

TIGOR

rivista di scienze della comunicazione e di argomentazione giuridica



I—2022

Direttore responsabile:

Maria Stella Malafronte

Comitato scientifico:

Francisco Javier Ansuátegui Roig (Universidad Carlos III de Madrid), Giampaolo Azzoni (Università degli Studi di Pavia), Giuseppe Battelli (Università degli Studi di Trieste), Giliberto Capano (Università degli Studi di Bologna), Michele Cortelazzo (Università degli Studi di Padova), †Franco Fileni (Università degli Studi di Trieste), Cristina Garcia Pascual (Universidad de Valencia), Maurizio Manzin (Università degli Studi di Trento), Pierpaolo Marrone (Università degli Studi di Trieste), Saul Newman (Goldsmiths University - London)

Comitato di redazione:

Pietro Adamo, Eugenio Ambrosi, Elvio Ancona, Adriano Ballarini, Elena Bettinelli, Gigliola Bridda, Federico Casa, Paola Chiarella, Marco Cossutta (*direttore scientifico*), Andrea Favaro, Enrico Ferri, Marina Lalatta Costerbosa, Massimo La Torre, Paolo Moro, Federico Puppo, Gabriele Qualizza, Augusto Romano, Alberto Scerbo, Antonella Tafuri (*direttore editoriale*), Antonio Vernacotola Gualtieri d'Ocre, Daniela Zamolo

www.rivistatigor.scfor.units.it

Registrazione Tribunale di Trieste di data 16 marzo 2009 n. 1190

ISSN 2035-584X

Tigor (Trieste)

©Copyright



Tigor. Rivista di scienze della comunicazione e di argomentazione giuridica

A. XIV (2022) n. 1 (gennaio-giugno)

Sommario

Presentazione

3 Elena Bettinelli

Narrazioni culturali, mediche e pratiche del corpo. Il confine ambiguo fra salute (ordine) e malattia (disordine)

15 Daniela Zamolo

*The dark side of organizational change management.
A few notes from a theoretical perspective*

20 Luca Barchiesi

Dal fatto al dato: il 'rasoio di Occam'

31 Arianna Maceratini

Tensioni e prospettive della democrazia deliberativa habermasiana nell'emergenza da Covid-19

46 Persio Tincani

Diritto e libertà

56 Marco Cossutta

Sulla giurisprudenza come fonte del diritto

72 Valentina Monateri

Pietro Spica, Lorenzo Pezzica, Storie d'anarchia per 50 ritratti. Racconto corale di immagini, sogni, canzoni e storie. Prefazione di Michele Serra, pp. 300, Milano, Shake Edizioni, 2021

Presentazione

Il primo fascicolo del 2022 si apre con un saggio di Elena Bettinelli, la quale si sofferma sulle *Narrazioni culturali, mediche e pratiche del corpo* concentrando la propria attenzione sulle modalità in cui il contesto culturale influisce e determina di volta in volta il significato di termini quali salute e malattia. A questo primo contributo segue un'indagine condotta da Daniela Zamolo sul "lato oscuro" della gestione aziendale con particolare riguardo al cambiamento organizzativo.

L'articolo di Luca Barchiesi apre la serie dei contributi più propriamente giuridici, l'autore, cultore di discipline privatistiche, affronta una questione prettamente informatico-giuridica concentrando la sua attenzