraverso una fenomenologia esistenziale di matrice dialettica e non dall'interno di una rimediazione critica del paradigma strutturalista, come avverrà invece più avanti. Tuttavia, non possiamo scordare la critica potente che Lacan solleva in *Funzione e campo* nei confronti della scienza, considerata incapace di fare spazio alla singolarità, accusata di procedere attraverso un movimento forclusivo che esclude e aliena il soggetto in un linguaggio totalitario che abolisce la dimensione contingente della parola annullando la dimensione singola-

re dell'enunciazione in una serie anonima e spersonalizzata di enunciati seriali (come si vede è qui anticipato un tema centrale della riflessione foucaultiana sulla follia). La scienza come pratica forclusiva e autoritaria non è, però, come pensa Foucault, alternativa a quella della follia ma ne rappresenta, per Lacan, il suo rovescio speculare. Non solo nel senso che bisogna registrare una sorta di follia nella pretesa dello scientismo di ridurre la contingenza del singolare a una cifra quantitativa, solo statisticamente rilevante, ma anche in quello, assai più radicale, per cui in entrambe, nella follia come nella scienza, la parola singolare smarrisce il suo legame simbolico con l'Altro, perde la sua potenza negativa, di separazione, riducendosi, nel caso della scienza, a una istanza protocollare, a un linguaggio morto, reificato, regolato da un automatismo alienante,<sup>11</sup> mentre in quello della follia dando luogo a una parola alla deriva, sconnessa dalla trama simbolica dei discorsi stabiliti, e che, proprio nel suo eccesso paradossale di soggettività, finisce nel ricadere nel massimo di alienazione, ovvero in un linguaggio che, anziché ospitare l'inserzione contingente e singolare della parola, installa un automatismo necessario che finisce per parlare il soggetto, come accade in certi fenomeni allucinatori nei quali, appunto, il soggetto è letteralmente parlato dall'Altro.<sup>12</sup>

Quale genere di pratica è dunque la pratica della psicanalisi? Quale è il suo programma nei confronti della singolarità soggettiva? La pratica della psicanalisi è una *pratica neoesistenzialista*, nella quale necessariamente l'esistenza precede l'essenza. Questa pratica sorge storicamente con Freud da un'esigenza irriducibile all'imperativo salutista dell'aggiustamento terapeutico del soggetto. Il problema della salute e del suo ripristino non orienta, in-

11. È chiaro che Lacan non sta qui definendo la funzione della scienza in quanto tale, ma solo la funzione dello scientismo come sintomo di una degenerazione interna della scienza. Nel *Seminario XVII* sui quattro discorsi questa funzione verrà ricoperta soprattutto dal discorso dell'Università, il quale situa nella funzione di agente l'S2 del sapere ripetuto, del sapere omogeneo, standard, protocollare appunto, in quanto iperspecialistico, nel quale è abolita la ricerca della verità che trova la sua base materiale nel soggetto diviso e la sua espressione più propria nel discorso isterico.

12. Cfr. J. Lacan, *Funzione e campo della parola e del linguaggio in psicoanalisi* (1953), in *Scritti*, cit., vol. I, pp. 272-275. Sul tema assai ampio della follia in Lacan, mi permetto di rinviare al mio *Follia e struttura in Jacques Lacan*, "aut aut", 285-286, 1998, pp. 139-165.

fatti, in nessun modo, l'azione dell'analista. La psicanalisi pone piuttosto la questione di una pratica che agisce sulla sofferenza sintomatica senza porsi il problema di raggiungere un ideale normativo di salute al quale conformare il soggetto secondo un criterio normalizzante. In questo senso essa non agisce presupponendo un modello ideale di salute o di felicità al quale si tratterebbe di ricondurre il soggetto cosiddetto sofferente. Più precisamente: *per la psicanalisi, clinica e salute sono campi che non si possono sovrapporre*. Questo per diverse ragioni. Innanzitutto perché la pratica analitica non è orientata da un concetto universale di salute. Dunque la malattia non è ciò che interrompe uno stato di salute che la cura deve poter ripristinare il più rapidamente possibile. La salute non è uno stato ideale tanto quanto la cura analitica non è il suo recupero. L'insorgenza di un sintomo non è mai considerata dallo psicanalista come la manifestazione di un'alterazione patologica. Il sintomo, cioè, non è per la psicanalisi ciò che è per la semiotica medica, ovvero il segno che può indicare l'esistenza di una malattia. La psicanalisi recide questa relazione univoca tra sintomo-segno e malattia-significato, complessificando il rapporto singolare del soggetto con il suo sintomo. Intanto considerando che il sintomo non si configura affatto come l'indice di una patologia in corso ma come un significante che rappresenta il soggetto, che rappresenta una verità insaputa del soggetto. La verità più scabrosa, la più inconciliabile con l'io, la più impensabile. In secondo luogo, affermando che il sintomo è un evento-occasione per il soggetto, un incontro, una *tyche*, e che come tale non può mai essere semplicemente soppresso riportando le cose a come stavano prima della sua insorgenza. Il criterio che misura la guarigione con la restituzione di uno stato primo, non è valido in nessun modo nella pratica della psicanalisi.<sup>13</sup>

13. È questo un tema sul quale ha insistito molto anche Georges Canguilhem nelle sue riflessioni sulla pratica medica, quando per esempio afferma che il significato tradizionale della guarigione come "fine di una perturbazione e ritorno all'ordine anteriore", come movimento reversibile, come ritorno allo stato che precede l'insorgere della malattia, non è adeguato a definire il processo di guarigione. Cfr. G. Canguilhem, *È possibile una pedagogia della guarigione?*, in *Sulla medicina*, cit., pp. 38-40.

Il sintomo si manifesta innanzitutto come un intralcio, un ostacolo nella vita, come ciò che rende la vita più o meno invivibile, come un impedimento alla felicità. Tuttavia questa prima constatazione elementare contiene una serie complessa di risvolti. Il primo è che il sintomo analitico non può mai prescindere dall'implicazione del soggetto. È questa una forte diversità con il discorso medico, il quale pone invece l'alterazione della malattia come qualcosa di accertabile oggettivamente con gli strumenti tecnico-scientifici più sofisticati in modo tale che la sua esistenza di fatto possa totalmente prescindere dal vissuto del soggetto. Lo sviluppo di cellule cancerose può essere registrato oggettivamente nel "silenzio degli organi", senza cioè che il soggetto avverta direttamente dei sintomi specifici. La percezione di sé come in salute o come malato non corrisponde necessariamente alla valutazione medica della salute o della malattia. Al contrario, nell'esperienza analitica, il soggetto vive il suo sintomo come una sofferenza insopportabile. È solo questa sofferenza che può animare una domanda di cura. E non è casuale che sia Freud che Lacan pongano nella *soggettivazione della domanda* un passo indispensabile per l'entrata del soggetto nel dispositivo della cura analitica. Il discorso medico attuale, al contrario, non prende affatto in considerazione la domanda come evento di soggettivazione; piuttosto, al tempo soggettivo della domanda, fa subentrare l'esigenza della sua stessa organizzazione produttiva, la quale tende piuttosto a far sorgere una domanda collettiva animata più dalla paura diffusa che da un processo critico di soggettivazione.<sup>14</sup> La domanda anziché essere colta nella sua differenza e nella sua articolazione col desiderio, viene appiattita sulla dimensione volontaristica della motivazione o sulla domanda immaginaria di risoluzione immediata del problema. Questa degenerazione imma-

14. Per Foucault l'affermazione del liberalismo non può, contraddittoriamente, prescindere dal rafforzamento della sicurezza, in particolare per tutto ciò che concerne la capitalizzazione dell'umano. In questo ambito un capitolo centrale è quello occupato dal tema della salute nei sistemi liberali che diventa una sorta di inedito imperativo superegoico. Su questi temi restano fondamentali le considerazioni che sviluppa nei suoi corsi al Collège de France, in particolare: *"Bisogna difendere la società"* (1997), Feltrinelli, Milano 1998 e *Nascita della biopolitica* (2004), Feltrinelli, Milano 2005.

ginaria della domanda tende a produrre risposte protocollari, sganciate dalla singolarità del paziente. È la difficoltà che Lacan e Canguilhem riconoscono alla pratica della medicina: difficoltà ad accogliere la domanda singolare del paziente e tendenza ad aggirare questa difficoltà attraverso una modalità preformata della risposta. Sarebbe, sempre per Lacan e per lo stesso Canguilhem, la psicanalisi a offrire alla medicina un altro modello possibile per la pratica della cura. È la psicanalisi che potrebbe sovvertire dalla sua posizione di “extraterritorialità” il sapere medico spostando il fuoco della significazione dall’asse della valutazione obiettiva a quello singolare della domanda e del corpo-godimento.<sup>15</sup>

Ebbene, in questa prospettiva inedita che la psicanalisi inaugurerrebbe, cosa diventa la sofferenza sintomatica? Come opera lo psicanalista, nella sua pratica, sulla sofferenza sintomatica del soggetto? Il suo interesse è davvero, come sembra credere anche Foucault, quello di realizzare un’ortopedizzazione del soggetto riassorbendo l’anormalità bizzarra del sintomo nel funzionamento normalizzato della macchina del corpo o del pensiero?

Il desiderio dello psicanalista, precisa Lacan, non ha alcun contenuto morale, non è desiderio di salvezza, né di normalizzazione, non punta a una “rieducazione emotiva”<sup>16</sup> del paziente, non opera ponendosi come guida magistrale – la direzione della cura di cui l’analista si assume la responsabilità non è affatto una direzione della coscienza<sup>17</sup> –, non domanda nulla, né che il paziente guarisca, né tanto meno che uniformi i suoi comportamenti supposti fuori norma.

Lacan è preciso su questo punto: nella pratica della psicanalisi l’analista, diversamente dal padrone, agisce a partire dalla sua stessa mancanza a essere, ovvero dall’“ignorare ciò che sa”.<sup>18</sup> Se infatti il transfert immaginario del paziente lo colloca nel posto

15. Cfr. J. Lacan, *Psicoanalisi e medicina*, cit. e G. Canguilhem, *È possibile una pedagogia della guarigione?*, in *Sulla medicina*, cit., pp. 36-38.

16. J. Lacan, *La direzione della cura e i principî del suo potere*, cit., p. 615.

17. Cfr. *ivi*, p. 581.

18. Formula che va affiancata a un’altra, proposta nel *Seminario XVII*, secondo la quale il solo soggetto supposto sapere in un’analisi è l’analizzante e non l’analista. Cfr. *Id.*, *Il Seminario. Libro XVII*, cit., p. 59.

onnipotente dell'Altro materno, Lacan ribadisce che l'analista deve saper rispondere alla domanda solo dalla posizione che occupa nel transfert, dunque non prendendosi per l'Altro che veramente ha, per l'Altro dell'"onnipotenza materna",<sup>19</sup> per l'Altro della domanda, ovvero per l'Altro che può saturare la domanda del paziente, per l'Altro che ha ciò che il paziente vorrebbe avere. L'analista che vuole il bene del paziente, e che dunque si prodigherebbe a rispondere alla sua domanda immaginaria, riedita infatti quella onnipotenza e finisce per sostenere un super-io tiranico che è la matrice di ogni educazione aberrante.<sup>20</sup> È questa la definizione lacaniana di totalitarismo che troviamo nel *Seminario VII: volere il Bene dell'Altro è all'origine di ogni catastrofe interiore*.<sup>21</sup> La dimensione della suggestione immaginaria ricade in questo vizio di fondo: "Nell'analisi ogni risposta alla domanda [...] riporta il transfert alla suggestione".<sup>22</sup>

Per questa ragione il desiderio dell'analista si installa non al livello degli enunciati ma in quello dell'enunciazione incarnando la sua incognita fondamentale. Quello che conta non è tanto cosa un analista dice nel corso di una seduta, ma la posizione che esso assume. Quello che l'analista dice – il livello dei suoi enunciati – tende infatti inevitabilmente a rafforzare la sua immagine ideale – l'idealizzazione dell'Altro –, mentre il lavoro analitico segue la direzione opposta: rendere possibile una disidealizzazione radicale dell'Altro affinché il soggetto possa trovare la differenza singolare del suo desiderio.

### 3. Storia, verità e godimento

L'analista non odia il sintomo del paziente, dunque non esige la sua estirpazione, perché vede nel sintomo la contingenza di un

19. Cfr. Id., *La direzione della cura e i principî del suo potere*, cit., p. 614.

20. Cfr. *ivi*, pp. 614-615.

21. Cfr. Id., *Il Seminario. Libro VII. L'etica della psicoanalisi (1959-1960)* (1986), Einaudi, Torino 1991, p. 401. Per un commento a questa definizione del totalitarismo, mi permetto di rinviare al mio *Eclissi del desiderio*, in M. Recalcati (a cura di), *Forme contemporanee del totalitarismo*, Bollati Boringhieri, Torino 2007, pp. 61-68.

22. J. Lacan, *La direzione della cura e i principî del suo potere*, cit., p. 631.

incontro possibile del soggetto con la verità rimossa del suo desiderio. Lo abbiamo già visto: la pratica della psicanalisi è una pratica che valorizza il sintomo come un significante che rappresenta il soggetto per un altro significante. Per questa ragione essa opera una trasformazione preliminare: *trasforma il corpo del sintomo nel corpo della storia del soggetto*. È questo un primo versante della concezione psicanalitica del sintomo. Questo significa che la psicanalisi propone una configurazione del sintomo come punto di condensazione della storia del soggetto e non, come direbbe Canguilhem, come una mera “limitazione del suo potere fisico”.<sup>23</sup> Ma di quale storia? Qui si introduce una differenza tra l’esperienza anamnestica dell’analisi e l’anamnesi medica, o medico-psichiatrica, poiché il presupposto dell’anamnesi analitica non è semplicemente quello di acquisire delle informazioni sulla biografia del soggetto e sui suoi sintomi, ma considerare la memoria come non a disposizione della volontà razionale del soggetto, dunque irriducibile alla serie dei ricordi con il quale il soggetto la può razionalmente scomporre. In altri termini, l’invenzione freudiana dell’inconscio pone il problema di una esteriorità del corpo della mia storia nei confronti dell’intenzionalità che anima i miei ricordi; al soggetto, infatti, sfugge la chiave di accesso alla sua propria storia. È questa una delle forme che assume l’esperienza soggettiva dell’inconscio: la mia storia mi sfugge, è come un testo incompleto, sbiancato, censurato, disperso, frammentato, privo di certi capitoli, in parte perduto.<sup>24</sup> La memoria volontaria non è padrona del tempo del soggetto. Il sintomo co-

23. “*Le malattie dell’uomo non sono solo limitazioni del suo potere fisico, sono anche drammi della sua storia*. La vita umana è un’esistenza, un esserci per un divenire non prestabilito, abitato dalla propria fine. L’uomo è aperto, dunque, alla malattia non per una condanna o per un destino ma in virtù della propria semplice presenza al mondo. E in questa prospettiva, la salute non è affatto un’esigenza d’ordine economico da far valere nel quadro di una legislazione, ma è semmai l’unità spontanea delle condizioni di esercizio di vita. Quest’esercizio, su cui si fondano tutti gli altri, crea e racchiude sempre il *rischio dell’insuccesso*, un rischio da cui nessuno statuto di vita socialmente normalizzata può preservare l’individuo”, G. Canguilhem, *È possibile una pedagogia della guarigione?*, cit., pp. 46-47 (corsivi miei).

24. Solo per un certo periodo del suo insegnamento Lacan ha potuto credere che l’esperienza analitica fosse la possibilità di ritrovare la “continuità” del testo storico. Cfr. J. Lacan, *Funzione e campo della parola e del linguaggio in psicoanalisi*, cit., p. 252. In seguito l’accento cadrà non tanto sul termine “continuità”, ma su quello di una “soggettivazione” della pro-

me corpo storico espone – nella forma di un corpo estraneo, di una *sporgenza extime*, interna-esterna, intima e straniera – ciò che la memoria del soggetto non è in grado di ricordare della sua storia. Non ciò che è stato scritto e si è cancellato, ma soprattutto ciò che non si è ancora scritto. Ed è proprio attraverso la via regina del sintomo che le lacune del corpo storico del soggetto riappaiono. Questa riapparizione, però, non è, come accade per esempio nella memoria involontaria di Proust, il ritorno lirico di qualcosa che pensavamo perduto e che invece ritroviamo. Il ritorno anacronico del rimosso attraverso il sintomo fa male, fa soffrire. La riapparizione del passato è spettrale, riporta alla luce ciò che doveva restare nell'oblio, sconvolge l'ordinarietà del tempo dell'io, mostra il soggetto come diviso da se stesso. Nel sintomo si deposita un frammento del passato, un passato che non passa, *l'indimenticabile della nostra storia*, ciò che non è stato sufficientemente simbolizzato, che non è entrato nel dire. Un frammento di reale, dunque.<sup>25</sup>

Attraverso la sofferenza sintomatica i pazienti non sono perciò confrontati con un semplice “disturbo”, con il disfunzionamento della macchina del corpo o del pensiero, che esigerebbe un intervento correttore, ma con la loro storia, il che significa, innanzitutto, con i vuoti, le assenze, i passaggi censurati della loro storia. Un'analisi è, dunque, una storicizzazione della propria vita, un'attività di costruzione della propria biografia, dove però il soggetto incontra non solo ciò che si può ricordare o ciò che si sottrae alla memoria, ma anche *l'indimenticabile* della sua storia,

pria storia, che non avviene più come ristabilimento esegetico della continuità del testo storico, ma in quello contingente di una nuova produzione del testo del soggetto. Questo comporterà pensare l'inconscio non tanto come il capitolo perduto della nostra storia che si tratta di ritrovare, ma come qualcosa di non-realizzato, non ancora compiuto, che si tratta di produrre più che di ricomporre. Cfr. Id., *Il Seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi* (1964) (1973), Einaudi, Torino 1979.

25. Non si deve però commettere l'errore, nel quale a volte Freud incappa, di pensare che possa esistere una simbolizzazione esaustiva del passato, o, se si preferisce, del reale. Questa esaustività è esclusa per struttura. Per questa ragione il sintomo non può mai essere dissolto senza lasciare residui. Per questo esso è ciò che accompagna l'esistenza umana come tale. Un certo idealismo psicanalitico rifiuta invece di pensare al sintomo come ciò che annoda l'esistenza nel suo essere, relegandolo, come avviene anche per le terapie cognitivo-comportamentali, nel campo della pura disfunzione.

che non è alle spalle del soggetto ma gli si para davanti, lo attende, lo assilla, o, nei casi più radicali, lo perseguita. Si tratta di un passato sempre presente proprio in quanto dimenticato, un passato incistato nella sofferenza del sintomo, il quale, da questo punto di vista, diviene il significante che attualizza l'impossibilità per il soggetto di padroneggiare la sua verità, la sua divisione costituente.

Dall'inizio del suo insegnamento Lacan resta fedele all'insegnamento di Freud che pone il sintomo come una *formazione dell'inconscio*, il cui carattere maggiore consiste nella sua natura simbolica. È questo un secondo versante del sintomo psicanalitico, quello che ne evidenzia la parentela ermeneutica col simbolo. Per Freud, infatti, il sintomo non è l'alterazione anormale di una funzione ma una formazione semantica, un luogo di *addensamento del senso*. Il passo inaudito compiuto da Freud consiste, infatti, nel *coniugare la sofferenza sintomatica col senso*. La clinica psicanalitica si fonda su questa coniugazione. Nel sintomo analitico non si tratta mai di una deviazione patologica dal normale funzionamento del corpo o del pensiero, di una scompensazione della salute nella malattia, ma di un senso che mi concerne, che tocca il mio essere, che mi concerne anche se in un modo enigmatico. Il senso del sintomo resta, infatti, opaco al soggetto. Lacan afferma che il senso del sintomo appare sempre come un senso *imprigionato*.<sup>26</sup> Più radicalmente, seguendo Freud, Lacan eleva il concetto di sintomo alla dignità della verità. Esso avrebbe, cioè, la medesima struttura dell'*aletheia* greca così come Heidegger la reinterpretava. Sarebbe quel luogo chiaroscurale dove la verità appare solo attraverso il suo stesso nascondimento. Dove la verità si dà ma solo nella forma della sottrazione e dell'oblio parziale. Si noti la forza critica di questo spostamento dalle alterazioni e dalle lesioni della sofferenza sintomatica – che le macchine della scienza medica possono registrare obiettivamente – a una verità irriducibile alla sua declinazione logica di adeguazione del concetto alla cosa: nella formazione sintomatica la verità si mostra solo ma-

26. Cfr. J. Lacan, *Funzione e campo della parola e del linguaggio in psicoanalisi*, cit., p. 274.

scherandosi, trasfigurandosi, cifrandosi, sempre, come direbbe Lacan, tra le righe.<sup>27</sup>

Ma di quale verità stiamo parlando? Quale verità è in gioco nella sofferenza sintomatica?

Questa verità non è la verità universale della logica e non ha nemmeno uno statuto archetipico, come invece credeva Jung. Si tratta piuttosto di una verità che, pur concernendo il soggetto nella sua particolarità più propria (o impropria, dunque più malsana, inconfessabile, bizzarra, originale...), il soggetto stesso ha allontanato da se stesso. Si tratta di quella verità su se stesso che il soggetto respinge, ripudia, rifiuta, non intende né riconoscere, né ospitare. Si tratta di quella verità che è stata rimossa, dunque sottoposta a un'operazione – tale è in psicanalisi il processo della rimozione – di oblio. La verità che parla nel sintomo è una verità scabrosa che il soggetto non intende assumere perché, come affermava già Freud, contiene qualcosa di *inconciliabile* rispetto all'immagine ideale che il soggetto ha di se stesso. Si tratta di quella verità che “il desiderio è stato nella sua storia”.<sup>28</sup> La rimozione allontana questa parte inconciliabile – la verità del desiderio –, la rimuove appunto, la separa dalla coscienza. Il sorgere della sofferenza, da questo punto di vista, scaturisce per la psicanalisi da un eccessivo attaccamento alla propria identità narcisistica. La rimozione si intensifica, infatti, sempre a causa di una eccessiva rappresentazione identitaria di se stessi che aumenta la quota di rappresentazioni inconciliabili, cioè destinate a essere rimosse.

Tuttavia, la rimozione non giunge mai ad abolire integralmente ciò che allontana. L'oblio della verità non è mai definitivo. I pezzi di storia che il soggetto separa da se stesso, che rimuove appunto, non soggiacciono in una memoria-baule. La memoria freudiana è piuttosto una memoria spettrale: il rimosso ritorna,

27. Incontriamo qui una duplicità essenziale del sintomo analitico: da una parte è un evento del senso, implica il piano della significazione, ma dall'altra il suo senso sfugge continuamente al soggetto. Anche in questa duplicità ritroviamo la struttura propria dell'*aletheia* secondo Heidegger: la verità del sintomo si dà, ma solo nella forma della ritrazione.

28. J. Lacan, *L'istanza della lettera dell'inconscio o la ragione dopo Freud*, in *Scritti*, cit., vol. I, p. 514.

non cessa di ritornare. Per questa ragione Freud pone la natura della rimozione come necessariamente fallimentare. Lo spettro del rimosso riappare, intercetta la mia esistenza, insiste in una ripetizione che Freud colloca al di là del principio di piacere. In questo senso il sintomo si oppone alla dimenticanza. Freud lo affermava a suo modo: le isteriche, scriveva, soffrono di reminiscenze. Soffrono dei loro sintomi che sono modi con i quali qualcosa di anacronico – “reminiscenze” – ci interpella.

Lacan ha messo in evidenza che dal punto di vista linguistico l’incarnazione sintomatica della verità avviene per la via di una sostituzione. Il sintomo è un significante che prende il posto di un significato rimosso. È dunque una metafora, una condensazione, una emergenza del senso, un evento di senso. Per questo la psicanalisi non si preoccupa di eliminare il sintomo, di aggredirlo, di sopprimerlo. Essa si dedica piuttosto a liberare il senso che in esso risulta imprigionato. Per questo Lacan può affermare che il sintomo è “un simbolo scritto sulla sabbia della carne”.<sup>29</sup> Ma cosa significa un simbolo scritto sulla sabbia della carne? La carne è la carne del soggetto che soffre e che laddove soffre (*ça souffre*) in realtà parla (*ça parle*). Il riferimento alla sabbia come piano sul quale il sintomo si scriverebbe allude alla contingenza di questa scrittura e al fatto che il lavoro analitico come lavoro di decifrazione avrebbe il potere di cancellare la scrittura del sintomo liberando il senso dalla sua prigione.

Come si vede, per la psicanalisi la problematica della sofferenza non si innesta affatto, come avviene per la scienza medico-psichiatrica, sullo sfondo di un’alterazione della normalità, ma sulla problematica della possibile *incarnazione della verità*. Non certamente della verità della filosofia o della scienza, del discorso del Padrone o di quello dell’Università, per utilizzare i termini del *Seminario XVII*. La verità del sintomo riflette un carattere eminentemente etico. È una verità che parla attraverso le stimmate della sofferenza, dunque che implica profondamente la testimonianza del soggetto e che pone nella posizione di agente – come

29. Id., *Funzione e campo della parola e del linguaggio in psicoanalisi*, cit., p. 274.

accade per il discorso isterico – il soggetto diviso, leso, teso alla ricerca della propria verità.

Il sintomo, dunque, parla là dove il soggetto soffre, parla nella forma della sofferenza. Il soggetto, scrive Lacan, “grida col suo sintomo”, come “Cristo ha detto che avrebbero fatto le pietre se i figli d’Israele non avessero parlato con la loro voce”.<sup>30</sup> Grida ciò che l’io ha fatto tacere. In questo senso l’inconscio è una insistenza simbolica che si manifesta attraverso una memoria significativa. A questa memoria Lacan riconduce la coazione a ripetere di Freud: qualcosa continua a insistere e interferisce nella vita del soggetto. Per questo il sintomo non può essere considerato una formazione dell’inconscio come le altre. Non può essere assimilato a un sogno, a un atto mancato, a un lapsus, a una sbadataggine. Diversamente dalle altre formazioni dell’inconscio, infatti, un sintomo non è evanescente, non dura, come un sogno, solo il tempo di una notte. Il sintomo, piuttosto, insiste, accompagna il soggetto, non passa, persevera. Non ha la natura del lampo ironico del lapsus o del motto di spirito. Il suo carattere non è solo quello dell’enigma che attende la sua decifrazione, non è solo una scrittura sulla sabbia che l’onda dell’interpretazione può dissolvere, ma è anche la *persistenza silenziosa della pietra*. La sofferenza del sintomo tende a ripetersi, grida nel silenzio. Non si esaurisce in un tempo aleatorio, ma rivela una particolare inerzia. Il tempo del sintomo è più solidale al tempo fissato del trauma che a quello discontinuo del desiderio. La sua natura è quella di essere un *corpo estimo*, interno-esterno, un’alterità interna, una pietra che l’azione dell’interpretazione può isolare ma non dissolvere senza lasciare resti. Nel senso che la decifrazione del sintomo non elimina mai del tutto l’elemento ingovernabile della pulsione che in esso emerge. In altri termini, l’esperienza della sofferenza sintomatica è un’esperienza che riduce il potere della volontà. È un fatto che la clinica conferma quotidianamente: nessun sintomo guarisce con il ricorso alla forza della volontà. Infatti il soggetto percepisce il sintomo come l’esistenza di qualcosa che si oppone

30. Id., *L’istanza della lettera dell’inconscio o la ragione dopo Freud*, cit., p. 514.

alla sua volontà. In questo senso il sintomo è un'alterità ingovernabile e in questo senso implica la tendenza alla sua ripetizione al di là del principio di piacere.

Il passaggio dal sintomo-simbolo, scritto sulla sabbia della carne del soggetto, al sintomo-grido, al sintomo-pietra, ci conduce dritti verso il terzo versante del sintomo psicanalitico, verso il suo volto più straniero e più inquietante. Quello che non si concilia in nessun modo con l'io. Per questo, in *Inibizione, sintomo e angoscia*, Freud pone il sintomo come un'esteriorità rispetto all'organizzazione dell'io, come un indice di "extraterritorialità". Tuttavia, continua il ragionamento freudiano, questo carattere spigoloso e avverso del sintomo all'unità sintetica dell'io, tende a dare luogo a una progressiva, quanto sconcertante, integrazione. E in questo secondo movimento, col quale il sintomo viene appunto incorporato nell'io – diventando così il luogo di interessi e tornaconti primari e secondari –, esso diventa un agente di godimento per il soggetto, rendendo possibile non solo una significazione inattesa, un evento di senso, ma anche una nuova, anche se insensata, soddisfazione.<sup>31</sup>

Si tratta della tesi più sconcertante di Freud. Non solo nella sofferenza dobbiamo vedere un dramma storico, una memoria che insiste, l'emergenza di una verità, il suo ritorno dall'esilio della rimozione, ma anche un luogo di godimento che attende alla conservazione della vita. L'esperienza del godimento sintomatico eleva il male a una meta pulsionale che eccede ogni concezione naturalistico-edonistica del soggetto e conduce la clinica psicanalitica a sovvertire radicalmente il paradigma della salute e del benessere di cui si nutre l'igienismo contemporaneo. Il male del sintomo non è solo ciò che disturba la nostra vita, ma è ciò che procura al soggetto un godimento irrinunciabile, per quanto maledetto esso sia. Per questo l'ultimo Lacan introduce l'idea che il sintomo è il luogo dove il *soggetto gode del suo inconscio che lo determina*.<sup>32</sup> Si tratta di una formula enigmatica che traduce il moti-

31. Cfr. S. Freud, *Inibizione, sintomo e angoscia* (1925), in *Opere*, a cura di C.L. Musatti, Boringhieri, Torino 1978, vol. x, pp. 247-249.

32. Cfr. J. Lacan, *Le Séminaire. Livre XXII. R.S.I. (1974-1975)*, "Ornicar?", 2-5, 1978.

vo più cogente dell'esperienza psicanalitica: esiste negli esseri umani una tendenza – che Freud chiamava pulsione di morte (*Todestrieb*) – a lasciarsi aspirare da un godimento rovinoso, mortifero, distruttivo, dissipativo, costantemente in eccesso. Questa tendenza mostra che la vita non aspira al bene ma a godere, a godere al di là del principio del bene, a godere della propria distruzione, della propria dissipazione, della violazione continua dell'omeostasi a cui punterebbe invece il principio (aristotelico) di piacere. In altre parole, la psicanalisi ci pone di fronte allo scandalo non tanto dell'esistenza dell'inconscio come luogo di una verità inconciliabile, quanto dell'esistenza dell'inconscio come una *spinta al godimento contraria all'affermazione naturalistica della vita*. Una spinta che espone il soggetto a un'intemperanza che turba l'equilibrio e che è preferita alla difesa narcisistica della vita. Freud aveva definito questa tendenza come *masochismo erogeno*.<sup>33</sup> Siamo qui di fronte all'abisso più inquietante con il quale la pratica della psicanalisi si confronta: come rendere feconda e non distruttiva questa spinta alla morte che accompagna come un'ombra la nostra vita? Come ripensare il problema della singolarità soggettiva tenendo conto che la vita non tende affatto al bene quanto piuttosto al suo “insuccesso”, al suo scacco?

33. Cfr. S. Freud, *Il problema economico del masochismo*, in *Opere*, cit., vol. x, p. 9.

Tuttobeneverosi!  
Sulla medicalizzazione,  
o le vicissitudini  
di una relazione di inganno

**ANTONELLO SCIACCHITANO**

*So e non conosco. Qui noi distinguiamo tra sapere e conoscere.*  
Enzo Paci, *Tempo e verità nella fenomenologia di Husserl*, 1960

**C**on questa olofrase – *Tuttobeneverosi!* – mi saluta incontrandomi per strada il mio medico di famiglia. Perché sono collega? No. Per augurarmi di non vedermi in ambulatorio? Forse. La comunicazione medica esordisce generalmente con un ottimismo di facciata. Direi che il mio medico è professionale anche fuori dal proprio studio. Sua deformazione? Dimostrerò in un caso particolare, ma paradigmatico, che non si tratta neanche di questo. La retorica e la mentalità medicali stanno al cuore della vita civile. Dal cuore del rapporto privato medico-paziente si irradia la linfa che nutre tutta la società, dai piani alti del governo delle nostre vite ai piani bassi dell'uso e consumo di salute che le nostre vite fanno. La tesi che voglio esporre è che il binomio medicale – da una parte il distributore di patologie/terapie, dall'altra l'utente di presidi sanitari – formi un particolare terreno di cultura epistemico, dove si coltiva una precisa forma di non voler sapere: l'inganno reciproco. È l'inganno del medico che distribuisce una conoscenza che non è scienza, cui corrisponde l'autoinganno del paziente, che persegue le varie forme di medicina – quelle alternative comprese – che meglio gli precludano l'accesso alla verità su di sé e sul proprio corpo. Il modello è quello antico, ma collaudato, del medico stregone della tribù e dei suoi clienti.

Comincio dal primo corno dell'inganno: è scienza la medici-

na? Che ne è del motto che stabilisce il connubio della sua etica: “secondo scienza e coscienza”?

### **Il principio di ragione insufficiente**

Nella sua autobiografia scientifica, pubblicata postuma, Max Planck scriveva: “Di solito una nuova verità scientifica non si impone perché i suoi oppositori si convincano e si lascino illuminare, quanto piuttosto perché gradualmente muoiono e la nuova generazione crescendo prende man mano confidenza con essa sin dall’inizio”.<sup>1</sup>

Così vanno le cose nel mondo della vita scientifica. Non esistono guerre di religione nella scienza. Sul medio periodo – tempo poche generazioni – si fa la stessa scienza a Pechino come a Princeton. Gli Stati canaglia possono arrivare alla stessa fisica nucleare degli Stati del Bene. In filosofia – è un male? è un bene? – è diverso. Nel 1748, nella *Ricerca sull’intelletto umano*, David Hume decostruì il principio di ragion sufficiente con argomenti che si possono ancora oggi ritenere definitivi. Scientificamente parlando, non esistono cause, ma solo successioni temporali. All’interno di tali successioni si può tutt’al più parlare in termini probabilistici di interazioni positive o negative di o tra fattori condizionanti (*Teorema delle probabilità inverse di Bayes-Laplace*).<sup>2</sup>

Tutto chiaro, allora, sì?

No, un secolo dopo, nel 1847, Arthur Schopenhauer pubblica un saggio *Sulla quadruplici radice del principio di ragione sufficiente*. Il signor Antihegel ricicla in chiave fenomenologica la ben consolidata scolastica aristotelica: la causa finale diventa causa

1. “Eine neue wissenschaftliche Wahrheit pflegt sich nicht in der Weise durchzusetzen, dass ihre Gegner überzeugt werden und sich als belehrt erklären, sondern vielmehr dadurch, dass ihre Gegner allmählich aussterben und dass die heranwachsende Generation von vornherein mit der Wahrheit vertraut gemacht ist”, M. Planck, *Wissenschaftliche Selbstbiographie*, Leipzig 1948.

2. La formula di Bayes è stata applicata con scarso successo al problema della diagnosi medica. Colpa della formula, che sarebbe insufficiente? Colpa della diagnosi medica, che non è abbastanza “scientificizzabile”? Colpa dell’indeterminismo probabilistico che non si adatta al determinismo diagnostico? Un problema. Cfr. E. Poli, *Metodologia medica. Principi di logica e pratica clinica*, Rizzoli, Milano 1965.

del divenire, la causa materiale dell'essere, la causa efficiente dell'agire e la causa formale della conoscenza.

Cos'era successo? Qualcuno era sopravvissuto più di un secolo? A ben vedere, forse a sfidare il criterio di Planck i centenari erano in più di uno. Nel 1843 in area positivista, infatti, John Stuart Mill pubblicò un trattato di più di novecento pagine, intitolato *Sistema di logica raziocinativa e induttiva*, il cui libro III, pari a più di un terzo dell'opera, è tutto dedicato all'induzione delle cause a partire dagli effetti.

Tutto bene, vero, sì?<sup>3</sup>

Sì, con buona pace del filosofo scozzese, il principio di ragion sufficiente non si può buttare alle ortiche. Sarà poco scientifico, ma serve alla civiltà e alla vita quotidiana dei singoli. È essenziale alla convivenza civile. Serve in medicina a determinare le cause delle malattie, *quindi* a prevenirle o a curarle. Serve nell'amministrazione della giustizia per individuare il criminale a partire dagli indizi e dai moventi – si chiamano così le cause psichiche – *quindi* a sorvegliare e punire.<sup>4</sup> Non è merito da poco. Serve al buon senso quotidiano per regolare le transazioni civili. Serve a tessere quel diffuso stato morboso collettivo che è la “mentalità”, ordito di normali paranoie, su cui si fondano i razzismi, i leghismi, le xenofobie e tutti i meccanismi di difesa dall'altro. Nella testa di ognuno c'è sempre una colpa e un colpevole per i nostri mali, l'altro. Contro di lui – si chiami arabo o romeno – scattano automaticamente decreti legge di espulsione e si organizzano raid punitivi. Ma l'altro può benissimo chiamarsi “noi stessi”. Sulla

3. Oggi non siamo messi così male come un secolo e mezzo fa, grazie all'avvento dell'indeterminismo in meccanica quantistica (Heisenberg, 1926) e al contributo del pragmatismo. Nel suo *Logic, Theory of Inquiry* (1939) John Dewey scriveva: “[...] Nessun evento ci arriva etichettato come ‘causa’ o ‘effetto’. Un evento deve essere deliberatamente *assunto* come causa o effetto” (J. Dewey, *Logica, teoria dell'indagine*, trad. di A. Visalberghi, Einaudi, Torino 1949, p. 593). Detto alla Deleuze, i termini “causa” ed “effetto” sono esterni alla relazione eziologica (cfr. G. Deleuze, *Hume*, 1972, in *L'isola deserta e altri scritti*, 2002, a cura di D. Borca, Einaudi, Torino 2007, pp. 203-214).

4. I due grandi discorsi eziologici, la medicina e il diritto, tuttora vigenti e prosperanti, arrivano fino a noi dall'antichità. La medicina, inventata dai greci, il diritto dai romani. Forse è illusorio immaginare di decostruirli, dato che si sostengono a vicenda, per esempio in medicina legale.

nostra colpa, come peccato originario, causa del male, da cui il credente prega il proprio dio che lo liberi, le religioni fondano da millenni il loro potere di controllo delle coscienze.

Il termine che ricorre sistematicamente in questi discorsi è, come si vede, “causa” nel senso di “agente”, in particolare del male. C’è da meravigliarsi che la società civile sia tanto estesamente medicalizzata? “Questi sono i fatti. Cerchiamo le cause nascoste.” Così ragiona l’intelligenza medicalizzata, spacciandosi per scientifica.<sup>5</sup> La medicalizzazione passa innanzitutto attraverso il discorso della causa, intesa proprio nel senso medico di “agente patogeno”. Non è difficile, allora, riconoscere che la civiltà è da tempo immemorabile e necessariamente *eziologizzata*, se mi si perdona l’occasionale neologismo – *quindi* medicalizzata. È da sempre sul chi vive nei confronti delle “cause”, che minacciano la conservazione del corpo sociale, come le cause morbose minacciano la salute del corpo individuale. Sono cause interne – una volta il movimento rivoluzionario di sinistra – e cause esterne – oggi i flussi immigratori. Ma dove c’è causa, c’è discorso medico. Non si scappa. L’eziologia è la ragione sufficiente (e banalmente necessaria) che inaugura il discorso medico. Allora, in presenza di cause, la politica diventa, come ha intuito Foucault, un’eziologia dei corpi viventi, individuali e collettivi. Diventa, cioè, una biopolitica.<sup>6</sup>

Con un risvolto problematico per i contributori di questo numero della rivista. Se sull’esempio dei vari Schopenhauer e Mill la filosofia stessa eziologizza, riusciranno dei filosofi e loro associati

5. L’intelligenza scientifica introduce una piccola ma essenziale correzione al discorso eziologico. “Questi sono i fatti”, dice. “Vediamo quale classe di modelli può spiegarli.” Il discorso scientifico è assolutamente privo della dimensione di imputazione di responsabilità. E soprattutto non fa riferimento a schematismi eziologici precostituiti, come possono essere le diagnosi mediche o le analisi ideologiche.

6. Sullo sfondo di questo discorso c’è Spinoza. I corpi viventi possono essere “affetti” da altri corpi e da idee, che rispetto a essi funzionano da cause. In proposito rimando alle *Lezioni su Spinoza* di Gilles Deleuze (G. Deleuze, *Cosa può un corpo?*, 1980-81, trad. di A. Pardi, ombre corte, Verona 2007). Il tema del rapporto tra corpo e causa potrebbe costituire un saggio a sé. A sua volta molto pertinente all’argomento della medicalizzazione. Sul tema della biopolitica si dovrebbe aprire un dibattito, a partire dalla giustificazione teorica del termine, tuttora non consolidata.

ad analizzare la medicalizzazione della società civile? Non diventerà eziologica, quindi inconsapevolmente medica, la loro stessa analisi della medicalizzazione?

Provo a cimentarmi nel difficile compito. Prima però, non solo per comodità di argomentazione, ma anche per evitare di imbarcarmi in una battaglia contro i mulini a vento – lancia in resta a difendere Hume dall'oblio filosofico, in cui cadde grazie anche a un certo Kant – propongo una distinzione epistemologica. Lo faccio innanzitutto per semplificarmi la vita. So bene di abbattere drasticamente la complessità della problematica. Temo anche di creare malintesi in chi non ama troppo semplificare. Ma tant'è. Propongo, infatti, di distinguere tra scienza e conoscenza. Con qualche ragione. Nella scienza, come si è detto, *non* vale il principio di ragione sufficiente, nella conoscenza sì. È possibile procedere distinguendo? Non esiste forse una ben fondata conoscenza scientifica, che starei imprudentemente sospendendo? A scanso di equivoci preciso meglio lo statuto epistemico della differenza tra scienza e conoscenza. La differenza tra la prima (non eziologica, *ma* meccanicistica) e la seconda (deterministica nel senso di *determinata* dalla legalità esatta) è di principio, non di fatto.<sup>7</sup>

Dopo quella epistemica viene la differenza ontologica. La differenza tra conoscenza e scienza dipende dall'oggetto, che è diverso – più in linea di principio che di fatto – nella pratica cognitiva e in quella scientifica. La conoscenza riguarda un oggetto finito. La scienza un oggetto infinito. Il principio di verità della conoscenza è l'adeguamento.<sup>8</sup> Il soggetto finito conosce il mondo, adeguando il proprio intelletto alla cosa. Un caso particolare, particolarmente diffuso di adeguamento, è proprio il princi-

7. Nella scienza moderna meccanicismo e determinismo si separano. Il meccanicismo si riduce a principio di simmetria. Il primo paradigma meccanicistico della scienza occidentale è la leva archimedeica. Una leva con bracci uguali e pesi uguali sta in equilibrio. Il determinismo si riduce al principio di legalità.

8. Con questo termine intendo qualunque rappresentazione dell'oggetto. Può essere una rappresentazione *in praesentia* (tipiche le assiomatizzazioni dei sistemi formali alla Hilbert) o *in absentia* (tipica l'*epoché* alla Husserl).

pio eziologico, dove l'effetto si adegua alla causa. (Di solito l'effetto sta dalla parte dell'empiria e la causa della teoria.) Nel caso dell'infinito, tuttavia, il principio di adeguamento non regge, non essendo possibile conformare il finito all'infinito. Il principio di ragione sufficiente è insufficiente rispetto all'infinito, caro Schopenhauer.

E potrei continuare a differenziare in ambito sociologico. Il luogo del sapere cognitivo è il libro, che dice come stanno le cose – allora è la Bibbia – e come si deve agire sulle cose – allora è il manuale di tecnica o l'enciclopedia medica, se volgarizzata nelle edicole. Da Platone in poi conoscere è riconoscere le strutture depositate in qualche memoria collettiva (*pattern recognition*). Agire è adeguarsi a esse e alle finalità per cui sono state assemblate. La conoscenza è burocratica, la scienza innovativa. Il luogo di maturazione del sapere scientifico è la strumentazione materiale e intellettuale, capace – essendo “gravida di teoria”, secondo la felice espressione di Gaston Bachelard, che riprende Pierre Duhem – di fornire nuovi dati e nuove ipotesi di lavoro (congetture). In ultima analisi, la conoscenza, si insegna e si apprende da tutor e manuali, essendo fondamentalmente una tecnologia applicativa. La scienza, invece, si fa sempre a proprio rischio e pericolo, senza guide sicure, come i pellegrini persi nella foresta di Cartesio.

Queste e altre sono le differenze che conseguono all'introduzione dell'infinito nell'epistemologia moderna. Ma non mi addentro oltre nell'analisi dell'oggetto della scienza, se non per proporre, quasi riesumare, un termine che circoscrive l'area semantica in cui si muove questo discorso, per il quale esistono anche altri termini, tuttavia non così pregnanti.

Quasi certamente su suggerimento di John Dewey, Edward Huntington (1902) e Oswald Veblen (1904), proposero in logica formale la nozione di *categoricità*, che più tardi (1945) sarà posta a base della teoria matematica delle categorie da Samuel Eilenberg e Saunders Mac Lane. Una struttura si dice categorica se tutte le sue rappresentazioni (o modelli o presentazioni o esemplificazioni o realizzazioni) sono tra loro isomorfe (equivalenti). Detto in termini più consueti, una struttura si dice categorica se

è concettualizzabile, cioè se può essere definita da un concetto, cioè da una rappresentazione che fissa una proprietà caratteristica, proprio come voleva Schopenhauer nel *Mondo come volontà e rappresentazione*. Benché possa essere formulato in tanti e diversi modi, tutte le formulazioni (rappresentazioni) di un concetto categorico sono equivalenti, cioè si riducono a una sola. L'ambito filosofico del categorico è una vecchia conoscenza filosofica: l'Uno.

Orbene, in questo senso, l'infinito è una struttura *non* categorica. Ciò non vuol dire che non sia rappresentabile, ma, proprio al contrario, che ha troppe rappresentazioni. Dell'infinito si danno presentazioni diverse e differenti. L'infinito numerabile, che serve a contare o giocare al lotto, non equivale all'infinito continuo, che serve a disegnare o a misurare una distanza. La non equivalenza significa che i due infiniti non si possono mettere in corrispondenza biunivoca. L'infinito continuo ha più elementi dell'infinito numerabile. E non esistono solo queste due presentazioni dell'oggetto infinito. Cantor ha dimostrato che esiste una scala infinita di infiniti, sempre più grandi, sempre più "infiniti", di cui non esiste l'ultimo elemento. Insomma, l'infinito non è riducibile a un concetto ben definito. Appartiene all'ambito della *Unbegrifflichkeit*, di cui ha abbozzato la teoria Hans Blumenberg.<sup>9</sup>

Le conseguenze della non categoricità non sono poche né di poco conto sul piano epistemico. La prima e più notevole è che l'infinito non si può né conoscere né intenzionare in modo completo.<sup>10</sup> Parlando dell'infinito numerabile e usandolo per contare, si perdono le proprietà dell'infinito continuo, che si usa per misurare. Non si possono né salvare né utilizzare contemporaneamente entrambe le presentazioni, non perché confliggano,

9. H. Blumenberg, *Die Theorie der Unbegrifflichkeit*, Suhrkamp, Frankfurt a.M. 2007.

10. L'oggetto infinito non rientra tra gli oggetti intenzionali della psicologia empirica di Brentano. Quindi, l'oggetto infinito non si ritrova nell'*Erlebnis* intenzionale della fenomenologia di Husserl né è riducibile tramite la sua *epoché*. Propriamente l'oggetto infinito non è né empirico né razionale, né oggettivo né soggettivo. In questo senso l'infinito non è oggetto di conoscenza ma di scienza.

ma perché sono *categoricamente* diverse. Metaforicamente, direi che i diversi infiniti sono separati in casa, anzi nel collegio di tutti gli infiniti. Più seriamente dico che, rappresentandolo, una parte dell'infinito, sia in teoria sia in pratica, rimane sempre rimossa, addirittura protorimossa (che mai accede o all'una o all'altra). Insomma, l'infinito è come l'inconscio: irriducibile all'Uno... e all'analisi.<sup>11</sup>

Qui spunta un apparente paradosso, che è la “causa” della distinzione proposta tra scienza e conoscenza. Affermare che l'oggetto della scienza moderna (cartesiana) è l'infinito significa che tale scienza *non* è conoscenza dell'infinito. Il paradosso<sup>12</sup> si scioglie immediatamente aggiungendo l'aggettivo “completa”. La scienza dell'infinito non è una conoscenza completa. Nella scienza moderna i teoremi di incompletezza si sprecano. Contiamo il teorema di incompletezza in aritmetica, il principio di indeterminazione in fisica, il caos in biologia, l'inconscio in psicanalisi. Teoremi che formano la croce e la delizia della pratica scientifica. Delizie ma anche croci, da cui la pratica cognitiva – essendo fondata sul finito – è tranquillamente al riparo. La conoscenza è sempre completa, almeno in linea di principio.

E la verità? Come mettiamo la questione della verità nella scienza, se proprio il suo oggetto sfugge alla presa dell'adeguamento.

Sappiamo come rispondono il fenomenologo e lo psicanalista lacaniano, ancorati come sono allo stereotipo positivista della scienza oggettiva, quantitativa e determinista: la scienza fuorclude la verità, in particolare esclude dal proprio discorso la verità del soggetto. Da Cartesio in poi la scienza sostituisce la verità con

11. Sulla riducibilità dell'infinito all'Uno l'allievo Bonaventura Cavalieri metteva in guardia il maestro Galileo Galilei da certe inclinazioni bruniane. Sul punto interviene acutamente Lucio Lombardo Radice, introducendo alla *Geometria degli indivisibili* del Cavalieri (UTET, Torino 1966, p. 25), a cui si rimanda.

12. Il paradosso propriamente non ha luogo nel discorso scientifico. Questo non significa che non esista una soggettività scientifica, la quale può essere colta di sorpresa da risultati sconcertanti. Fu un risultato sconcertante per ogni fisico classico la proporzionalità quantistica tra energia e frequenza di un'onda. (La proporzionalità classica è tra energia e ampiezza dell'onda.)

la certezza, sostengono. Il corollario sarebbe che la scienza “fuor-clude” – i lacaniani hanno addirittura inventato questo brutto neologismo per dirlo – la soggettività. Siccome questa è un’assurdità,<sup>13</sup> come sa per esperienza chiunque si sia scottato le dita in laboratorio con una provetta di acido solforico, considero dimostrato per assurdo che nella scienza esiste un discorso della verità. Solo che il principio veritativo della scienza non è l’adeguamento. Qual è, allora? Qui, al soggetto della scienza<sup>14</sup> viene in soccorso Freud, l’ultimo Freud per la precisione,<sup>15</sup> quello di *Costruzioni in analisi* (1937, cap. III). Per Freud l’interpretazione analitica – non meno della congettura scientifica – è essenzialmente delirante. Non sempre ha riscontri nella biografia del paziente, la prima. Non sempre la seconda è confermata nei fatti. Allora, in che senso è vera una congettura scientifica? È vera come e più del delirio, rispondo con Freud. È vera se – a differenza del delirio, che è sterile – è produttiva. La congettura scientifica “vera” produce l’affiorare di nuove teorie e il decadere di altre. L’interpretazione analitica “vera” produce l’affiorare di nuovo materiale inconscio, imprevedibile prima dell’interpretazione.<sup>16</sup> Nella scienza, psicanalisi compresa, verità significa fecondità. Che non contrasta, anzi coopera, con la *non categoricità*.

### La regressione

Sembra tutto bello: un quadro, quello scientifico, di tranquilla prosperità. Si seminano congetture, si raccolgono certezze. In

13. Non è un’assurdità nella cornice positivista della scienza. Cfr. E. Schrödinger, “Lo spirito della scienza” (1946), in *L’immagine del mondo*, trad. di A. Verson, Bollati Boringhieri, Torino 1987, pp. 92-95.

14. L’atto di nascita del soggetto della scienza data ufficialmente dal *cogito* di Cartesio. Ma era vivo e vegeto ben da prima. Le “monellerie” (rispetto all’ortodossia aristotelica) dei fisici medievali, da Buridano a Nicola d’Oresme testimoniano la sua infantile vivacità.

15. Il primo Freud fu ippocratico e convintamente eziologico. Ammetteva i traumi sessuali come cause efficienti, che producono le nevrosi, e le pulsioni come forze finalizzate alla soddisfazione.

16. A differenza dalle altre scienze la psicanalisi non procede per previsioni, da confermare o confutare, ma per supposizioni che generano altre supposizioni. Paradossalmente la psicanalisi produce previsioni *ex post*. Si sarebbe potuto prevedere che con un padre così il figlio sarebbe finito così.

realtà, il quadro è latentemente *unheimlich*. C'è qualcosa di perturbante nella scienza. Per tentare di individuarlo, mi chiedo: "Quale può essere stato il movente più credibile dell'accanimento della Curia romana contro Copernico e Galilei?". Trattando la nascita della scienza come un sogno, distinguerei con Freud un contenuto latente e un contenuto manifesto. Quello manifesto è lo scontro tra i massimi sistemi: geocentrismo contro eliocentrismo. Ma, con buona pace di Husserl,<sup>17</sup> non fu questo il motivo del contendere. La ragione vera – il contenuto latente, direbbe Freud – fu l'indebolimento del principio di autorità, che fonda ogni procedura veritativa del tipo dell'adeguamento. L'intelletto si adegua sì alla cosa. Questo è il problema teorico, come sappiamo da Aristotele in poi. Finisce lì? No. C'è un problema pratico. Quanto bene e quanto fedelmente l'intelletto si adegua alla cosa? Lo stabilisce l'istanza di controllo, cioè in termini freudiani la funzione superegoica. La quale nella scienza è più debole che in qualsiasi dottrina – religiosa, sociale, economica, politica che sia. Ma ecco il problema politico. Se il Super-Io è debole la comunità vacilla. Affondano i fondamenti tenuti artificialmente insieme dalla dottrina. Giustamente la Curia, con vive preoccupazioni pastorali, mandava al rogo i Bruno ed esiliava i Galilei. Non aveva altri strumenti intellettuali per difendere l'integrità dei propri dogmi e la stabilità del proprio recinto politico. Sul lungo periodo non è cambiato nulla. Oggi è come allora. Anzi, l'ostilità alla scienza ha colonizzato il senso comune e la sua *dépendance* filosofica. Per quali vie e con quali strumenti?

La via regia è quella regressiva. Non meno degli antichi i moderni nutrono un vero e sentito orrore per l'oggetto della scienza: per l'infinito. Per Aristotele l'infinito non esisteva. Più precisamente, non esisteva l'infinito in atto. Esisteva l'infinito in potenza, cioè il grande che diventa sempre più grande, *ma restando sempre finito*.

È interessante notare – mi sia consentita questa breve divaga-

17. E. Husserl, *Rovesciamento della dottrina copernicana nell'interpretazione della corrente visione del mondo* (1934), "aut aut", 245, 1991, p. 1.

zione – che l'*horror infiniti* è in parziale contrasto, per non dire in contraddizione, con il logocentrismo, così come è codificato – da Aristotele a Hegel – dai tre principi ontologici di identità, non contraddizione e terzo escluso.<sup>18</sup> Infatti, assunta come semantica la topologia dei tratti iniziali della retta razionale, che considera come aperti i segmenti da 0 a  $m/n$ , si dimostra facilmente<sup>19</sup> che in tale semantica il principio di identità e di non contraddizione restano validi (sono tautologie), mentre il principio del terzo escluso risulta falsificato. Paradossalmente, il programma logocentrico forte vale solo in spazi topologici *non* connessi, nonostante le dichiarazioni ideologiche di voler connettere tutto con tutto per via di *logos*.

Ma non c'è verso. Meglio la contraddizione dell'infinito.<sup>20</sup> Adirittura, il *regressus in infinitum* è dai teologi considerato peggio della contraddizione.

Conviene riflettere su un evidente dato storico. Il nostro Rinascimento, culla della scienza moderna attraverso un poco noto Umanesimo matematico, presenta personaggi che “ci seppero fare” con l'infinito. Francesco Maurolico inventò il metodo di induzione matematica per trattare l'infinito numerabile. Bonaventura Cavalieri reinventò, dopo Archimede ma senza conoscere il *Metodo* archimedeo, il metodo degli indivisibili per trattare l'infinito continuo. Galileo Galilei, insieme a Giordano Bruno, intuì il principio di relatività, che in fisica non esclude i moti inerziali infiniti. (Il principio d'inerzia sarà effettivamente formulato da Cartesio.)<sup>21</sup> Non sono molti, anche se non li ho citati tutti. Si contano sulle dita di una mano i coraggiosi che osarono affrontarne

18. Ma Hegel salva il “buon infinito” attraverso il principio di doppia negazione.

19. Basta considerare come modello di negazione di un insieme l'insieme complementare della sua chiusura.

20. Consapevole di questa contraddizione, agli inizi del secolo scorso L.E.J. Brouwer proporrà una logica più debole di quella classica, dove non vale il principio del terzo escluso. Così salverà l'infinito potenziale, continuando a negare l'attuale.

21. Ai fini del discorso qui sviluppato il principio d'inerzia porge l'esempio di moti senza motore, cioè in assenza di causa efficiente, e senza meta, cioè in assenza di causa finale. L'indebolimento eziologico della *Fisica* aristotelica operato da Galilei è notevole. Galilei demedicalizza Aristotele almeno del 50 per cento.

l'orrore e attraversare il fantasma dell'infinito, come Colombo attraversò l'Atlantico. Per contro, la cultura secentesca, contro-riformista, bigotta e nemica dell'infinito scientifico, cadde in mano a una pletora di eruditi aristotelizzanti, di cui il Manzoni ci ha lasciato l'indimenticabile caricatura nella figura di don Ferrante.

E oggi? Oggi, per un Cantor che va fuori di testa, dopo aver speso una vita sui numeri transfiniti, l'infinito non gode di molta popolarità. I nostri eruditi reputano l'infinito una cosa religiosa. Gli psicanalisti considerano l'infinito roba da ossessivi, per via del dubbio infinito. Ignorano che parlano di *compito infinito* della scienza (*die unendliche Aufgabe*) Freud, Husserl e Benjamin, pur in modi e con tagli diversi.

L'ipotesi interpretativa che allora propongo è semplice. È la medicina, da sempre, il baluardo della società civile contro l'immigrazione clandestina dell'infinito. La medicalizzazione della nostra società è la risposta alla scienza dell'infinito, annunciata agli albori del XVII secolo. Con quale trucco la medicina esorcizza l'infinito? Con un vecchio trucco valido da Ippocrate in poi: l'eziologia, ancora e sempre lei. La medicina indaga sulle cause delle malattie.<sup>22</sup> Risale dagli effetti – i sintomi – alle cause prossime, da queste alle cause delle cause, fino alla cause prime, gli agenti patogeni, genetici o ambientali. (Formalmente si dimostra così anche l'esistenza di dio.) Evidentemente la regressione eziologica non può essere infinita, altrimenti non troverebbe la causa prima e fallirebbe il suo scopo di controllo del diverso. Così, in nome della causa l'infinito – il vero diverso – è ostracizzato dalla cultura. Si riguadagna, di conseguenza, il finito e le possibilità di adeguamento dei soggetti politici alla volontà del potere dominante. La scienza si riduce a conoscenza... di quel che vuole il padrone. Il conformismo è salvo e il potere non sfugge a chi ce l'ha

22. Addirittura, attraverso il discorso delle cause, la medicina si appropria di malattie non mediche. Prima del costituirsi dell'andrologia medica come disciplina "scientifica" l'impotenza aveva l'80 per cento di cause psichiche (leggi isteria maschile) contro il 20 per cento di organiche. Oggi, qualunque urologo sa che l'80 per cento delle impotenze è prodotto da cause organiche (diabete, ipertensione ecc.). A tutto vantaggio dell'industria farmaceutica, ovviamente. Nel frattempo l'isteria è scomparsa dal DSM IV.

già, conservatore o liberale che sia. Freud lo chiamava *Disagio nella civiltà*, ma lo giustificava diversamente.

Il tutto è perfezionato da un gioco di prestigio. Grazie all'autorità del camice bianco, la medicina passa per scienza. Chiaro?<sup>23</sup> Sarebbe scienza senza l'oggetto della scienza! Una scienza senza infinito è cognitivismo. La medicina è cognitivismo, ma passa per scienza. Un capolavoro di inganno. Nell'immaginario popolare la medicina passa per il *top* della scientificità "buona", che fa "bene", contrapposta alla scientificità "cattiva", cioè quella che non si lascia irreggimentare come tecnologia a servizio del capitale o come dottrina in obbedienza a qualche fede religiosa.

Una sommaria analisi dovrebbe convincere dell'ipocrisia implicita nel programma "scientifico" della medicina. Lo studente di medicina deve sorbirsi tre anni di studi in materie scientifiche: biologia, chimica, fisica. Sarà scientifica la sua pratica? No, parcellizzata in mille specialità cliniche, meglio controllabili dal potere quanto più sono piccole,<sup>24</sup> la sua pratica sarà tecnologica. Risponderà, cioè, a criteri, continuamente aggiornati, di adeguamento al... bene del paziente? No, dell'industria farmaceutica. Nei discorsi scientifici, volgarizzati alla televisione dai nostri grandi clinici, si sente mai parlare di darwinismo, che è il fondamento scientifico della biologia? Si sente mai parlare dell'infinita variabilità biologica? Siamo seri, l'infinito non esiste. Esiste la tecnologia, la tecnoscienza degli autori francesi, in continuo e felice progresso.<sup>25</sup>

Tanto può bastare come analisi della prima componente della

23. Recentemente Giorgio Cosmacini si è speso contro la scientificità della medicina nel suo libretto: *La medicina non è una scienza: breve storia delle sue scienze di base* (Raffaello Cortina, Milano 2008). Per sostenere che è un'arte. Quale arte? L'arte dell'empiria.

24. Una sorta di *divide et impera* epistemico.

25. Sul rapporto tecnica/scienza mi sembra giusto ricordare l'opera di Ludwig Fleck, l'inventore della categoria di "collettivo di pensiero". Nella sua opera principale *Genesi e sviluppo di un fatto scientifico. Per una teoria dello stile di pensiero e del collettivo di pensiero* (1935, trad. di M. Leonardi e S. Poggi, il Mulino, Bologna 1983), di cui raccomando la lettura per la paradossale e divertente storia di invenzioni scientifiche giuste a partire da premesse sbagliate, sostiene che non c'è scienza senza tecnica, ma che la tecnica, staccata dalla scienza, è "scienza morta", nella terminologia di Hans-Jörg Rheinberger. La medicina è questa scienza morta, cioè tecnica allo stato puro.

relazione di inganno reciproco. La medicina inganna – quasi provvidenzialmente – i propri utenti nel senso che li tiene lontani, anzi li difende dalla scienza.

### **Psicanalisi medica**

E veniamo alla seconda componente di inganno: quella voluta e ricercata dal paziente stesso.<sup>26</sup> Che il rapporto medico/paziente non sia un rapporto pacifico va quasi da sé. Lo testimonia il diffuso ricorso dei medici a forme di assicurazione professionale, nonché il numero non piccolo di cause contro i medici per varie forme di malasanità. Quel che non va dimenticato è che il paziente, non meno del medico, *non* vuol sapere la verità. Allora va dal medico chiedendo che gli prescriva il farmaco che ha letto su quella rivista femminile o su Internet. E se il medico non accondiscende, perde il paziente. Si realizza senza colpo ferire la medicalizzazione senza medico. In un certo senso l'inganno precede gli attori che lo teatralizzano.

Tuttavia, senza perdermi nel folklore che tutti conosciamo, voglio segnalare un caso esemplare di rapporto transferale, dove la collusione tra medico e paziente nell'inganno reciproco è strutturale: uno non vuole sapere, se non quel che gli ha insegnato la propria scuola di formazione, l'altro pure, e chiede di fare una psicanalisi per renderla non avvenuta. Mi spiego.

Le considerazioni sparse nei due capitoli precedenti si fondono, secondo me in modo illuminante, in un modello di medicalizzazione, che è sotto gli occhi di tutti. È la breve storia di una scienza emergente, cui la precoce medicalizzazione ha impedito di affermarsi come scienza matura: la psicanalisi, soffocata sul nascere dalla medicina.

È molto probabile che la psicanalisi abbia imboccato la via

26. "I nevrotici sono gentaglia, buona solo a mantenerci finanziariamente e a imparare dai loro casi. La psicanalisi come terapia non serve a nulla." Questa posizione è attribuita da Ferenczi a Freud (S. Ferenczi, *Diario clinico*, trad. di S. Sella Tournon, Raffaello Cortina, Milano 1988, 4 agosto 1932, p. 285, traduzione modificata). Fosse pure corretta l'attribuzione, il minimo che si possa dire è che Freud, benché da sempre su posizioni mediche, si rese conto solo tardi dell'inganno della medicina.

della medicina da subito, sin da quando, per fondare la sua “nuova scienza”, Freud cercava le cause delle nevrosi nelle SSI, le scene sessuali infantili, come Koch cercava il bacillo della tubercolosi.<sup>27</sup> La corroborazione medica della psicanalisi proseguì con la metapsicologia delle pulsioni, che non sono istinti – cioè cause efficienti – ma cause finali. Stanno a monte del comportamento psichico e tendono a ottenere la soddisfazione psicosessuale.

Attribuisco una non piccola probabilità (superiore al 5 per cento) della causa della rottura tra Freud e Jung alla questione medica, precisamente ippocratica. Freud era neuropatologo, fortemente eziologico e determinista. Era abituato a riscontrare le cause prime delle malattie al tavolo anatomico. Jung era psichiatra, quindi fenomenologo. Era lontano da considerazioni obiettive di stampo anatomopatologico (ivi comprese, in senso lato, le considerazioni psicosessuali, se viste in ottica eziologica).<sup>28</sup> I due non potevano avere molti scambi culturali sul medio periodo.

Curiosamente, l'ultimo Jung arrivò a formulare considerazioni acausali sulla sincronicità, intesa come luogo dell'interazione probabilistica tra eventi psichici (interni al soggetto) e fisici (esterni al soggetto). Naturalmente, senza la chiarezza e la distinzione di Freud,<sup>29</sup> ma con un atteggiamento scientifico di fondo più moderno di Freud. E non credo che fosse solo per l'influenza del fisico Wolfgang Pauli, premio Nobel per la fisica, con cui ebbe uno scambio terapeutico ed epistolare. È un fatto che Jung attribuì un fondamento probabilistico, essenzialmente indeterministico, ai suoi archetipi. Di probabilità, darwinismo o al-

27. Il paragone è di Freud. Cfr. S. Freud, *Zur Kritik der "Angstneurose"* (1895), in *Sigmund Freud Gesammelte Werke*, vol. I, Fischer, Frankfurt a.M. 1999, p. 373.

28. Quanto all'anatomia patologica c'è un'osservazione curiosa da fare. Essa manca totalmente alla psichiatria. Ma l'anatomia patologica, che è una cognizione per immagini, torna in psichiatria sotto le varie forme del *neuroimaging*. Così la psichiatria si medicalizza definitivamente.

29. Le sue considerazioni statistiche sugli oroscopi matrimoniali sono confuse. In *Über Synchronizität* (1952) arriva a dire dell'astrologia che “sie steht im Begriffe, zu einer Wissenschaft zu werden” (sta per diventare una scienza!). Quanto a distinzione, poi, la scrittura jungiana non è *ausgezeichnet*, come Wittgenstein valutava quella freudiana.

tre “scientifiche” non c’è traccia in Freud.<sup>30</sup> E neppure tra gli epigoni di Freud. Il tanto decantato “ritorno a Freud” di Lacan è, in effetti, ritorno all’eziologia freudiana, riformulata in chiave logocentrica. Il *logos* causa “tutto” il proprio effetto di verità e non c’è altra verità fuori da quella portata dal significante. Il soggetto è effetto di una causa formale, la verità, coadiuvata da una causa materiale, il linguaggio.<sup>31</sup> Non sazio di eziologia soggettiva, Lacan passò all’oggettiva, battezzando l’oggetto *oggetto-causa* del desiderio. Anche il lacanismo non esce dalla serra medico-eziologica, dove fiorisce rigogliosamente.

Resta il fatto incontestabile che la psicanalisi medica, confusa tra le tante psicoterapie, è per chi è al potere più accettabile di una psicanalisi scientifica. Chi governa le anime e i corpi è largamente indifferente ai problemi della cura. Gli interessa solo la normalizzazione psichica e il controllo della devianza. La psicanalisi medica o la psicoterapia medicalizzata prestano questo delicato servizio senza compromettere i valori tradizionali e perciò avranno sempre un posto di rilievo nel concerto delle “professioni deliranti”, ma non troppo. Sono fundamentalmente conservatrici e come tali dureranno.<sup>32</sup> In nome del buon senso, ovvio.

Questo l’hanno capito molto bene le istituzioni psicanalitiche ortodosse, IPA e affiliate. Le quali hanno messo in piedi una ritualità di formazione degli psicanalisti come psicoterapeuti, che ga-

30. Quando Freud componeva i *Tre saggi sulla teoria sessuale*, venivano riscoperti con grande *battage* pubblicitario gli articoli di Mendel sulla segregazione dei caratteri genetici di quarant’anni prima. Mendel è un nome che non figura nelle settemila pagine delle *Gesammelte Werke*. Quando deve fare un riferimento scientifico alla biologia, Freud cita Weisman, che oggi nessuno ricorda. Del resto l’uso che Freud fece di Darwin fu del tutto improprio, avendogli attribuito il mito dell’orda, che era sua invenzione.

31. Citazioni telegrafiche. “Langage comme cause du sujet” (J. Lacan, *Position de l’inconscient*, 1960, in *Écrits*, Seuil, Paris 1966, p. 830). “La vérité comme cause” (Id., *La science et la vérité*, 1965, in *Écrits*, cit., p. 869).

32. Ai tempi dell’*Anti-Edipo* la contestazione vibrante della psicanalisi medica – per la precisione capitalista – fu solo un *coup d’épée dans l’eau* di Deleuze e Guattari. La lezione da trarre? La filosofia da sola non ce la fa ad avere ragione della ragione medica. Già Ippocrate batté Empedocle. L’epistemologia cognitiva del primo ebbe definitivamente la meglio sull’ontologia mitologica del secondo. Per maggiori dettagli su questo interessante conflitto agli albori della storia della filosofia, che determinò la successiva configurazione del pensiero occidentale, rimando all’introduzione di Mario Vegetti alle *Opere di Ippocrate* (UTET, Torino 1965, pp. 9-63).

rantisce la conformità agli ideali di adattamento alla vita civile.<sup>33</sup> Di ricerca scientifica, non se ne parla nelle scuole di psicanalisi, come non se ne parla – se non come tecnologia da applicare al caso in trattamento – nelle scuole di specialità di medicina.

Per questo dobbiamo buttare via la medicalizzazione, quella psicanalitica compresa, e l'eziologia che necessariamente comporta? Con tutti i vantaggi igienici – fisici e mentali – che ne derivano? Direi di no. È meglio controllare che chi guida l'auto non sia ubriaco o fatto. È meglio avere una procreazione assistita che lasciata al caso. È meglio avere fogne sotterranee che a cielo aperto. È meglio non sapere troppo della propria verità, se ciò comporta una sovversione soggettiva. Non si discute questa medicalizzazione, che va bene e fa bene alla civiltà. Non si discute neppure dei massimi sistemi. Si chiede solo di dire astrologia all'astrologia e astronomia all'astronomia: tecnica alla tecnica, scienza alla scienza, che la medicalizzazione confonde ai fini della conservazione del potere. Ingannarsi va bene, ma saperlo è meglio.

<sup>33</sup>. Freud voleva un'istituzione che preservasse la sua psicanalisi dall'inquinamento della psicanalisi selvaggia. Ottenne un'istituzione che produce psicanalisi "servaggia".

Spacciare la medicina nera  
per la bianca.  
Doctor House e la medicalizzazione

**GIOVANNI SCIBILIA**

**D**octor House M.D. è una serie televisiva di ideazione relativamente recente (2004) e di grande successo planetario. Da un punto di vista tecnico, l'idea originale del format è quella di ibridare due generi classici della serialità: il *medical drama* e il poliziesco. House, diagnosta dell'immaginario Princeton-Plainsboro Teaching Hospital nel New Jersey, considera la malattia un enigma che il medico deve risolvere, partendo dalle tracce rappresentate dai sintomi. È la medesima situazione del poliziesco in cui il detective deve scoprire il colpevole a partire dagli indizi che egli ha disseminato o, con una metafora abusata, il caso è un puzzle le cui tessere sono i sintomi. Ma l'invenzione narratologica, pur di eccellente livello, non è certamente l'unica causa del successo del prodotto. Il profilo caratteriale del protagonista vi contribuisce, infatti, in modo decisivo. House è descritto come una sorta di anti-medico (non a caso si rifiuta di indossare il camice) che viola in modo sistematico regole e codici deontologici, palesa comportamenti cinici e sprezzanti nei confronti di pazienti e colleghi, si abbandona al Vicodin, un antidolorifico, per sopportare le conseguenze di un gravissimo intervento alla gamba (claudica vistosamente). È, insomma, agli antipodi dell'archetipo Kildare, il dottore bello, buono e umano degli anni sessanta, ma anche ben lontano dal gruppo di medici "missionari" del pronto soccorso di E.R., degli anni novanta, promuovendo un'immagine trasgressiva e, per certi aspetti, *maudit* della professione. House è intradie-

geticamente ed extradiegeticamente inavvicinabile e nel complesso insopportabile, eppure anche, per certi aspetti, irresistibile e peculiarmente “eroico”: chi guarda è portato a tifare decisamente per lui, non per i suoi giovani collaboratori o per l’amministratrice dell’ospedale Lisa Cuddy, che continuamente gli ricordano che “non si fa così” e che “il regolamento non lo prevede”. Perché mai?

Da una parte, si può pensare sia l’evidente piacere di sottrarsi, attraverso House, alla stereotipia narrativa e, quindi, di non essere *veramente* in un contratto di visione televisiva. Mentre ci si vergogna sempre un po’ di guardare la tv, ci si può quasi vantare di guardare lo scorrettissimo, ma intelligentissimo, House in azione. Dall’altra, c’è probabilmente qualcosa di più e di più decisivo. Ai comportamenti *politically incorrect*, House affianca non solo uno straordinario talento diagnostico ma anche l’atteggiamento di chi ha una reale e incontenibile vocazione per la pratica medica o, meglio, per la *mission* della pratica medica articolata nella sua formulazione più basilica e radicale: salvare la vita combattendo la malattia. Questo sdoppiamento allude a una sorta di “differenza ontologica” che governa il mondo della serie e che probabilmente parla a livello profondo allo spettatore: da una parte, l’inautentica e quotidiana vita ontica dell’ospedale – che è di fatto una rappresentazione della vita *tout court*, con le sue banalità, i dispetti, le invidie, le falsità, gli amori, gli odi...; dall’altra, la vita ontologica relativa alla cura dei pazienti di House, momento in cui ne va, appunto, della vita e della morte e ciò che accade diventa decisivo, vero, autentico. House vive male tra gli *enti* (non a caso è un solitario) ma in ogni episodio trova un pretesto – un caso – per *vivere per la morte* o, meglio, per confrontarsi attraverso le malattie con la morte, procedendo così verso un *essere* medico più autentico. La recitazione di Hugh Laurie evidenzia fortemente questi due piani, quello ironico, sarcastico, cinico, tipico della quotidianità ospedaliera e quello serio, drammatico, totalmente coinvolto, di quando combatte contro il male. È questo sdoppiamento fondamentale nell’esistenza di House che crea il suo stesso sdoppiamento “eti-

co”.<sup>1</sup> House non rispetta i codici delle relazioni sociali e professionali, trasgredendo sistematicamente la stessa deontologia medica. L’etica professionale diventa nella sua prospettiva un’eticetta che, nel guardare ossessivamente il malato, perde l’essenziale, ovvero la malattia. È invece su questo piano, quello in cui la vita si contrappone alla morte in una battaglia in cui tutto è concesso, che la *vera* etica ritorna ed è su questo piano che House non si tira mai indietro, rinunciando a vacanze e riposo. House tiene soltanto a questa *cosa* iperbolica (iper-etica) che va ben oltre i *modi* della vita e, quindi, ben al di là delle condizioni *reali* dei pazienti, del loro modo di stare.

È, quindi, questa *cosa* ciò a cui aderiamo quando guardiamo: come House, noi vogliamo la vita contro la morte, vogliamo che il bene trionfi a scapito del male, al diavolo i regolamenti e le richieste ai parenti o al paziente stesso. In *Doctor House* la vita diventa una sorta di compulsione che va al di là di ogni ragione – o, anche solo, ragionevolezza – per procedere oltre, sempre tesa a oltranza verso la propria affermazione. Lo sguardo di House riduce volontariamente il corpo del paziente a mero corpo fisiologico (*Körper*), devastato dalla malattia, dimenticando e quasi ridicolizzando il *Leib*, il corpo fenomenologico che sembra andare fuori tempo massimo quando in gioco entrano la malattia e il rischio di morte. Fra l’altro, questo “dovere di vita” di cui House si fa portatore è un dovere totalmente *singolare*, ovvero riguarda il singolo paziente che House ha in cura in quel preciso momento e mai la totalità dei pazienti o l’“umanità”. La missione sempre singolare di House produce un effetto di soggettivazione assoluta del paziente stesso: nel momento in cui House lo cura, egli è l’unico e il solo e tutti gli altri non esistono. Si tratta di un vero e proprio *double bind* etico che, nel momento in cui decide *per l’altro*, non può che escludere ogni altro ulteriore. Emblematico l’episodio con il caso dei due gemelli malati della stessa sindrome su cui esiste una doppia diagnosi e una duplice terapia: una delle due è

1. Cfr. Blitris, “L’iper-etica di House”, in *La filosofia del Dr. House*, Ponte Alle Grazie, Milano 2007, pp. 11-46.

quasi certamente corretta, l'altra è sbagliata e porterà alla morte il paziente che in base a essa verrà curato. House decide di provare su ciascun bambino una delle due terapie, in modo casuale, salvandone così uno soltanto: curiosa legge della vita che per affermarsi deve arrivare a dare la morte.

Ma non è tanto sull'etica paradossale di House che vorremmo puntare l'attenzione, quanto piuttosto sui suoi effetti all'interno della serie e sullo spettatore finale. Tutta la strategia retorica della costruzione narrativa è finalizzata a magnificare l'operato di House in primo luogo estremizzando la malattia in oggetto (per definizione sempre rara, indecifrabile, insidiosa, mortale), in seconda istanza moltiplicando a oltranza gli ostacoli per l'affermazione delle diagnosi. House deve in sostanza vincere due volte, contro il male e contro chi si oppone al suo modo di opporsi al male. Doppio movimento che produce una parziale "eroizzazione" del personaggio ma, soprattutto, che fa piazza pulita rispetto a ogni dubbio o sospetto sui *fondamenti* su cui la pratica di House viene condotta. L'esito della storia scioglie automaticamente e di fatto i dubbi sui modi (salvo ripresentarli nell'episodio successivo): House ha avuto ragione rispetto ai suoi modi, pur avendo torto, perché ha avuto la meglio sul male. Una simile strategia se non arriva mai a legittimare pienamente le azioni di House, non a caso rimesse in discussione in ogni puntata, produce però un tacito assenso sugli assunti di fondo su cui lo scontro si muove. Più ci si interroga sui mezzi e meno si è portati a riflettere, per esempio, sul carattere *incondizionato* del fine. Se si può anche condividere che il compito della medicina sia "salvare la vita del paziente", si può forse obiettare sul carattere categorico e assoluto che questo compito assume in *Doctor House*. Molte delle situazioni estreme a cui il medico perviene, per esempio, mostrano come le sue decisioni siano sì delle zelanti risposte all'ingiunzione iperbolica della *cosa*, ma anche degli esempi eclatanti di accanimento diagnostico e terapeutico, aspetti che prontamente chi guarda rimuove nel momento in cui, poche sequenze dopo, il corpo malato ritorna forte e sano, prova indiretta della *bontà* del trattamento.

La retorica della costruzione maschera sapientemente il carattere invasivo e pervasivo della medicina (di House, ma non solo): la penetrazione senza limiti del corpo (le sonde, gli strumenti operatori, ma soprattutto la ricostruzione al computer di ciò che accade all'interno...), le continue invasioni nella sfera individuale, in modo più o meno coercitivo (ricerca di antefatti nella vita privata del paziente, perquisizioni, interrogatori...), il contenimento fisico del corpo (i frequentissimi tunnel per la tomografia assiale, le bende che costringono il paziente a letto, la clausura...). Il paziente, con cui House ha meno contatti possibile, soprattutto fisici, è *in primis* un oggetto da esplorare scientificamente, non qualcuno con cui perdersi in inutili chiacchiere: l'anamnesi è tutta ad appannaggio di House che, scambiate due frasi, definisce, cataloga, classifica e, là dove non basta, rimanda a ulteriori approfondimenti scientifici. Tutti gli aspetti della medicalizzazione moderna sono fedelmente rappresentati in questo spazio ma, soprattutto, vengono legittimati dagli straordinari risultati della pratica House, anche perché così faticosamente raggiunti. Non è quindi House a vincere, alla fine di ogni episodio, ma il paradigma medicale nella sua integralità e nei suoi aspetti più inquietanti.

Letta a questo livello, *Doctor House M.D.* è a tutti gli effetti una serie televisiva, ovvero un format mediale ma, soprattutto, qualcosa che afferisce a un dispositivo biopolitico. Le serie, infatti, come le fiction e le soap, penetrano nella quotidianità della fruizione televisiva, accompagnando e influenzando l'esistenza di chi guarda. Veri e propri appuntamenti imperdibili, imprimono un ritmo nella giornata (come i tg) e nella settimana, trasformandosi a volte in veri e propri rituali. I personaggi sono vissuti un po' come dei vicini di casa di cui si seguono le storie con simpatia o ostilità, con alcuni ci si identifica così tanto da soffrire e gioire fino alle lacrime. Vecchie storie della stanza buia (cinema), riportate nel salotto bello e nella cucina di casa propria. Ma le serie e le fiction sono anche degli strumenti di riflessione, solo in parte consapevole, sulla "realtà", in grado di assicurare sullo stato delle cose, passando attraverso difficoltà, ostacoli, momen-

ti di grave crisi. Nonostante i continui attacchi criminali all'integrità del tessuto sociale e i colpi bassi della malattia al corpo, la polizia è lì pronta a individuare il colpevole, come i medici a risolvere casi impossibili e a salvare vite. Nonostante in *CSI Las Vegas* appaia solo come un inospitale spazio buio, punteggiato dalle luci multicolori dei casinò e dai neon lividi della scientifica e dell'obitorio nonostante nel suo mondo narrativo non ci sia spazio se non per terribili criminali e per una allucinante vita che coincide con l'attività investigativa (i protagonisti quasi non esistono come psicologie ed esistenze ma vivono, quasi come macchine, *per* il lavoro), ogni puntata di *CSI* rassicura che ancora una volta la vita (e bisognerebbe chiedersi quale) può continuare, la crisi è rientrata, la colpa ha trovato il *suo* colpevole. Tutto può proseguire, in attesa di un nuovo attacco.

*Doctor House M.D.*, nel suo giocare sullo stato di emergenza e sull'eccezionalità e la stravaganza del protagonista, non fa altro che confermare, in realtà, quanto la medicina favorisca una fondamentale stabilità normativa. Questo aspetto diventa non a caso più evidente negli spazi marginali del format. Per esempio, in quei curiosi siparietti in cui House, tra un paziente gravissimo e l'altro, si limita a esercitare il proprio lavoro ambulatoriale e visita pazienti. Analizziamo una di queste sequenze, particolarmente emblematica perché mostra come, sottratta all'enfasi del rischio della morte, la medicina di House molto abbia a che vedere con quella pratica di sconfinamento che si applica a problemi di natura non strettamente medica, quasi a tutelare la salute sociale, rientrando cioè, a tutti gli effetti, in una pratica di medicalizzazione.

Nel terzo episodio della seconda serie intitolato *Humpty Dumpty* (in italiano *Sensi di colpa*), House si ritrova in ambulatorio con un paziente già visitato dal suo assistente di colore Foreman. Il paziente si lamenta perché Foreman gli ha prescritto una medicina per combattere la pressione alta *specificata* per gli afro-americani. Ma lui si rifiuta di prendere il farmaco perché "razzista":

*Paziente.* Non comprenderò nessuna medicina razzista, intesi?

*House.* È razzista perché aiuta più le persone nere che i bian-

chi? Bene, a nome della mia gente, la ringrazio di morire per un nostro principio.

*Paziente.* Guardi, il mio cuore è rosso, il suo cuore è rosso. E non ha senso darci medicine diverse.

*House.* Sa, ho trovato una differenza. Devo ammettere che è su base limitata. Ma è basata sulla mia esperienza degli ultimi novanta secondi: tutti i neri sono degli imbecilli. Scusi. Afro-americi.

Il colloquio si conclude con queste parole di House: “Le darò la stessa medicina che diamo ai repubblicani”. Dopo un po’, Foreman racconta a House di aver chiamato il paziente per un controllo e di aver scoperto che House gli ha prescritto “la roba per la gente bianca”. House però lo rassicura: gli ha detto di dargli la “roba bianca”, in realtà gli ha dato quella “nera”. La reazione di Foreman è emblematica: “Tutti gli schiavisti pensano di fare un favore ai neri. [...] Ti dico una cosa, smettetela di favorirci. Se avete ragione e torniamo nella giungla con delle medicine fasulle ed economiche, non è un affare che vi riguarda”.

Possiamo considerare questo episodio come il sintomo di quanto la medicalizzazione sia in House profonda e radicata. Nessuna vita da salvare, in questo caso, solo una costruzione culturale, quella del paziente nero che sospetta della medicina perché bianca, su cui House interviene in modo manipolatorio per stabilire una precisa forma di controllo: basta raccontare la “nera” come “bianca” e il gioco è fatto, *per* il bene del paziente e *contro* la sua (assurda) volontà. Rispetto a tutto questo, Foreman rivendica una volontà (dei neri) che potrà anche apparire stupida e opaca ma che vorrebbe, per una volta, *non* essere compresa, vista, misurata, calcolata. Con le sue parole, Foreman allude a quel sempre più esiguo spazio di libertà e autodeterminazione del soggetto rispetto alla gestione del proprio corpo che House sistematicamente prevarica, ufficialmente guidato dalla crociata contro la morte e la malattia, in realtà totalmente assorbito nei dictat della medicalizzazione.

## I fili e le marionette

**LAURA BOELLA**

**P**roviamo a immaginare due situazioni: nella loro compiutezza le si può considerare futuribili, ma molti degli elementi che le compongono appartengono alla categoria dei dati di realtà che impercettibilmente spingono verso modificazioni anche strutturali dei modi di pensare e di agire.

1. *Il neuroeducatore*. Nelle scuole, in cui abitualmente opera uno psicologo e magari un assistente sociale per affrontare i problemi di bambini con deficit di apprendimento, viene introdotto un neuroeducatore. Questi sottopone a fMRI (risonanza magnetica funzionale: evidenzia lo stato di attivazione/inibizione di aree cerebrali in condizioni basali o di stimolo, valutando l'afflusso di ossigeno) i bambini che presentino difficoltà, misurando l'attività cerebrale, ossia la funzionalità delle aree cognitive e l'integrazione con le aree visuo-motorie ed emotive, in corrispondenza di determinati compiti (leggere e ricordare alcune parole che appaiono su uno schermo, guardare immagini disgustose o terrificanti, vedere una faccia sorridente, capire che cosa sta facendo uno che strizza l'occhio o che allunga la mano per prendere un oggetto). Ne può risultare un ritratto del bambino abbastanza completo, in quanto le risposte cerebrali riguardano la memoria

Queste pagine rappresentano un confronto, sollecitato dal tema di questo fascicolo sulla medicalizzazione, con il lavoro contenuto nel mio libro *Neuroetica. La morale prima della morale*, Raffaello Cortina, Milano 2008. Rimando alle analisi particolareggiate e agli approfondimenti lì svolti.

e la capacità di organizzare il rapporto tra parole e contesto, ma anche la sottile, e importante per la convivenza, relazione tra il provare emozioni in prima persona e il riconoscimento delle emozioni sul volto di un altro, nonché la stretta inerenza tra percezione visiva e comprensione dell'intenzione di un gesto. A questo punto, non è affatto detto che il neuroeducatore faccia una diagnosi di autismo, piuttosto che di dislessia oppure di basso QI: l'eventuale deficit di apprendimento del bambino, che si prospetta legato a problemi di modulazione tra aree cerebrali, potrà suggerire esercizi di *brain training* e un percorso formativo particolare che tenga conto della sua situazione neurobiologica oppure l'uso di supporti farmacologici di potenziamento cognitivo.

2. *Il neuroscienziato entra in tribunale.* Nel nostro ordinamento giuridico vige, almeno in linea di principio, un divieto di perizia psicologica (art. 220 c.p.p.: sono inammissibili indagini che abbiano per oggetto "il carattere e la personalità dell'imputato e in genere le qualità psichiche indipendenti da cause patologiche"). A esso corrisponde un'idea della capacità di intendere e di volere che ha come confine solo la patologia. Supponiamo che tale confine venga superato e che sia ammessa come strumento di prova la fMRI. Il *brain imaging* può fornire infatti una serie di dati su una zona intermedia tra funzionamento cerebrale "normale" e patologia. Tali dati possono riguardare lo sviluppo psichico nell'infanzia e tratti del carattere che svolgono un ruolo nei disturbi della personalità e nei comportamenti asociali. In ambito civilistico, i passaggi fluidi tra capacità e incapacità di agire vengono studiati nell'ambito di ricerche sperimentali oggi molto avanzate che hanno per oggetto i processi decisionali e interessano la neuroetica e la neuroeconomia. Fornire una prova non implica sostituirsi al giudice: la sentenza rimane un atto normativo, frutto di una peculiare ermeneutica. Resta il fatto che la somministrazione della pena, la decisione sulla responsabilità e imputabilità di un atto possono tener conto del diverso dosaggio di componenti coscienti e componenti inconscie (automatiche e involontarie) in un'azione, così come dei numerosi casi *borderline* che i recenti studi sul cervello ci presentano e che inducono a dubitare forte-

mente dell'idea, sottostante agli ordinamenti giuridici vigenti, di agente razionale, capace di scegliere autonomamente sulla base delle proprie credenze, desideri e intenzioni a meno che tale capacità sia coartata da eventi esterni indipendenti dalla sua volontà o da una patologia accertata.

Le due ipotetiche situazioni prospettate non riguardano direttamente l'ambito della medicina e della legislazione statale, al quale ci hanno resi particolarmente sensibili la bioetica e la biopolitica. Esse non riguardano interventi terapeutici o l'applicazione di nuove tecnologie al corpo umano che incidono su momenti fondamentali del vivere e del morire, ma si intrecciano con aspetti della comune vita sociale che sembra scorrere secondo binari consueti. Il sistema scolastico vigente resta immutato, così come l'ordinamento giuridico-processuale. Almeno in apparenza, i due casi non hanno la drammaticità di quelli che oggi suscitano ricorrenti interrogativi etici, in seguito alla diffusione di una mentalità, creata dallo sviluppo della bioetica e dal ruolo politico, accademico e istituzionale a essa riconosciuto, che interpreta la ricerca scientifica come una potenza che sfida intere visioni del mondo e può portare a una radicale modificazione della condizione umana. Ciò non toglie che quelle ipotetiche situazioni ridisegnino il ruolo e la funzione dei soggetti che intervengono sulla scena e implicino forti spostamenti in pratiche correnti. Nonostante la diversità dei campi – la scuola, il tribunale – un passaggio si impone immediatamente: l'ingresso del neuroeducatore in una scuola o del neuroscienziato in tribunale potrebbero comportare la fine del modello standard di spiegazione dei comportamenti umani come risultato di complesse interazioni sociali, dalla famiglia allo Stato, e quindi comprensibili alla luce di molteplici influenze educative e ambientali. Il neuroeducatore si sostituisce pertanto allo psicologo e all'assistente sociale, che indagano sullo sviluppo affettivo e relazionale del bambino nel contesto economico, sociale e culturale dell'ambiente di provenienza. Il neuroscienziato ottiene ciò che nessun giudice ha mai riconosciuto a uno psicologo e tantomeno a uno psicanalista: la presa d'atto dei fattori neurobiologici e magari

genetici come componente del comportamento umano, senza un necessario riferimento al concetto di patologia. Fondamentale in questo passaggio è l'uso di una macchina (fMRI) che permette la visualizzazione dell'attività cerebrale e che è all'origine dei più recenti sviluppi dello studio sul cervello e in particolare dell'interesse sempre più vivo che le neuroscienze rivolgono all'esperienza soggettiva. La tecnologia, nell'ipotesi che stiamo sviluppando, scaccerebbe dalla scena alcuni tradizionali protagonisti e metodologie: lo psicologo, i test e tutto l'apparato discorsivo e relazionale che mobilita la costruzione di un'immagine del soggetto confrontato con aspettative, circostanze, educazione e influssi ambientali. Restano solo, nel primo esempio, con i loro ipotetici esercizi e percorsi speciali di apprendimento, il neuroeducatore, i risultati del *neuroimaging* e il bambino, nel secondo, l'imputato, i risultati del *neuroimaging* e il giudice. Una scena, volendo, molto semplificata e che presuppone un'ammissione decisamente riduzionistica, l'attribuzione alle neuroscienze e al loro sapere relativo a ciò che succede "dentro la testa" del rango di spiegazione esatta e definitiva sul perché la gente si comporti in un certo modo.

Per quanto ancora lontane dall'essere reali, le situazioni ipotizzate contengono alcuni elementi che già fanno parte della vita quotidiana. È questa una caratteristica di quanto attiene all'ambito della ricerca scientifica che si occupa del cervello: essa dà da pensare e pone al filosofo, al giurista, al pedagogista nuove domande ben *prima* di arrivare a ipotesi avveniristiche e a drammatici dilemmi morali e politici come "leggere i pensieri" o sopprimere i ricordi negativi con un farmaco o costruire un'interfaccia tra cervello e computer. Diverse competenze, diversi modi di guardare il mondo e la società attuale, diversi approcci intellettuali vengono chiamati in causa già a livello di conoscenza e descrizione non di un'astratta "natura umana", ma di funzionamenti, risposte automatiche e involontarie, diversi dosaggi di conscio e inconscio, di cognitivo ed emotivo che entrano nella complessa composizione dei nostri comportamenti e atteggiamenti.

Tra gli elementi che fanno già parte della vita quotidiana rientra la netta preferenza del pubblico per la spiegazione “neuro” rispetto a quella “psico”. Uno studio recente ha sottoposto a tre gruppi di persone (non informati, studenti di neuroscienze, esperti di neuroscienze) delle brevi descrizioni di fenomeni psicologici seguiti da spiegazioni psicologiche tradizionali e, in alcuni casi, di tipo neuroscientifico irrilevanti dal punto di vista della validità o meno della spiegazione complessiva. L’informazione neuroscientifica è risultata un forte segno di “buona” spiegazione ed è stata pertanto accettata acriticamente, anche quando non aggiungeva nulla all’informazione psicologica.<sup>1</sup>

Ci si può chiedere se siamo di fronte a una rivincita della scienza “dura” sulla scienza “molle” che lavora con la parola, con la costruzione di storie infinite, con un’interminabile messa in forma dei meandri della soggettività. L’uso di una tecnologia molto sofisticata (il *neuroimaging*), che peraltro nella ricerca gode ormai di una diffusione e di un consenso molto estesi, il moltiplicarsi di modelli sperimentali che cercano insistentemente un approccio ai tratti del carattere e della personalità di persone “sane”, non affette da patologie conclamate, configurano in effetti un quadro che sembra, da un lato, rilanciare a livello di senso comune l’immagine più tradizionale della scienza che dissipa con le sue spiegazioni esatte le illusioni sulla coscienza, il libero arbitrio e la responsabilità individuale e propone interventi predittivi e manipolativi del comportamento. Dall’altro, però, la stessa scienza “dura” appare una seducente e nuova operazione di conoscenza, capace di occupare lo spazio retrostante la nostra vita quotidiana, i gesti e i comportamenti più ovvi, non tanto come rivale, ma come fonte più attendibile della psicologia, della psicanalisi e di quella parte della filosofia contemporanea che le ascolta con attenzione relativamente ai dati sulle profondità inconsce della mente, sull’interdipendenza organico-vitale che struttura originariamente ogni esperienza soggettiva.

1. D. Skolnick Weisberg, F.C. Keil, J. Goodstein, E. Rawson, J.R. Gray, *The Seductive Allure of Neuroscience Explanations*, “Journal of Cognitive Sciences”, 3, 2008, pp. 470-477.

Si tratta di uno scenario nuovo, in rapida evoluzione e dagli esiti imprevedibili. Esso chiama fin d'ora a una riflessione, che appare tuttavia possibile solo se ci si sgancia dall'impostazione correntemente data ai problemi classici della bioetica, che hanno una qualità prevalentemente biomedica e ai quali vengono perlopiù applicate etiche normative, utilitaristiche o di altro tipo, in ogni caso ben appoggiate alla tradizione e spesso, come avviene in Italia, dotate di precisi riferimenti politico-istituzionali. Nemmeno l'idea di un *brave neuro world*, popolato di elettrodi, neurofarmaci e interfacce tra cervello e computer che mettono fuori gioco molta parte sensibile-corporea e relazionale del comportamento, sembra adeguata per avvicinarsi alla nuova dimensione dei problemi etici, filosofici, giuridici e sociali posti dalle neuroscienze.

Alcune voci oggi si pronunciano “contro la bioetica”<sup>2</sup> e le sue pratiche ingessate dalla burocrazia che finiscono spesso per frapporre ostacoli allo sviluppo della ricerca scientifica. Più difficile è contestare il fatto che il controllo pubblico e il governo della vita individuale possano passare anche attraverso una scienza capace di descrivere la (micro)genesi neurobiologica dei desideri, delle motivazioni, delle intuizioni di senso comune. Possiamo augurarci che i comitati etici non siano chiamati a occuparsi in tempi brevi di etica delle neuroscienze o di neuroscienze dell'etica. Il vero problema è un altro e sta nella portata da attribuire allo sguardo gettato dalla ricerca sperimentale sul cervello su zone fino a poco tempo fa considerate sottratte all'osservazione e alla misurazione scientifica, nella valutazione delle sue potenzialità per quanto riguarda la biografia con cui ognuno dà un ordine a eventi, azioni, omissioni, il senso di sé, il rapporto con gli altri. Dobbiamo pensare che si tratti del capitolo più recente e più inquietante della già lunga storia di una “sorveglianza” medico-scientifica capace di erodere dall'interno l'autonomia soggettiva, chiamandola a rinunciare “liberamente” a se stessa in nome di conoscenze ed eventuali applicazioni tecnologiche che promet-

2. Cfr. J. Baron, *Contro la bioetica* (2006), Raffaello Cortina, Milano 2008.

tono potenziamenti delle capacità, sguardi dietro le quinte dei processi mentali propri e altrui? Quali alternative, peraltro, sono sul tappeto? Rivestire di abiti nuovi i vecchi dibattiti sulla “naturalizzazione della morale”, difendere la libertà e l’autonomia del singolo come se fossero principi eterni, immutabili? Il rischio è di pagare un prezzo molto alto per mantenere la vigilanza critica nei confronti della presenza onnipervasiva, nella società e nella vita dei singoli, della scienza e delle sue applicazioni tecnologiche. Il rischio è di considerare perduto (o di affidare a canali istituzionali) lo spazio dell’esperienza morale reale, del modo in cui ognuno si impegna a vivere bene, a esprimere giudizi di valore, a ricomporre (tenendo conto del proprio corpo e dei propri desideri, degli altri, delle circostanze, del caso, di vecchi e nuovi saperi e conoscenze) gli elementi disparati che concorrono a definire una scelta, un’azione.

Proprio per evitare tale pericolo, si può fare una mossa diversa, certo sperimentale e, se si vuole, provvisoria, che tuttavia può scombinare il gioco delle parti tra scienza e filosofia. Decisivo è il fatto che il riduzionismo diffuso, ben sintetizzato dall’espressione “non sono stato io, ma il mio cervello”, non è innanzitutto un fenomeno da imputare ai neuroscienziati e nemmeno il subdolo progetto di un governo neototalitario a venire. Si tratta di un’emergente *folkneurology* intrisa di angosce e di speranze e direttamente legata al tipo di *public (mis)understanding* che oggi vede le neuroscienze alla ribalta dei media. I contorni di questo fenomeno sono pertanto innanzitutto pubblici, legati alla vita comune, ai flussi di informazione e alle pratiche quotidiane. Essi chiamano, per esempio chi fa filosofia, a una presenza pensante che non implica necessariamente partire dal presupposto che le sorti di un esercizio critico e responsabile della propria misura di esperienza, del proprio giudizio siano irrimediabilmente compromesse dalla capacità della ricerca sperimentale di entrare “nella nostra testa”. Se la bioetica e soprattutto la biopolitica invitano a guardare con attenzione i problemi di democrazia e di cittadinanza posti dallo sviluppo della ricerca scientifica ed emergenti con sempre maggiore evidenza anche nell’ambito delle neuro-

scienze, raccogliere questo insegnamento implica innanzitutto sottrarsi all'antinomia neutralità/evidenza sperimentale/spiegazione esatta della scienza *vs.* vissuto, soggettività. Su antinomie di questo tipo si fondano la delega agli specialisti e ai divulgatori di professione o l'estraneità, che rappresentano gli atteggiamenti più comuni nei confronti di una ricerca che, bene o male, sta entrando nella sfera oscura, peraltro ben nota a gran parte del pensiero contemporaneo, dell'alterità che abita il soggetto, degli effetti di potere che lo costituiscono. La cittadinanza democratica, in un mondo letteralmente invaso dalla scienza, deve passare non per le ansie di una soggettività che si sente minacciata e misura con il bilancino le dosi di controllo e di autocontrollo che le vengono somministrate, ma attraverso una soggettività che continua a esercitarsi nella risistemazione degli elementi contraddittori e fluidi che la compongono.

Tale contraddittorietà e fluidità sono attestate oggi con forza dalla neurobiologia al livello non del "perché" (spiegazione causale) noi agiamo in un certo modo, ma a quello, tipico di una ricerca sperimentale in atto, del "come" (descrizione di un funzionamento e del suo collegamento con l'anatomia del cervello). Negli articoli scientifici si usa comunemente il termine meccanismo di "base", "sottostante" (*underpinning*) per indicare tale livello. Questo tipo di terminologia ha un'ambiguità derivante dall'alludere a uno strato subpersonale, come lo chiamano alcuni, o subliminale, che lascia aperto il problema di stabilire perché si tratti di una relazione di sotto/sopra e di che tipo essa sia (causale, condizionale o altro). Alcuni usano il termine *signature* che appare più appropriato (e più nuovo). Se infatti le neuroscienze forniscono dati sulla "sigla" o "qualificazione" neurobiologica di una risposta emotiva, di un gesto, di un giudizio intuitivo, ciò implica che esse non sono titolari di una "conoscenza" autosufficiente ed esaustiva per quanto riguarda il metodo e gli strumenti di interpretazione. Se così fosse, la "conoscenza" filosofica o politico-morale o il sapere dell'esperienza comune non potrebbero che giustapporsi a quella neuroscientifica, in chiave critica o confermativa. Il confronto, nel caso migliore, avverrebbe tra universi di

discorso autonomi e indipendenti che, per quanto benintenzionati, non accettano di effettuare un qualche spostamento per entrare in una zona non protetta, quella dello scambio con altre metodologie e altri obiettivi di ricerca. Confrontarsi con la “qualificazione” neurobiologica di un processo mentale o di una risposta comportamentale vuol dire invece entrare in un modello epistemologico plurale, in cui quel processo o quella risposta neuronale chiedono di essere interpretati da più punti di vista, metodologie e apparati concettuali.

Certo, ciò comporta almeno due condizioni, che rappresentano altrettanti spostamenti rispetto al luogo della propria competenza specialistica o semplicemente della propria esperienza vissuta: 1) rinunciare a pensare che la scienza sia sempre uguale a se stessa; 2) cercare un linguaggio per “raccontare” il modo in cui lavora la scienza, quando, come accade nelle neuroscienze, non ci siano ostacoli insuperabili per capire com’è costruito un modello sperimentale, i suoi obiettivi e metodi. Un movimento di questo tipo è sicuramente un esercizio di soggettività dello scienziato, del filosofo, del cittadino comune che, sporgendo lo sguardo al di fuori delle regole e delle certezze “professionali”, mette in circolo un senso civile e pubblico della conoscenza scientifica sottratto a deleghe. Prendere la propria misura (di linguaggio, di competenza, di esperienza) rispetto ai dati sperimentali vuol dire *far circolare* all’interno della neurobiologia *già qualcosa* dell’impegno intellettuale morale di ognuno a vivere bene, a valutare e giudicare ciò che accade. Ciò vuol dire non aspettare che un futuro che oggi appare fantascienza prenda alla sprovvista e sbalzi dal suo piedistallo un mitico soggetto autonomo e cosciente, ma iniziare fin d’ora a risistemare gli elementi di un’esperienza soggettiva che, nessuno lo può negare, è sottoposta a mutamenti anche traumatici.

Recentemente Antonio Damasio, una delle figure che più hanno contribuito all’innovazione nell’ambito delle neuroscienze, gettando anche ponti verso la filosofia e la riflessione morale, è intervenuto su “Nature” a proposito dei neuroni specchio, uno dei successi più eclatanti della ricerca sperimentale sul cervello

degli ultimi vent'anni.<sup>3</sup> Damasio affronta il problema di delimitare e magari precisare il ruolo del meccanismo "specchio", che si è prestato a una serie forse troppo ampia di interpretazioni, diventando per alcuni la base neurobiologica dell'intersoggettività e dell'empatia, per altri l'origine (attraverso l'imitazione) della nascita del linguaggio, per altri ancora la spiegazione di una malattia come l'autismo. Egli sostiene che i circuiti neuronali che funzionano "a specchio", ossia con un effetto di risonanza speculare tra aree visuo-motorie che si verifica sia quando si compie un'azione, sia quando la si vede compiere da un altro, devono essere fatti rientrare in un modello più ampio e complesso corrispondente a un'intera rete neurale. A questo scopo, all'immagine del rispecchiamento, che implica una risonanza diretta e immediata, automatica e involontaria (so quello che fai) tra due soggetti, Damasio propone di sostituire quella dei fili e della marionetta: il sistema *mirror* e altri processi cerebrali tirano i fili, ma la marionetta si muove sulla base di un repertorio di istruzioni (in cui c'entra, tra l'altro, l'esperienza) per una storia che può essere raccontata e agita in molti modi. Il neurologo e neuroscienziato amante di Spinoza impartisce un'elegante lezione sulla necessità di non attribuire a una singola area anatomica o a una singola cellula effetti che mettono in gioco un'intera architettura neuronale. Molto lavoro c'è ancora da fare, nell'ambito della ricerca sperimentale, ma anche del pensiero, prima di arrivare a conclusioni definitive sui fili e soprattutto sulle marionette. Si tratta di un invito che filosofi, giuristi, educatori e comuni cittadini possono raccogliere: prima di convincersi di essere marionette che mettono in scena la storia congegnata da altri, può essere un'idea interessarsi e dire la propria sul modo in cui vengono tirati i fili.

3. A. Damasio, K. Meyer, *Behind the Looking Glass*, "Nature", 454, 2008, pp. 167-168.

## Fra singolarità e de-singularizzazione. Generazione, aborto e il limite dell'umano in Hannah Arendt

**DAVIDE SPARTI**

*Solo perché non mi sono fatto da solo io sono libero;  
se mi fossi fatto da solo avrei potuto prevedermi e  
in tale modo avrei perso la mia libertà.*  
Hannah Arendt, *Che cos'è la filosofia dell'esistenza*

### **Premessa**

In questo contributo sosterrò che se si prendono sul serio le osservazioni di Hannah Arendt sulla pluralità e sull'agire umano, ne discendono importanti conseguenze sul versante "opposto", ossia sul modo di concepire la singolarità. Lo "spazio dell'apparire" che ci rende animali politici, ci rende individui singularizzati, ma poiché tale spazio è radicato in una dinamica contingente, l'idea che la singolarità sia semplicemente data con l'incorporazione viene messa in questione. Non pretendo di tradurre *integralmente* la dinamica dell'*azione* (che entra nella rete di altre azioni e risposte), nell'intersezione fra *individui* e circostanze. Cercherò tuttavia di mostrare quanto segue: se, da una parte, la nostra singolarità ci è connaturata, e prescinde dunque dalla pluralità, dall'altra la presuppone, in quanto questa rappresenta la condizione per accedere a una singolarità umana. E cercherò di mostrare come la pluralità non sia *solo* elemento accogliente di arricchimento e completamento del momento inaugurale e singolare dell'agire, ma differisca anche il significato dell'azione, configurandosi come ambito che può inibire la nostra singularizzazione.

Per i commenti ricevuti, ringrazio Antonella Besussi, Laura Boella, Simona Forti e Antonella Moscati.

### La tesi della consequenzialità

Nella parte iniziale di *La condizione umana*, dedicata all'analisi delle diverse forme dell'agire, Hannah Arendt delinea quella che potremmo denominare la tesi della consequenzialità (1997, pp. 162-180): poiché il senso dell'azione risulta dall'esibirsi di esseri unici su una scena plurale, per stabilire il significato di un atto debbo descrivere non l'intenzione che ha mosso l'attore, ma ricostruire le risposte che vi si sono allacciate. E queste risposte, spiega Arendt, non dipendono dall'attore. Certo, ciascuno di noi agisce con l'aspettativa della condivisione dei criteri di attribuzione di significato ai propri atti, ma non si può presupporre congruenza interpersonale (coincidenza fra i criteri con cui i diversi attori rispondono agli esiti delle azioni) e costanza intertemporale (anticipazione di chi sarò – e di quello che potrò volere – al tempo  $t+1$ ). Ne segue che non disponiamo di una “polizza assicurativa” contro l'incertezza nei confronti degli effetti suscitati dai nostri atti. Ciò implicherebbe un'uscita dal flusso temporale, o l'esistenza di una società formata da attori che condividano esattamente gli stessi criteri di valutazione. Neppure un ultimo storico – o un morto che potesse osservarsi dopo il decesso – potrebbe sottrarsi dalle catene di interpretazioni di cui le conseguenze del suo agire si caricano, diventando “sovrano” della propria identità. L'attore è l'imprescindibile (ma mai sovrano) medium dell'azione, in virtù del quale il significato dell'agire si condensa ma anche si ridetermina e disloca.<sup>1</sup> Siamo agenti, non però autori. Siamo dotati del potere di iniziare, di innescare un processo, ma nel farlo liberiamo una serie indefinita, un'inarrestabile combinazione plurale, di effetti. Di conseguenza, piuttosto che concepirla come un fatto compiuto (un insieme di fatti precedenti e costituenti l'agire di un individuo), l'identità è per Arendt l'esito

1. Il significato del *Re Lear*, per esempio, non termina con l'intenzione autoriale o la stesura del dramma, e nemmeno con la morte di Shakespeare, perché noi continuiamo oggi a stabilire e ristabilire quel significato, che rifletterà inevitabilmente le domande di interpretazione di volta in volta sollevate. Che lo si accetti o meno, il senso delle azioni (o delle opere) di una persona non si manifesta conclusivamente neppure con il definirsi finale della sua identità.

(provvisorio) dell'agire pubblico. Mentre agiamo siamo ancora troppo vicini a noi stessi, schiacciati nel presente, saturi, per saperci riconoscere e astrarre un'identità dal flusso dell'agire. È sempre da una fuoriuscita riflessiva dal presente che possiamo attenderci la rivelazione di chi siamo diventati. Ma come usciremo dall'interazione – che significato riceverà il nostro atto, che identità ci verrà imputata – non dipende (solo) da noi. Perciò una persona che si è rivelata in passato non è in grado di prevedere come si rivelerà (chi si rivelerà essere) alla prossima azione. L'identità, allora, non è una proprietà incapsulata in me (come fosse qualcosa da confessare), né un'affermazione del soggetto davanti agli altri, quanto piuttosto un attributo che emerge *fra* noi. In uno spazio che non è un territorio ma un ambito di reciproca esposizione generato dall'interazione.

La “pluralità” non coincide infatti con la semplice intersoggettività, o con la circostanza di interagire insieme agli altri, e nemmeno con una comunità. L'esperienza della pluralità (che è anche pluralità delle esperienze) non rimanda a un insieme o somma di individui; non rinvia cioè né all'essere-con-l'altro (enfaticamente heideggerianamente la congiunzione o mediazione del *con*), né all'essere l'uno-contro-l'altro, ma al puro tra, qualcosa che ci unisce e separa al tempo stesso, e che non ha una consistenza ambientale (non uno spazio; una spaziatura piuttosto). Ora, se si accetta questa idea del “tra” (di noi) come ambito di reciproca esposizione generato dall'interazione (ambito che differisce il controllo sul significato assegnato dall'attore sotto propria esclusiva regia), diventa abusivo qualsiasi tentativo di fissare una identità a un determinato momento, quasi fosse un progetto compiuto in modo definitivo e irreversibile. Quante volte andiamo incontro a un intoppo nel riconoscimento atteso, cercando di ripristinare l'immagine interrotta che avevamo di noi stessi? Quante volte un nostro gesto viene non ripreso e compreso ma resta in sospenso? In tali casi si percepisce bene fino a che punto, invece di rivendicare o progettare la nostra identità, riconsideriamo chi siamo diventati. Più che immessi nel mondo (con una identità definita), siamo messi in questione. La circostanza che

sia io a rivelarmi non fa insomma di me l'autore della mia identità, come se quest'ultima coincidesse con il dominio di sé o l'auto-governo – con la sovranità. Nell'agire interveniamo per definizione in una rete di relazioni umane, e questa stessa circostanza produce conseguenze non calcolabili in anticipo, un po' come gli esiti di un gioco di squadra: pur essendo quest'ultimo regolato, l'effettivo svolgimento del gioco risulta imprevedibile.

Qualcuno potrebbe osservare, polemicamente: dobbiamo forse “accontentarci” di essere il frutto provvisorio e contingente di una serie di pratiche? Si tratta di una domanda mal posta (o forse, meglio, di un'ansia): non c'è un altrimenti a tale conclusione. L'identità sovrana è un mitologema. Occorre invertire i condizionali: la relazionalità è la base, non l'identità. A dover essere sottolineata è dunque l'originarietà di una differenza che differisce l'identità supposta primaria (non la differenza fra due identità chiuse ma la pluralità – il gioco della differenza – che costituisce e differisce ogni identità).<sup>2</sup> Se ciò è plausibile, se si prende sul serio la natura contingente e indefinita dell'interazione, nonché l'interminabilità della costruzione dell'identità (che accade e continua ad accadere), ha senso chiedersi quando un soggetto possa ritenersi definitivamente compiuto? Certo, qualcuno ha iniziato tali azioni, ne è il soggetto, ma non è solo soggetto *di* (tali azioni, ossia attore); è pure soggetto *a* (gli altri). Siamo soggetti dell'agire ma anche oggetti delle reazioni che quell'agire ha suscitato. La doppia tesi della consequenzialità e della pluralità vale anche in questo caso: l'identità sfugge al nostro dominio; è, per così dire, fuori di noi (sta nel contesto situazionale). Uscendo dall'interazione non si è mai esattamente gli stessi rispetto a come ci si rappresenta nella conoscenza che si ha a disposizione. Noi ci dischiudiamo e riveliamo, certo, siamo però anche esposti all'imprevedibile tessuto di risposte che il nostro stesso agire

2. Va aggiunto che “la differenza”, in Arendt, corrisponde non a una proprietà metastorica del linguaggio (o immanente al linguaggio), ma a un aspetto legato a specifiche situazioni storiche. Come vedremo più avanti, con riferimento agli atti di conferma (a partire dal battesimo), la stessa performatività appartiene sì alla lingua, ma è anche – in quanto contingente – fenomeno “politico”.

provoca.<sup>3</sup> Espresso altrimenti: la storia della nostra vita non è *fatta*, non ha un artefice (Arendt 1997, p. 136). Progettare la propria vita come fosse una storia o viverla come un romanzo sarebbe insomma un abbaglio. Osserva a questo proposito Cavarero, riferendosi proprio a Hannah Arendt: “L’autobiografia figurerebbe [...] come un esercizio assurdo, visto che l’identità rivelata dalle sue azioni è proprio ciò che l’agente non padroneggia e non conosce” (Cavarero 1997, p. 38).

### Ontologia della singolarità

Vorrei ora “applicare” le considerazioni fatte fin qui sul rapporto azione/rete (la rete di reazioni indefinite che costituisce il contesto dell’agire) all’intreccio singolarità/pluralità, prendendo le mosse dal concetto di singolarità.

Da *Vita activa* fino a tutta la prima parte di *La vita della mente*, in Arendt ricorre un rilievo ontologico: siamo esseri incorporati, quindi immediatamente trasposti nel regno dell’apparenza, dove ci manifestiamo gli uni agli altri. La condizione umana, a differenza di quella delle creature angeliche, è legata alla messa in circolazione dei corpi, che ciascuno di noi vede e da cui è visto – che sente e tocca e da cui è sentito e toccato –, dunque al rivelarsi in presenza di altri. Siamo insomma esposti. Lo siamo necessariamente. Anche quando non siamo visti di fatto (in questo mo-

3. Con ciò non si intende ricondurre l’identità al solo essere-per-gli-altri. Io sono anche per-me. Altrove ho introdotto a questo proposito il concetto di *autoriconoscimento*, che può essere pensato come l’operazione riflessiva compiuta nei confronti della memoria delle risposte suscitate dalle mie azioni entro le cerchie sociali nelle quali ho agito, risposte che vengono rielaborate e ricombinate fra loro (Sparti 2003, cap. 6). È in virtù di tale operazione che riesco a distanziarmi dai riconoscimenti attribuitimi – perché quando tu mi vedi oggi, io sono in grado di pensare a come mi vedeva un’altra persona tre o anche trent’anni fa, e quindi posso far valere i vari riconoscimenti che di volta in volta ho ricevuto. Il soggetto, d’altra parte, non può consistere esclusivamente in un gesto mediante il quale ci si raccoglie presso di sé, nell’intimità di un “dentro”. Dato che mi riconosco solo in quanto riconosciuto dall’altro (e spesso proprio nella misura in cui questi altera l’immagine che ho di me stesso), vi è sì ritorno a sé, e riflessività, ma questo rinvio non coincide con una presa su di sé, non si irrigidisce in una identità, perché riporta sempre un elemento non integrabile, un’esteriorità che non riempie l’“interno” del soggetto ma gli impedisce anzi di chiudersi. Anche se posso sempre sentire lo scarto che mi separa da te, il *proprio* non coincide con una *proprietà*. Bisognerà dunque ammettere che nell’io “si è insinuata una differenza” (Arendt 1986, p. 278).

mento non vedo la mia schiena), siamo però per statuto visibili. Sotto questo profilo la pluralità richiama la *Öffentlichkeit*, nel senso letterale di un'apertura alla visibilità di ciascun singolo individuo.

La presenza è anzitutto presentazione, corpo che compare. Siamo esseri unici, e questa differenza ha qualcosa di insuperabile: nessun altro può pretendere di essere me, esporsi per me, al posto mio; proprio per questo sono insostituibile. Questa esposizione che mi definisce, che sono io, costituisce la mia singolarità. Ci si può toccare, stringere, penetrare, ma la legge del tatto è la separazione fra le superfici, e l'intervallo fra le persone non può essere colmato. Se i corpi non si distinguessero, peraltro, non sarebbero dei corpi, ma qualcosa di indistinto (non saremmo nemmeno degli individui, ma dei "dividui"). Nel nascere, il bambino sottrae a quell'eccesso che è la madre-bambino<sup>4</sup> una singolarità che subito esibisce nel modo più plateale, ripiegandosi su se stesso. La nuda esposizione di un corpo, non ancora rivestito di alcunché, inaugura l'apparire di ogni essere umano in quanto unico. Sta qui la più fondamentale – ontologica, appunto – condizione di possibilità di esistere, di esserci. La stessa identità personale si basa sulla legge "un corpo, un'identità", e l'incorporazione ne rappresenterà la contromarca.

Con la nascita l'essere umano fa la sua comparsa nel mondo dei corpi, abbiamo detto. Non bisogna tuttavia confondere il concetto biologico di *singolo individuo* (quello che nel linguaggio ordinario chiamiamo "individuo umano") con quello di *soggetto singularizzato*. E non perché la presenza del bambino, pur implicando un'affezione della carne e dunque un proto-riferimento a sé, non è ancora sguardo su di sé (quanto invece un certo modo di rapportarsi al mondo).<sup>5</sup> Ma perché la singolarità *non è una carat-*

4. Nella gravidanza la carne della donna incinta non cessa di essere (per lei) "la mia carne", seppure dispiegata in un quasi-fuori-di sé, ma un fuori che è talmente intimo da essere ancora sé, come fosse una germinazione.

5. Una carezza ricevuta, per esempio, si manifesta come affezione della carne: il neonato fa esperienza di sé attraverso qualcosa che lo tocca direttamente ma che ancora non può essere staccato dalla carne che lo ingloba, per essere rappresentato simbolicamente. E nondi-

*teristica interamente riconducibile all'incorporazione.* Si potrebbe pensare che l'identità numerica, ossia il fatto che due individui affini per classe siano numericamente distinti in virtù dell'incarnazione nel supporto biofisico di un corpo (il quale, per definizione, occupa una porzione non condivisibile di spazio materiale), sia sufficiente. In fondo Arendt si richiama alle considerazioni di Duns Scoto sull'ecceità, sulla istanziazione singolare della nostra natura comune: la caratteristica dell'essere persone è che ciascuna sua occorrenza è essenzialmente singolare. Di qui l'eserci determinato e concreto di ciascun individuo, una singolarità che *prescinde* dalla rete di altri individui. E tuttavia Arendt sottolinea anche come la singolarità si costituisca solo al cospetto degli altri, riconoscendo dunque un momento di alterità interno alla singolarità.

Vorrei insistere sulla necessità e tuttavia sull'insufficienza dell'incorporazione come criterio di identità. Consideriamo il colore della pelle; un aspetto che mi definisce e anzi costituisce, al punto che – in quanto parte della mia stessa corporeità (e dunque della mia vita) – non posso sbarazzarmene. Nessuno può adottare la mia carnagione per me. *Ma neppure posso averne un controllo.* Come ha chiarito Goffman in *Stigma* è la “superficie” il primo strato a imporsi agli occhi: il corpo, la pelle, il viso si prestano a essere riconosciuti (e marchiati). E come ha aggiunto Foucault, la visibilità si situa all'incrocio fra un dominio estetico (ciò che percepisco) e un dominio politico (ciò che riconosco come simile o

meno è proprio a partire dall'ingresso in questa corporeità interumana che Merleau-Ponty (1965) chiama “intercorporeità”, nonché a partire dall'inserimento successivo in un campo o interconnessione di sguardi, che il bambino sviluppa sia il senso del suo essere-con, sia il senso della sua presenza non interscambiabile. Prima ancora di acquisire un “io”, sono un essere che è stato toccato, spostato, nutrito, cambiato, messo a dormire. Di più, come ha chiarito Butler (2006), il mio corpo infantile, appena nato, non è stato solo toccato, spostato e sistemato; queste intrusioni hanno operato come “segni tattili” che si sono depositati nella mia formazione. E questa intrusione originaria, questi segni assunti e registrati, sono segni di un altro (o meglio, di un'altra), ma sono anche tracce da cui un sé riflessivo eventualmente emergerà. L'esperienza primaria del bambino consiste nell'essere sopraffatto: non solo “indifeso” a causa delle sue ancora limitate capacità motorie, ma profondamente sprovveduto rispetto alle intrusioni del mondo adulto. Il soggetto è inaugurato da un raggiungere e un toccare che funzionano senza alcuna coscienza riflessiva, una suscettibilità originaria al tatto, al volto, e alla voce che non può essere sostituita con un atto di volontà.

dissimile, superiore o inferiore, normale o abietto). In teoria lo schiavo africano nel Nuovo Mondo possiede il proprio corpo (soltanto), ma in effetti nemmeno questo è vero. Dato il “difetto d’origine” della schiavitù, il colore della pelle viene collegato a un segno di inferiorità. I neri non hanno la “pelle giusta” per essere riconosciuti quali persone. Non è perché la pelle è nera che si è schiavizzati, ma è perché si è stati (costretti a essere) schiavi che il colore diventa rilevante. L’essere stati prelevati come forza-lavoro da un continente “vecchio” e “primitivo” rende il razzismo un sottoprodotto dell’origine geo-culturale e fa della schiavitù la precondizione per la configurazione di un campo di visibilità attraverso il quale il colore della pelle acquista il ruolo di piastrina di riconoscimento. La pelle, allora, rappresenta uno di quegli aspetti al tempo stesso inesorabilmente miei (nessuno può adottare la mia carnagione al posto mio), e che nondimeno non rientra fra ciò che controllo.

Certo, posso raccontare una storia sui possibili significati che questa “esposizione all’altro” ha avuto su di me, una storia su che cosa abbia voluto dire emergere con questo corpo in quell’ambito, intimo o pubblico. Solo che reciprocità dell’esposizione non significa simmetria o trasparenza. Pensiamo a Vitangelo Moscarda, il ben noto protagonista del dramma di Pirandello *Uno, nessuno e centomila*. Alla moglie, il naso di Moscarda appare storto, un evento banale eppure perturbante, che induce Moscarda a scoprire fino a che punto egli venga riconosciuto in modi diversi da come si era figurato di essere.<sup>6</sup> Possiamo esibire la nostra singolarità, non disporre. Nell’inserirsi in una pluralità, la nostra singolarità è sempre messa alla prova, messa alla prova del senso.

Queste prime considerazioni costituiscono un indizio del modo in cui si *stabilisce* la singolarità non condivisibile di ogni essere

6. Osserva Moscarda: “Gli altri vedevano in me uno che non era quale io mi conoscevo; uno che essi soltanto potevano conoscere guardandomi da fuori con occhi che non erano i miei e che mi davano un aspetto destinato a restarmi sempre estraneo, pur essendo in me [...]” (Pirandello 1994, p. 22). E conclude così le sue riflessioni: “Dovetti riconoscere che nei miei occhi non c’era veramente una vista per me, da poter dire in qualche modo come mi vedevo senza la vista degli altri [...]; e che dunque i miei occhi, per sé, fuori di questa vista degli altri, non avrebbero più saputo veramente quello che vedevano” (ivi, p. 125).

che agisce. Essa rimanda non tanto alla circostanza che ciascuno di noi è nato con qualità individuali che ci differenziano gli uni dagli altri – in quanto questo è vero di ogni essere vivente. Gli esseri umani rivelano la loro unicità (mostrano *chi* sono) quando vengono iniziati a, e accolti da, una pluralità di esseri già singolarizzati. In virtù di tale “adozione”, essi *si distinguono*, anziché *essere meramente distinti* (Arendt 1997, p. 128).

### Filosofia della generazione

Prendendo le mosse dalla differenza fra generazione e riproduzione biologica (l’esigenza di produrre esseri suscettibili di singolarizzazione va distinta dalla riproduzione quantitativa della specie, rimandando all’articolazione del biologico con il sociale), nel secondo capitolo del suo recente libro, *La condizione fetale*, Luc Boltanski distingue due punti di vista sulla natalità: la generazione nella carne (esseri venuti a iscriversi nella carne) e la generazione confermata dalla parola (esseri ripresi in una modalità simbolica e in un certo senso “adottati”, per diventare dei singoli). Umano nella carne e umano per la parola. Sessualità e generazione obbediscono dunque a logiche diverse. Intanto la sessualità, pur indispensabile, è insufficiente per accedere all’umanità. In secondo luogo, cambia la temporalità: mentre la generazione nella carne è il risultato di un atto sessuale contingente, l’essere generato dalla parola è confermato (nel senso di *acknowledged*) nella sua umanità in modo durevole, “almeno per il tempo della sua vita sulla terra” (Boltanski 2007, p. 76), e anche – a seconda delle credenze religiose – nell’aldilà.<sup>7</sup>

Come chiarisce Arendt in un passaggio che usa esplicitamente proprio il termine adottare (*aufnehmen*) (2006a, p. 85): “Il mondo non è umano perché è fatto da esseri umani, e non diventa

7. L’unico limite dell’analisi di Boltanski è che sorvola sul legame fra generazione ed economia politica, trascurando fino a che punto il desiderio sessuale degli individui sia *regolato*, e la sessualità posta a servizio della diade eterosessuale (sancendo la normatività della famiglia). Abbracciando una concezione troppo austera dell’economico e della sua sfera di competenza, Boltanski non sembra accorgersi che questa sfera include *sia* la riproduzione di beni, *sia* la riproduzione sociale delle persone.

umano perché la voce umana risuona in esso, ma solo quando è diventato oggetto di discorso”. Con la parola “trascendiamo” ciò che inerisce alla vita biologica inserendoci nel mondo umano; “e questo inserimento è come una seconda nascita” (1997, p. 128).<sup>8</sup> “Una vita senza discorso e senza azione [...] è letteralmente morta per il mondo; ha cessato di essere una vita umana perché non è più vissuta fra gli uomini” (*ibidem*). Per Arendt, dunque, il nostro essere umani esige un’attualizzazione, un’attualizzazione della datità passiva del nostro essere, affinché questo venga articolato e il biologico si trasformi nell’umano. Alla nascita quale evento naturale inserito nel ciclo biologico della vita e della morte, si affianca la seconda nascita nell’azione e nel discorso.<sup>9</sup>

Come è noto, Hannah Arendt (donna senza figli) è stata anche l’unica pensatrice ad abbozzare una riflessione sulla natalità quale paradigma del sorgere nella temporalità di eventi/esseri radicalmente nuovi.<sup>10</sup> Arendt rievoca il precetto agostiniano secondo cui “ogni uomo, creato come una singolarità, è un nuovo inizio in virtù della sua stessa nascita”. La nascita non coincide tanto con il fatto biologico del parto, ma con ciò che esso configura: un’alterazione del corso che spinge le cose a ripetersi. In netto contrasto con Heidegger, e ponendo enfasi sull’avvento del nuovo, Arendt

8. Ancora a proposito di questa possibilità di trascendere la propria naturalità, osserva Arendt: “La ‘natura’ è ‘umana’ soltanto nella misura in cui schiude all’uomo la possibilità di diventare qualcosa di estremamente innaturale, cioè un uomo” (2004, p. 623). È questa circostanza a “staccare” la fatticità del vivere dall’ambito di pertinenza della sola biologia. Detto questo, non intendo negare l’ambivalenza arendtiana riguardo al rapporto nascita-vita biologica. Soprattutto nel *Denk-Tagebuch* Arendt oscilla tra una valutazione ancora heideggeriana della vita biologica come sostrato a tutti identico e una considerazione, invece, su come già nell’individuazione corporea di ciascuno, nel momento in cui viene al mondo, stia racchiuso il motore della singolarizzazione.

9. Con ciò non voglio negare che avere un corpo significhi anche appartenere a una specie animale (sposando un’immagine integralmente culturale – e dunque indefinitamente plastica – dell’essere umano). Che vi siano caratteristiche transindividuali e invariante sembra innegabile. Arendt, tuttavia, farebbe notare come la dotazione biologica del corpo sia anzitutto una potenzialità, ossia la condizione di possibilità di un poter fare, non il minimo comune denominatore della vita umana considerata sotto il profilo naturale e materiale.

10. Arendt ha pure il merito di aver almeno indirettamente respinto l’assunto secondo cui solo “il generale” rientrerebbe fra gli oggetti della filosofia e delle scienze sociali o politiche, mentre il singolare sarebbe destinato all’arte e alla letteratura (assumendo surrettiziamente una inferiorità metodologica di queste ultime).

definisce gli uomini “natali” piuttosto che “mortalì”. Ebbene, potrebbe obiettare qualcuno, non tocchiamo qui un aspetto in contraddizione con quanto suggerito in apertura sulla “dipendenza” dell’identità dalla pluralità?

In effetti no. Anzi, focalizzarsi sulla natalità come eccedenza dell’evento apparso al di là di ogni previsione rischia di fuorviare. Nessun inizio è decontestualizzato (sarebbe come stabilire se *queste* ginocchia che si piegano sono “correre”); è sempre l’inizio di qualcosa *per qualcuno*, in particolare per coloro a cui quell’inizio evoca una risposta. In quanto *risposta* a degli eventi, l’agire non è mai inizio assoluto. Cosa è, in fondo, che rende un atto un inizio? La circostanza che qualcuno, sul suo sfondo, avvia qualcosa, assumendolo come vettore di un agire ulteriore. Facendo cioè di quell’evento l’occasione per iniziare qualcosa di nuovo (Markell 2006, p. 10). “Nuovo”, allora, va collegato non tanto a quello che l’attore ha in mente, quanto al tessuto di interazioni in cui un’azione va a inserirsi e contribuisce ad alimentare, suscitando una costellazione di reazioni dinamiche. Non essendo la novità uno stato, il suo carattere di inizio dipende dal *futuro* – dal modo in cui vi si risponderà. Arendt tramuta così la questione intrattabile del generare dal nulla (che evoca ingannevoli immagini di sovranità) in quella relativa a come articolare e intensificare gli inizi a cui siamo esposti. A essere cruciale, allora, non è la novità in quanto eruzione di uno stato nettamente diverso rispetto a quello precedente – secondo lo schema causale di un osservatore esterno all’agire – ma proprio l’aspetto abilitativo della novità, ossia il tessuto di conseguenze interattive che genera, il nuovo in quanto punto di partenza che dischiude un’eventuale, ulteriore serie di atti nei cui confronti siamo sensibili e responsivi – che “libera”, insomma, altri inizi. Oltre a contenere in sé la contingenza dell’inizio (“frutto della libertà di donne e di uomini prima che prodotto delle combinazioni genetiche” [Forti 2006, p. 199]), la nascita è appunto l’evento paradigmatico a cui, come attori umani, si risponde. Dall’inizio derivano insomma altri inizi (o meglio: la possibilità – non la necessità – di altri inizi).

Tornando alla distinzione di Boltanski, gli esseri umani per la

parola sono appunto non solo nati, dunque esseri umani nella carne, ma esseri la cui apparizione ha suscitato una risposta simbolica. Si consideri a questo proposito il caso rovesciato, quello dell'aborto. Non esiste società in cui i nuovi esseri umani non vengano attivamente accolti e confermati nella loro appartenenza per mezzo di riti e gesti che sono altrettanti segni di riconoscimento della loro umanità (Boltanski 2007, p. 49). Colpisce invece il fatto che, storicamente, non vi siano riti di passaggio dalla vita alla morte nel caso dell'aborto: si fa semplicemente sparire il corpo. L'eliminazione, compiuta lontano dalla vita pubblica, non deve essere neppure giustificata (come se il bambino non fosse mai nato, e dunque come se la distruzione non fosse avvenuta). In assenza di tracce simboliche, il neonato non è altro che carne. La cosa cambia, tuttavia, se il neonato è stato confermato ritualmente nella sua umanità. Per esempio attraverso un gesto simbolico come la dotazione di un nome – che gli è proprio – e che lo fa accedere alla parentela.

Sul piano fisico-materiale del tangibile, rileva Boltanski, non vi è modo di distinguere fra i feti di carne e quelli (comunque incarnati ma) confermati dalla parola. Questi ultimi sono infatti necessariamente degli umani nella carne, anche se non tutti gli umani nella carne sono destinati a essere confermati. “Gli esseri, a priori molto numerosi, suscettibili di essere prodotti dalla sessualità, formano un insieme virtuale: l'insieme degli (*a*) umani che lo saranno *secondo la carne*. Una seconda operazione esige di prelevare fra gli esseri che compongono l'insieme (*a*) quelli – che formeranno un insieme (*b*) – che, destinati a prendere posto fra gli umani, sono introdotti in un mondo di rapporti simbolici: saranno umani *per la parola*” (Boltanski 2007, p. 55). Affinché la generazione tramite la parola possa fungere da operatore di una differenza, sancendo una transizione di stato, occorre riconoscere il potere (performativo) della parola a cui si riferisce appunto Arendt.<sup>11</sup>

11. Vale la pena di notare che nell'analizzare i performativi (procedure linguistiche che istituiscono ciò di cui parlano) Austin si sofferma proprio sul caso del battesimo, per mezzo del quale chi è investito dal performativo cambia stato. Nella seconda lezione raccolta sotto

Proviamo a riassumere: quando un feto viene fatto uscire dall'utero prima del termine della gravidanza e non sopravvive, non riceve un nome e non è oggetto di alcun rito funebre; della sua identità qualitativa (colore degli occhi o dei capelli, per esempio) nulla si può dire: è un perfetto sconosciuto (ciò cambia nel caso dell'infanticidio: l'essere distrutto appare nella sua tangibilità). In questo senso due feti di carne si possono distinguere solo temporalmente (sono stati generati in momenti diversi). I feti secondo la carne non valgono per se stessi ma in quanto oggetto di conferma potenziale, ossia in quanto sottoponibili a un atto di "adozione". Correlativamente, senza i feti, i processi di singolarizzazione non avrebbero nulla a cui applicarsi.<sup>12</sup>

Il feto adottato (immesso in un processo di singolarizzazione) riceve un nome, e perde il suo carattere di sostituibilità – viene sottratto alle operazioni di messa in equivalenza. Anche Arendt sottolinea il ruolo cruciale della denominazione: "L'azione senza un nome, un 'chi' che le sia annesso, è priva di significato" (Arendt 1997, p. 132). La denominazione, il dire che un evento o un qualcuno è o non è una certa cosa (dunque il definirlo), è una

il titolo *Quando dire è fare*, Austin spiega come di regola battezziamo gli umani ma non i pinguini (Austin 1974, pp. 64-65).

12. Una delle invarianti che strutturava il nostro essere-nel-mondo era questa: ciascuno di noi è nato dall'unione di un uomo e una donna, chiunque essi siano. Con l'avvento delle tecniche di fecondazione di un ovocita (stimolate dall'esigenza di realizzare nella carne, a volte a qualsiasi costo, un bambino concepito a livello di progetto) ciò non è più vero. Di qui l'emergere di una nuova categoria: il tecno-feto. Per tenere conto del rischio di fallimento a cui va incontro la tecnica di reimpianto nell'utero di embrioni congelati, se ne producono un certo numero destinati a essere conservati in modo da poter fare più tentativi di ottenere una gravidanza portata a termine. Come considerare questa riserva di embrioni? Non possono essere assimilati ai feti-niente in quanto sono stati prodotti con l'intenzione di dare la vita, ma solo una piccola percentuale di essi è destinata a essere utilizzata. Secondo molti, con l'avvento del tecno-feto si delinea il rischio che alcuni esseri umani vengano a detenere il potere esorbitante di predefinire le differenze umane. Come nota Habermas (2002), mentre un attore può sempre resistere all'effetto delle influenze sociali, e anche rivoltarsi contro di esse, le determinazioni manipolate geneticamente fanno corpo con la persona, che è fatalmente condannata ad assumere – e ad assumere in modo irreversibile – le proprietà selezionate da qualcuno appartenente alla generazione precedente. Bisogna aggiungere che Arendt non ha potuto (o forse voluto) pensare alla vita biologica nell'epoca della sua cosiddetta "riproducibilità tecnica", se non – e solo per accenni – in termini quasi apocalittici. Che cosa è umano in assenza di una datità immutabile naturale e corporea? Pensando per esempio a Michael Jackson, il colore della pelle oggi che cosa è?, visto che, almeno in parte, risulta artificialmente modificabile.

delle operazioni più importanti del formarsi dei soggetti nella loro singolarità, ossia del passaggio dallo statuto di oggetto a quello di soggetto. E indica sia come la singolarità possa essere trasmessa solo da un essere che se ne trova già investito, sia l'arbitrarietà di tale trasmissione.<sup>13</sup> Gli esseri di carne “non sono gli agenti della propria trasformazione in esseri confermati della parola” (Boltanski 2007, p. 66): la ricevono in dotazione da un altro che ne è a sua volta depositario (il nome è dato, non scelto dal neonato).<sup>14</sup> Avendo la madre il rapporto di prossimità più intimo con l'aspirante all'umanità (in quanto colei *dalla* quale il bambino viene ma anche *alla* quale per primo il bambino appare), è il candidato più credibile per operare tale trasferimento di singolarità (in fondo solo la madre ha il potere di non accordare la conferma).

### Il ruolo costitutivo dell'aborto

Come osserva lucidamente Boltanski (2007, p. 62), l'eventualità dell'aborto è la condizione costitutiva dell'*acknowledgement* di una singolarità. Affinché quest'ultima forma di accettazione/adozione faccia davvero la differenza, bisogna prendere in considerazione la possibilità che *non* avvenga – ossia che il genitore non dia il suo consenso, non confermi l'umanità del bambino attraverso la parola. Se tutti gli esseri umani generati in seguito a un incontro sessuale dovessero necessariamente e inesorabilmente essere portati a termine, nascendo e prendendo posto in società, l'accoglienza non avrebbe più alcuna specificità, né alcuna ragione d'essere. La conferma, in altre parole, non avrebbe alcun senso se la separazione fra esseri generati nella carne ed esseri generati nella parola non fosse possibile, e se quest'ultima non avesse natura arbitraria. L'istituzione della differenza fra esseri di carne

13. Ciò vale persino per certi oggetti anonimi prodotti in serie, per esempio una stilografica, che assumono una parvenza di singolarità per il fatto di appartenere a esseri singolari.

14. Boltanski mostra come la singolarizzazione non inizi con la socializzazione (come se i neonati fossero socialmente amorfi) ma si inneschi nel corso della gravidanza. Il processo di conferma mediante la parola di esseri generati nella carne non è successivo alla nascita ma percorre la generazione dall'inizio alla fine. Rimandiamo qui anche alle fondamentali riflessioni di Benveniste (1994) sulla distinzione canonica fra singolare e plurale nel linguaggio (ringrazio Andrea Sormano per avermi ricordato questa fonte).

ed esseri confermati dalla parola presuppone la possibilità che *alcuni* esseri di carne vengano distrutti (o quanto meno non accolti). Tale dualità è dunque costitutiva di ciò che è umano (cfr. anche Théry 2006).

A questo punto, tuttavia, si pone una domanda: dato che dal punto di vista della carne nulla distingue i feti destinati a essere abortiti da altri feti attesi con impazienza e già amati (sotto questo profilo l'aborto non è legittimabile), come giustificare il fatto che certi aspiranti all'ingresso nell'umanità vengono distrutti? Per rispondere occorre mettere in luce le strategie di costruzione sociale del feto come "niente" (non è *niente* altro che carne). L'aborto diventa legittimo – ossia visibile – solo a condizione di considerare quanto abortito "niente" (una pura, invisibile virtualità).

Boltanski illustra alcuni dei dispositivi a cui si ricorre per attenuare l'intervallo (e la tensione) tra il ruolo costitutivo della differenza fra esseri nella carne ed esseri nella parola, per un verso, e il principio della non discriminazione fra esseri umani (che in fondo hanno tutti uno stesso supporto carnale), per un altro. Da una parte, tramite la contraccezione, si regola la relazione fra sessualità e generazione in modo da "evitare la comparsa di esseri umani di carne non suscettibili di essere umanizzati tramite la parola" (Boltanski 2007, p. 77).<sup>15</sup> Dall'altra, si giustifica come necessaria<sup>16</sup> e ineluttabile l'eliminazione di esseri venuti nella carne in condizioni che non consentono la loro singolarizzazione.<sup>17</sup> Circostanza ben esemplificata dalle due pratiche discorsive che av-

15. In passato uno dei dispositivi consisteva nel considerare tutti gli esseri di carne *preconfermati* in quanto figli di Dio (una spiritualizzazione della generazione, in cui la sessualità viene soppiantata dall'azione dello spirito santo). Il feto è non confermato dalla madre, ma preconfermato con riferimento a un'istanza esterna e sovraindividuale. In tale quadro la carne preconfermata da Dio ha tutta lo stesso valore – di qui l'idea egualitaria di una comune umanità (peraltro disattesa in moltissimi modi nel corso della storia).

16. Se a causa di un aborto spontaneo la gravidanza non viene portata a termine, non si parla più una *necessità* ma di una perdita difficile da riparare (e viceversa, se la donna dovesse rimanere nuovamente incinta, il secondo feto verrà considerato e trattato diversamente rispetto a quello abortito).

17. Escluse dall'impiego di armi che distruggono la vita, le donne possiedono nondimeno un potere di morte: esercitano il controllo sulla venuta al mondo degli esseri umani (e non esitano a farne uso per vendicarsi nei confronti di uomini che le hanno maltrattate o abbandonate).

volgono rispettivamente il feto adottato e quello non adottato. Nel caso del feto destinato alla conferma di parola, il bambino – pur non ancora nato – viene evocato e connotato in modo immaginario (ma anche riconosciuto attraverso l’ausilio di tecnologie come l’ecografia),<sup>18</sup> iscrivendosi nel contesto dell’ambiente materiale in cui si dovrà inserire: si prepara la camera, si acquistano vestiti e oggetti, si disbrigliano le pratiche amministrative (posto in ospedale, congedo di maternità, iscrizione al nido), se ne parla con parenti e amici.<sup>19</sup> Il feto destinato a non nascere è oggetto di una costruzione diversa: invece che proiettato verso il futuro (attratto verso il bambino) viene trascinato verso il nulla, lasciando nel mondo meno tracce possibili. Come nota Boltanski (2007, p. 149), “la stessa espressione, interruzione volontaria di gravidanza [...], istituisce [...] questo essere in quanto niente, nella misura in cui, per mezzo di una perifrasi, consente di indicare un processo (la gravidanza), di designare un’azione (l’interruzione) e un agente [...] che compie quest’azione (volontaria), risparmiando qualsiasi riferimento all’essere che l’operazione si propone di espellere e distruggere”. Anche il linguaggio del medico è molto diverso nel caso di una ecografia eseguita prima di un aborto: utilizza il pronome dimostrativo *questo*, per enfatizzare non tanto che non vede nulla, ma che quello che vede è *niente* (il feto è davvero anonimo).<sup>20</sup> Da una parte il feto senza valore, dall’altra il fe-

18. Per il modo in cui le tecnologie, soprattutto la tecnica di visualizzazione a ultrasuoni (ecografia), hanno modificato radicalmente lo statuto del feto (attribuendo diritti a un tessuto racchiuso nella mucosa uterina), nonché la percezione culturale della gravidanza, cfr. Duden 2006, la quale mostra come la donna sia venuta a dipendere dalla necessità di scrutare uno spazio separato ed estraneo alla percezione sensibile del corpo vissuto, una sorta di “ambiente” in cui si svolgono dei processi interni. In virtù della tecnica e degli “esperti”, la donna viene a conoscenza della gravidanza prima ancora di poterla sperimentare mediante un’esperienza palpabile, che va tendenzialmente estinguendosi.

19. Esiste anche il fenomeno opposto: bambini desiderati che suscitano nondimeno inquietudine. Se è ancora possibile esprimere la “ripugnanza” che si prova all’idea di essere incinta, non c’è niente di più difficile che confessare il proprio disagio per il bambino desiderato, la cui nascita è attesa da tutta una comunità familiare.

20. Il fatto che il feto venga trattato come qualcosa di sostituibile non esclude che possa lasciare una traccia fantasmatica nella memoria del corpo della madre (e ciò benché non esista alcuna traccia visibile su cui si possa fissare il lutto, né un vestito e neppure un nome, una tomba o un’iscrizione nello stato civile...). Come si desume da quanto raccontato da Alice

to senza prezzo (la mia “adozione” fa di me un “oggetto” inestimabile, nel senso letterale di non avere prezzo, dell’essere estratto dal circuito del commercio).<sup>21</sup>

Ripensiamo da questo punto di vista all’argomento sviluppato da Judith Jarvis Thompson (1972) per legittimare l’aborto. Esso consiste, grosso modo, nel negare validità all’idea (anzi, al postulato metafisico) di un valore intrinseco della vita umana quale principio astratto, ritenendo invece che si possa dire di un essere “ha valore”, solo in funzione del riconoscimento conferitogli da qualcuno. Applicato all’aborto, questo principio permette di affermare che il valore di un feto è il valore che ha in funzione delle persone che sono in relazione con esso e che saranno in relazione con esso dopo la nascita. Per la donna desiderosa di rimanere incinta, il feto diventa immediatamente “una persona”, mentre per la donna che non vuole figli la gravidanza è un’invasione e il feto paragonabile a un intruso di cui bisogna sbarazzarsi. Il corpo della madre viene da Thompson assimilato a una casa in cui faccia irruzione un ospite che esige di essere accolto, di ricevere riparo e nutrimento. Si tratta dunque di decidere se l’ospitalità verso l’estraneo sia un obbligo morale o un’azione che si è liberi di scegliere o meno, anche se un rifiuto avrà come conseguenza la morte di chi chiede ospitalità.<sup>22</sup> Alcuni hanno criticato la tesi di Thompson in quanto presuppone due esseri, la madre e il feto, come se fra essi si potesse stabilire una relazione di tipo quasi contrattuale, simile a quella che esiste fra un proprietario e un locatario.

Sebold in un’intervista (“la Repubblica”, 20 ottobre 2007), vi è pure il caso del “genitore che mette al mondo una creatura che si rivela forte almeno tanto quanto il mezzo con cui ha cercato di ucciderla” (la madre di Patricia Highsmith bevve acquaragia per abortire, e benché i romanzi della Highsmith siano di una misantropia estrema, la scrittrice ha continuato a prendersi cura della madre fino alla morte).

21. Ovviamente anche a un progetto si può rinunciare. In determinate circostanze il bambino, pur iscritto in un progetto, non viene adottato da colei che lo porta, a indicare che le condizioni di accesso alla singolarità non sono mai del tutto garantite.

22. L’aborto è “un problema” soprattutto perché viene giudicato negativamente in rapporto alla maternità, ritenuta positiva. Secondo alcuni (alcune) bisognerebbe spezzare il pregiudizio a favore della maternità, rendendo nuovamente simmetrico il rapporto fra aborto e maternità (cfr. Boyle 1997). Si osservi ciò che succede nella pratica: se si “distrucono” più di duecentomila feti all’anno solo in Francia, ha ancora senso domandarsi se siano “sacri”?

Mentre il rapporto fra madre e feto sarebbe quello di un legame interdipendente, tanto che non si può fare nulla a uno dei due senza che venga toccato anche l'altro. Resta il fatto che, come sottolinea Solomon (1984), chiedersi se il feto "ha dei diritti" è un falso problema, perché parte dal presupposto che i diritti siano qualcosa che si possiede, mentre appartengono alla categoria degli attributi di cui si viene investiti da un altro, o che si possono reclamare. E siccome il feto non può rivendicare un diritto se non viene investito da un altro del diritto di vivere, non può essergli attribuito alcun diritto intrinseco. È dunque il riconoscimento a fare sì che ci sia o non ci sia un "altro" nel ventre. Decisiva è insomma l'accettazione della madre, in quanto proprio grazie a essa si instaura una relazione fra l'essere desiderato e l'ordine simbolico, quindi l'umanizzazione e la singolarizzazione del feto.<sup>23</sup> Ne consegue che il bambino nato senza essere stato desiderato (o destinato a non essere nato, per dirla con Pasolini [1976, p. 59]) rischierà di non accedere a una piena umanità. Per questo l'aborto di un embrione non desiderato non può essere assimilato alla distruzione di una persona: nascendo, all'embrione mancherebbe proprio il fatto di essere stato accolto e adottato nella parola, condizione per diventare pienamente umani.<sup>24</sup>

23. Occorre notare che l'argomento di Thompson raggiunge la sua conclusione senza mai contestare l'idea che un non nato abbia un diritto a non essere intenzionalmente o ingiustamente eliminato o – data l'obiezione qui sollevata nei confronti di questo impiego della nozione di avere un diritto – senza mai mostrare che il non nato è, almeno sotto l'aspetto della tutela che merita, differente dal neonato.

24. Pasolini (1976, pp. 59-63) sottolinea come un bambino intuisca subito se la sua venuta al mondo è veramente desiderata o meno. E se percepisce di non essere accolto nel mondo con amore ma di essere stato strappato alla morte a cui era stato destinato, se insomma avverte, pure inconsciamente, di non essere "benedetto", ciò si ripercuote sul suo stato: "Aumenta immensamente la loro ansia di normalità, la loro adesione totale e senza riserve all'orda, la loro volontà non solo di non apparire diversi ma nemmeno appena distinti" (appunto singolarizzati). Qualcuno potrebbe chiedersi quale sia la differenza tra questo riconoscimento/non riconoscimento di quelli che sono/non sono fatti nascere, rispetto al riconoscimento del *pater familias* romano, che decideva o meno di sollevare il bambino da terra per dichiararlo suo. Ebbene, si tratta della differenza (forse solo quantitativa) fra l'accesso all'integralità dell'umano (avendo accesso a una casa, a una famiglia specifica), il vivere da figlio illegittimo e il non vivere affatto (d'altronde è sfumata anche la differenza fra un "aborto" – ammesso che si possa dire tale – fatto con la pillola del giorno dopo o nelle prime sei settimane, e un aborto fatto, come nel film rumeno dal titolo omonimo, dopo quattro mesi, tre settimane e due giorni di gravidanza).

### La de-singularizzazione

Abbiamo fin qui distinto analiticamente tre ambiti intrecciati (e tutti revocabili): l'appartenenza all'umanità; il raggruppamento in classi di equivalenza (colti da questo punto di vista gli individui sono sostituibili); la singularizzazione, in virtù della quale ogni individuo, in quanto se stesso, non può essere sostituito da nessun altro. Ma l'esigenza di sostituire ai prodotti rimpiazzabili della sessualità degli essere destinati a occupare un posto unico nel mondo, non sempre viene soddisfatta, e non solo perché alcuni esseri non nascono, ma perché alcuni esseri umani vengono al mondo in contesti che li deprivano dell'*acknowledgement* della loro singolarità. La pluralità, per tornare al concetto arendtiano, non è una modalità dell'esperienza garantita a priori: a essa si accede, si viene ammessi (o meno), e ciò implica "una libertà di movimento di cui si può anche essere privati" (Boella 1995, p. 128).

Riconsideriamo per esempio la schiavitù praticata nel Nuovo Mondo. Sono proprio le capacità che gli schiavi possiedono in quanto umani che vengono sfruttate in vista del lavoro o del piacere. Ma sono umani (solo) nella carne, non per la parola, quella parola che conferisce l'insostituibile unicità a un individuo non rimpiazzabile. Privati del logos, della capacità politica di prendere la parola, di produrre il nuovo – della libertà, insomma – la vita degli schiavi diventa la mera esistenza (*die nackte Existenz*) di un essere umano biologico. Non più la vita umana singolare, "il lasso di tempo che intercorre fra una nascita e una morte", ossia *una* vita, la vita di qualcuno (narrabile in una biografia), ma la vita senza altra qualificazione, che quindi "in un certo senso non conosce né inizio né fine, né nascita né morte" (Moscati 2005, pp. 111-112). La singolarità, allora, non è un dato naturale ma un effetto politico, e come tale è esposta alla possibilità di scomparire, "o meglio di dis-apparire, cioè di uscire dallo spazio dell'apparenza" (ivi, p. 114). Osserva anche Arendt: "L'esperienza più radicale di sparizione è la morte e *ritirarsi dalle apparenze equivale a morire*" (Arendt 1986, p. 163, corsivo mio). Se la differenza che intercorre fra le singolarità può venire meno, in che senso è assoluta? Se l'esposizione all'altro – l'essere-fra, dunque lo spazio plu-

rale dell'apparenza – è la condizione trascendentale di ogni agire determinato, dunque di ogni identità singolare, il mero stare insieme non è sufficiente per accedere a quel tessuto di relazioni reciproche che forma la pluralità. La sitatezza è ovviamente un fatto basilare e primario, ma non coincide con il riconoscimento, che posso perdere ritrovandomi senza cerchia e privo di socialità.

Certo, in una società schiavista gli schiavi lavorano. Ma non sempre fabbricano oggetti durevoli, né creano opere, attestando la facoltà di costruire e trasformare in mondo l'ambiente che li circonda. Tanto meno agiscono. Il paradigma del lavoro è quello delle piantagioni: si producono beni destinati a essere consumati. La stessa capacità riproduttiva dello schiavo viene trattata come se fosse una macchina di cui si può aumentare o diminuire la produttività, quasi che il ventre fosse un bene gestito dai proprietari per allevare forza-lavoro. La loro singolarità è riconosciuta solo occasionalmente, negata in molte altre circostanze (quando si tratta di sostituirli, acquistarli o venderli sono “uno qualsiasi”). Benché siano in possesso di tutte le proprietà tangibili associate all'umanità (linguaggio, corpo abile, facoltà di apprendimento), gli schiavi sono privi del diritto di risiedere in un mondo dove non è stato riservato loro un posto pubblicamente riconoscibile.<sup>25</sup> L'esaltazione della “vera” umanità – l'ideale di una “iper-umanità”, come la chiama Simona Forti (2004, p. XIX) – implica una ripartizione gerarchica degli esseri di una stessa specie, nonché la messa al bando di chi a quella iper-umanità non appartie-

25. A proposito di tali forme di agire che restano prive di riconoscimento, si legga questo passo di Frederick Douglass, riferito agli afro-americani dopo l'emancipazione dalla schiavitù: “Is it not astonishing that, while we are ploughing, planting, and reaping, using all kinds of mechanical tools erecting houses, constructing bridges, building ships, working metals of brass, iron, copper, silver, and gold; that, while we are reading, writing and ciphering, acting as clerks, merchants and secretaries, having among us lawyers, doctors, ministers, poets, authors, editors, orators, and teachers; that, while we are engaged in all manner of enterprises common to other men, digging gold in California, capturing the whale in the Pacific, feeding sheep and cattle on the hill-side, living, moving, acting, thinking, planning, living in families as husbands, wives, and children, and, above all, confessing and worshipping the Christian's God, and looking hopefully for life and immortality beyond the grave, we are called upon to prove we are men!” (Douglass 1950, p. 191). Si tratta di un problema di *acknowledgement* (che valore assegno a quello che vedo?) non di identificazione (con chi ho a che fare?).

ne, rientrando fra gli esseri umani solo nella carne.<sup>26</sup> I processi di singolarizzazione non vanno dunque confusi con l'individuazione (tanto meno con la tendenza a considerare gli individui persone autonome detentrici di diritti soggettivi). Nelle piantagioni, come nei campi di concentramento, schiavi e internati vengono al tempo stesso individuati e de-singolarizzati.

Quale conclusione trarre da queste osservazioni? Mi sembra che si debba respingere l'idea secondo cui l'incorporazione, in quanto ci radica in uno stato di costituiva esposizione, assicuri l'unicità. Non è solo l'identità inesposta a essere priva di riconoscimento; al contrario: è proprio l'esposizione di certi corpi in certi contesti che condanna a una mera vita empirica, non personalizzata mediante la parola. Il punto non riguarda tanto la distinzione fra il mero apparire – la nostra fatticità – e l'attivo esibirsi o autoesporsi, ma una differenza *di scena*. Gli schiavi non hanno una scena pubblica e condivisa di comparizione, ossia uno spazio politico di reciproca e interattiva esibizione. Uno spazio che permetta loro di uscire da uno stato di relativo isolamento e di accedere a una pluralità di rapporti sociali; di formare socialità, di "entrare in società", se si vuole dire così (alla fine di *Le origini del totalitarismo* Arendt distingue fra la solitudine scelta e l'isolamento di esseri umani espulsi dalla convivenza sociale e lasciati a se stessi [2004, p. 638], una eventualità a cui Arendt stessa, esiliata, ebrea non sionista, donna in un dominio intellettuale maschile, non era estranea). Ed è proprio il venir meno dello spazio dell'apparire che riduce la vita dello schiavo, il *bios*, a vita meramente biologica, a *zoe*. Non è che le loro vite non lasciano traccia. È che chi sta loro attorno ignora che gli schiavi abbiano una vita da condurre e lascino dietro di sé una storia.

Nelle *Origini del totalitarismo* si vede bene che "il senso delle

26. Giunti in America *come schiavi* non è mai stato necessario accanirsi per negare l'umanità degli afro-americani: non c'è bisogno di negare quello che non è stato mai posto. D'altra parte, il fatto che i piantatori violentassero sessualmente e manifestassero dei comportamenti sadici nei confronti degli schiavi dimostra quanto fosse loro difficile non riconoscere l'umanità delle loro vittime. Il sadismo nei confronti di un oggetto non ha senso – se non quando vi si trasferiscono alcune caratteristiche degli umani.

parole e delle azioni” non è un qualcosa di dato, ma può essere annullato in certe condizioni, nei campi per esempio. Nei casi della schiavitù e dell’internamento, a questo annullamento si aggiunge un ordine simbolico che svaluta certi tipi di individui, trattandoli come *specimen* di un’intera classe, secondo un processo contrario a quello che ci differenzia e ci singularizza. A essere identificato non è il *chi* vivente quale si mostra nel flusso dell’azione e del discorso, ma la sua tipizzazione, il *che cosa* quel soggetto è – la sua identità generica e stereotipata (di ruolo o di genere o di razza).

Arendt ha colto con lucidità il rischio della de-singularizzazione e della nientificazione. La domanda: perché c’è qualcuno piuttosto che nessuno o niente?, non è solo astrattamente filosofica. La singularità lasciata a se stessa e privata dell’intersezione con altre singularità accoglienti diventa mera riproduzione biologica della vita. Non è neppure un caso che Arendt avvertisse la necessità di porre la questione dell’umano in “tempi oscuri”, per dirla con Wittgenstein (ma anche con Brecht, ripreso da Arendt, la quale, a sua volta, scrive sotto l’urto della catastrofe totalitaria). L’istituzione centrale dei regimi totalitari, i campi di concentramento, sono strutture organizzate per la produzione seriale e incessante di esseri senza volto,<sup>27</sup> generici e impersonali fino al limite dell’indistinzione somatica. Ma il punto è più estremo e

27. Come enfatizzerebbe Lévinas, gli esseri umani hanno un viso e possono porsi di fronte a coloro che ignorano la loro umanità posando su di loro il proprio sguardo (sul potere espressivo del volto, cfr. anche l’escursione sulla sociologia dei sensi di Simmel, 1998, pp. 550-562). Non a caso presso i tikopia della Polinesia, studiati da Raymond Firth, l’infanticidio può essere commesso solo rivolgendo il viso del bambino verso il suolo. Con un’osservazione riferibile al punto in questione, Robert Antelme sottolinea come nessun internato nei lager dovesse mostrare segni che potessero farlo apparire umano e individualizzato, alterando la propria permanente negazione da parte delle SS. Il viso del deportato non solo era inutile, ma suo malgrado pericoloso – al punto che alla negazione delle SS (non tanto “io non voglio che tu sia” ma, più radicalmente, io non voglio essere posto nella condizione di riconoscere in te qualcosa di umano), occorreva aggiungere una autonegazione espressiva. “Era veramente provocare uno scandalo portare sulle nostre spalle qualche cosa del nostro vecchio viso, la maschera dell’uomo – il viso per noi stessi aveva finito per scomparire dalla nostra vita” (Antelme 1996, p. 63). L’uniforme, il cranio rasato, il dimagrimento progressivo, contribuivano paradossalmente ad assecondare tale necessità, livellando i visi e rendendo anonime e assenti le facce (“di lì quella specie di seconda fame che spingeva tutti a ritrovarsi attraverso il sortilegio dello specchio” [*ibidem*]).

inaudito: i campi riducono le diverse vite a un'unica e medesima vita, una comunità di morenti privi di quella singolarità che li distingue e differenzia, una nuda vita in tutto e per tutto identica (se la nostra vita biologica potesse prendere forma e apparire, osserva Arendt [1986, p. 110], "ci assomigliremmo tutti"). Sotto questo profilo i campi rappresentano un tentativo di ri-naturalizzare l'umano, *fabbricando* (e non solo sterminando) una massa di esemplari interscambiabili, riportati a una sorta di spettrale eguaglianza primaria e ricondotti al comune denominatore di un indistinto materiale organico.<sup>28</sup> Nel campo *c'è ancora vita*, ma una vita puramente biologica, senza mediazione culturale, separata dalle forme discorsive in cui si articola, sospesa tra l'umano e l'inumano. Nelle parole, spesso citate, di Arendt: "Il dominio totale, che mira a organizzare gli uomini nella loro infinita pluralità e diversità come se tutti insieme costituissero un unico individuo, è possibile soltanto se ogni persona viene ridotta a un'immutabile identità di reazioni, in modo che ciascuno di questi fasci di reazioni possa essere scambiato con qualsiasi altro. Si tratta di fabbricare qualcosa che non esiste, cioè un tipo umano simile agli animali, la cui unica 'libertà' consisterebbe nel 'preservare la specie'" (Arendt 2004, p. 599). In tale situazione-limite,<sup>29</sup> "premen-

28. Non è questa la sede per discutere il concetto di biopolitica (la politica biologica della popolazione promossa a partire dall'Ottocento al fine di monitorare la quantità e la quantità degli individui nel quadro di uno Stato-nazione). Contro una sua interpretazione unilaterale, basti sottolineare che l'affermazione del potere dello Stato sul corpo degli individui (non il corpo-macchina ma il corpo capace di riprodurre vita) ha anche una faccia "positiva", rappresentato dal *welfare state*. Le tecniche di eugenetica, l'uso dello Stato per "migliorare" la razza attraverso pratiche di sterilizzazione di "pezzi difettosi", sono state esercitate negli anni trenta anche nella socialdemocratica Svezia e in molti Stati dell'America del Nord.

29. Tale circostanza, pur estrema, non è però inverosimile: una delle tesi di Arendt è che l'agire è infinitamente improbabile, e che la pluralità è una condizione fragile, che rischiamo di disperdere (2003, p. 18), due circostanze in virtù delle quali l'esito totalitario guadagna una sua plausibilità. Senza neppure chiamare in causa i campi, si pensi a come i regimi totalitari trasformino la partecipazione nello spazio pubblico in una grottesca appendice dello Stato: adunate, adesioni plebiscitarie e altre situazioni in cui si agisce su comando, senza aver partecipato al momento iniziale, generativo, dell'azione. Il commento di Arendt, "tutto questo non sarebbe dovuto accadere", è sia un'esclamazione morale (indignata) per la cancellazione dell'imprevedibilità dell'agire umano, che un riconoscimento dell'imprevedibilità di quanto accaduto, ossia la presa d'atto che se persino la datità della condizione umana è oggetto di sperimentazione e annientamento, allora davvero tutto è possibile.

do gli uomini uno contro l'altro", lo spazio *fra* gli esseri umani – la pluralità – sparisce, lasciando al suo posto “un unico uomo di dimensioni gigantesche” (ivi, p. 638).<sup>30</sup>

È qui necessario ritornare su un punto importante. L'idea che la singolarità “si incarni” nel corpo, corpo che ne rappresenterebbe “la base” o “il presupposto”, è poco perspicua. Al di fuori del mondo della finzione, non si dà singolarità senza corpo. Singolarità e corpo, in altre parole, sono tutt'uno, e allora il secondo non può essere la base di quanto – la singolarità – in sua assenza semplicemente non si dà.<sup>31</sup> La singolarità, allora, non presuppone corpi capaci di esprimere ma è, consiste in quelli (nel senso che il corpo vivo, espressivo, è il paradigma per l'attribuzione di singolarità – è parte del concetto di singolarità). Prova ne sia, appunto, che quando i corpi sono (resi) incapaci di esprimere, non si dà altra presenza se non quella (impropria) dei numeri e delle “cose” (degli internati viene identificato solo il “che cosa” essi siano; anzi, diventano “una cosa” *tout court*). Non a caso venivano designati o con il numero – marchio che si imprime al bestiame, numerato, appunto, non battezzato – o con il neutro singolare (*Es*: non un Lui o una Lei ma [il] Ciò). Lo stesso nuovo arrivato veniva denominato *Zugang*, che in tedesco è termine astratto, amministrativo, e significa non persona nuova ma “ingresso”,

30. Per un'analisi dello specifico lavoro di disumanizzazione degli ebrei e degli afroamericani, e in particolare per la negazione della loro unicità, rimando rispettivamente a Sparti 2003 (cap. 5) e Sparti 2007 (capp. 2 e 6). Cfr. anche Pollack 1990. Per l'analisi di un caso sovietico di disindividualizzazione della vita, cfr. Havel 2004, soprattutto il § 5, pp. 154-157.

31. Si potrebbe però adottare la posizione di Lynne Baker, secondo cui noi persone, pur costituite dal nostro corpo, *non siamo identici* al corpo. La relazione di costituzione è la medesima che sussiste fra il David di Michelangelo e il blocco di marmo in cui consiste. La statua è costituita dal blocco di marmo ma non è identico a esso (e tuttavia nemmeno è quel blocco di marmo *più l'aggiunta* di qualcos'altro, come fosse meramente associata o connessa al blocco: non esiste un mondo possibile in cui la statua si dia senza il blocco, laddove esiste un mondo possibile in cui il blocco esiste senza essere una statua). Il blocco d'oro una volta fuso mantiene il suo valore, non così la scultura, la quale cessa di esistere frantumando il marmo o fondendo il bronzo. Una parte del blocco è (costituisce) il naso del David, ma il blocco non ha un naso. Così mentre il David ha un naso in modo non derivato, il blocco lo ha in modo derivato. Naturalmente se non ci fosse un mondo dell'arte non esisterebbe il David (mentre il blocco di argilla potrebbe esistere anche in un mondo privo di arte). È solo in circostanze statua-favorevoli che la statua si configura. Altrimenti detto, quando determinate proprietà vengono a trovarsi in circostanze particolari, nuove proprietà emergono e nuove entità iniziano a esistere.

“entrata”. Posti in circostanze intollerabili, i corpi degli internati *non sono più* fonte di espressività umana. In tale caso (o a questo punto) non occorre (più) essere ciechi all’umanità dell’altro, poiché, oltrepassato il limite antropologico del richiamo a certe forme espressive, non vi è più *nulla di umano da riconoscere*. In questo senso la domanda corretta rispetto agli orrori commessi nei campi non è: “come è stato possibile infliggere tali atrocità a degli esseri umani?”, ma: “quali procedure e quali dispositivi hanno potuto spogliare gli esseri umani della loro singolarità, producendo un tipo umano che è mero esponente della specie?”<sup>32</sup>

### Conclusione

In questo contributo ho voluto mostrare quanto segue: se si prende atto della singolarità quale nostra condizione costitutiva, si scopre come a contare non sia la nostra *comune e compiuta* umanità quanto un *divenire-umani* sempre in gioco, perciò sempre in pericolo di non trovare un aggancio nell’istituzione politica della pluralità. L’umanità è sia un dato biologico che un modo d’essere appreso; per questo ha senso affermare che gli umani non sempre “possiedono” umanità; per questo ha senso affermare, di quest’ultima, che può essere “persa” e che deve essere “ritrovata”; che dobbiamo ri(ac)cordarci (al)la nostra umanità.<sup>33</sup>

32. In questo modo, soggetti singolari, animati da un volto, un nome e una storia non intercambiabile, vengono trasformati in esseri assolutamente inermi (la condizione non del tutto individuata dell’infanzia). Pure la loro soppressione “a caso” e in massa – non uno a uno – toglie loro la singolarità.

33. L’umanità degli esseri umani, osserva Arendt in un saggio inedito (1995, p. 59), “si costituisce e si fonda sulla duplice vittoria su quell’aspetto animale della vita, che è insito nella condizione umana, ma non caratteristico dell’umanità dell’uomo: la vittoria sulla violenza muta, un tipo non-umano di azione, e la vittoria sul lavoro, un tipo non-umano di attività”. Un altro autore per il quale è cruciale proprio l’orizzonte dell’umano è Stanley Cavell, che affronta la domanda: cosa significa essere umani?, proprio nel corso di una discussione sull’aborto (2001, p. 373 sgg). Qui leggiamo, fra l’altro: “Se ha senso riferirsi al *vedere* qualcuno *come* un essere umano è perché possiamo immaginare situazioni nelle quali gli individui abbiano momentaneamente smarrito questa capacità/volontà” (ivi, p. 37). Cavell non intende affatto asserire che in ciascuno di noi vi sia qualcosa di essenziale o di condiviso che reagisce di fronte alla presenza della medesima essenza in altri esseri umani, rincorrendo un presunto *fondo residuo di umanità comune*. Ben diversamente, proprio perché possiamo diventare indifferenti nei confronti dell’altro e *perdere contatto* con quella che chiamiamo la nostra umanità, l’*acknowledgement* non è garantito a priori.

Nel corso dell'analisi, me ne rendo conto, ho tendenzialmente "spostato" l'azione dal lato del "tra" in cui cade, così come ho sbilanciato la singolarità verso la pluralità, concentrandomi soprattutto sul come e sul perché l'attore che si rivela nell'azione viene riconosciuto, sull'aspetto dell'attualizzazione; insomma, sul cosa succede nel mondo, tra gli altri; non tanto chi nasce, ma come gli altri accoglieranno la nascita, e a cosa questa darà inizio. È grazie a tale "accoglienza" che una creatura biologica determinata diventa umana, cioè singolare e distinta. Resta però il fatto che qualcosa prima c'era, un fascio di bisogni e interessi vitali. L'agire fa nascere qualcuno che è capace di trascurarli, *ma che prima deve averli*. Agli schiavi e ai prigionieri dei campi gli interessi della vita premono molto; la loro de-singolarizzazione non li nientifica: li rende corpi bisognosi. Analogamente, la circostanza che l'umanità possa essere revocata non nega che questa sia una "proprietà". Una proprietà può essere data e tolta pur rimanendo parte del soggetto che ce l'ha (potenzialmente o effettivamente). Solo così si può insistere sulla circostanza che l'umanità abbia valore comunque, che l'attitudine a conferirla ci sia o che questa attitudine venga meno.

D'altra parte, ricondotti alle necessità biologiche, gli esseri umani perdono quell'imprevedibilità e quelle differenze che sono il frutto e la conseguenza della singolarizzazione e della libertà. "In tali condizioni – rileva Arendt nel saggio che chiude *Le origini del totalitarismo* – non rimane altro che lo sforzo bruto, compiuto per mantenersi in vita." Per non essere troppo oggettivisti, insomma, occorre articolare il carattere fattuale degli esseri umani (e della loro pretesa alla vita) con le forme in cui questa umanità viene o non viene riconosciuta. Altrimenti la questione dell'umano verrà integralmente riassorbita dal sapere biologico. E per la maniera in cui ci interessa parlarne, non è tanto la verità muta degli esami del Dna, della scansione della mano o della registrazione digitalizzata dei volti a essere rilevante, quanto i vari modi di prendere atto dell'infinita finitudine degli umani.

### Riferimenti bibliografici

- Antelme, R., 1996, *La specie umana* (1953), Einaudi, Torino.
- Arendt, H., 1986, *La vita della mente* (1978), il Mulino, Bologna.
- 1995, *Karl Marx e la tradizione del pensiero politico occidentale* (1953), a cura di S. Forti, "MicroMega", 5, pp. 35-108.
  - 1997, *Vita activa. La condizione umana* (1958), a cura di A. Dal Lago, Bompiani, Milano.
  - 2001, "Che cos'è la filosofia dell'esistenza" (1946), in *Archivio Arendt 1. 1930-1948*, a cura di S. Forti, Feltrinelli, Milano, pp. 197-221
  - 2003, *Archivio Arendt, 2. 1950-1954*, a cura di S. Forti, Feltrinelli, Milano.
  - 2004, *Le origini del totalitarismo* (1951), Einaudi, Torino.
  - 2006a, *L'umanità in tempi bui. Riflessioni su Lessing* (1960), a cura di L. Boella, Raffaello Cortina, Milano.
  - 2006b, *Che cos'è la politica* (1955), Einaudi, Torino.
- Austin, J.L., 1974, *Quando dire è fare* (1962), Marietti, Genova.
- Baker, L.R., 2007, *Persone e corpi. Un'alternativa al dualismo cartesiano e al riduzionismo animalista* (2000), Bruno Mondadori, Milano.
- Benveniste, E., 1994, "Struttura delle relazioni di persona nel verbo" (1946), in *Problemi di linguistica generale*, il Saggiatore, Milano.
- Boella, L., 1995, *Agire politicamente. Pensare politicamente*, Feltrinelli, Milano 2005<sup>2</sup>.
- Boltanski, L., 2007, *La condizione fetale. Una sociologia della generazione e dell'aborto* (2004), Feltrinelli, Milano.
- Boyle, M., 1997, *Re-Thinking Abortion*, Routledge, London.
- Butler, J., 2006, *Critica della violenza etica* (2005), Feltrinelli, Milano.
- Cavarero, A., 1997, *Tu che mi guardi, tu che mi racconti*, Feltrinelli, Milano.
- Cavell, S., 2001, *La riscoperta dell'ordinario* (1979), a cura di D. Spati, Carocci, Roma.
- Douglass, F., 1950, "The meaning of July 4<sup>th</sup> for the Negro", in *The life and writings of Frederick Douglass*, vol. II: *Pre-civil war decade, 1850-1869*, a cura di P.S. Foner, International Publishers, New York.
- Duden, B., 2006., *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne* (2002), Bollati Boringhieri, Torino.
- Forti, S. (a cura di), 2004, *La filosofia di fronte all'estremo. Totalitarismo e riflessione filosofica*, Einaudi, Torino.
- 2006, *Hannah Arendt oggi. Ripensarne l'eredità tra il femminismo e*

- Foucault*, in F. Fistetti, F.R. Recchia Lucani (a cura di), *Hannah Arendt. Filosofia e totalitarismo*, il Melangolo, Genova.
- Habermas, J., 2002, *Il futuro della natura umana: i rischi di una genetica liberale* (2001), Einaudi, Torino.
- Havel, V., 2004, *Storie e totalitarismo* (1987), in Forti 2004.
- Markell, P., 2006, *The Rule of the People: Arendt, Arché, and Democracy*, "American Political Science Review", 1, pp. 1-14.
- Merleau-Ponty, M., 1965, *Fenomenologia della percezione* (1945), il Saggiatore, Milano.
- Moscato, A., 2005, *Biopolitica e singolarità in Hannah Arendt*, "aut aut", 328, pp. 99-118.
- Pasolini, P., 1976, *Lettere luterane*, Einaudi, Torino.
- Pirandello, L., 1994, *Uno, nessuno, centomila* (1926), Einaudi, Torino.
- Pollak, M., 1990, *L'expérience concentrationnaire. Essai sur le maintien de l'identité sociale*, Métailié, Paris.
- Simmel, G., 1998, *Sociologia* (1983), Edizioni di Comunità, Torino.
- Solomon, R.C., 1984, *Reflections on the meaning of (fetal) life*, in W.B. Bondeson et al. (a cura di), *Abortion and the Status of the Fetus*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht-Boston-Lancaster, pp. 209-228.
- Sparti, D., 2003, *L'importanza di essere umani. Etica del riconoscimento*, Feltrinelli, Milano.
- 2007, *Musica in nero. Il campo discorsivo del jazz*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Théry, I., 2006, *Avortements, engendrement et singularisation des êtres humains*, "Annales. Histoire, Sciences Sociales", 2, pp. 483-503.
- Thompson, J.J., 1972, *A Defence of Abortion*, "Philosophy and Public Affairs", 1, pp. 37-65.
- Weber, M., 1958, "L'oggettività conoscitiva della scienza sociale e della politica sociale" (1904), in *Il metodo delle scienze storico-sociali*, Einaudi, Torino.

## Archivio Enzo Paci

A oltre trent'anni dalla morte di Enzo Paci, con il moltiplicarsi degli studi e delle iniziative legate alla sua opera, l'Archivio chiede a chi ha scritto e scriva su Enzo Paci di voler gentilmente inviare copia del proprio lavoro all'Archivio stesso. Lo scopo evidente è quello di riunire e fare conoscere lavori e ricerche, e i loro autori, per favorire altri studi. Nello stesso tempo si intende garantire la presenza di una collezione completa di scritti di e su Enzo Paci nel luogo che ne conserva manoscritti e biblioteca.

L'invito si rivolge anche a chi abbia scritto una tesi di laurea o una dissertazione di dottorato su Enzo Paci e/o sul contesto culturale in cui si è mossa la sua attività. Al momento la collezione è parziale e sembra utile completarla. Si potrà in questo modo compilare anche un elenco degli studiosi interessati.

Inoltre si è avviata l'acquisizione e la catalogazione dell'epistolario. Chiediamo pertanto a chi sia in possesso di lettere di Enzo Paci di collaborare, inviandoci fotocopia delle lettere; se ne ha tenuto copia e non ha nulla in contrario, sono benvenute anche fotocopie delle lettere del corrispondente.

L'indirizzo al quale inviare il materiale è:

**Archivio Enzo Paci  
via Beato Angelico 5  
20133 Milano**

Ringraziamo tutti anticipatamente e raccomandiamo di accludere al materiale anche il proprio recapito.

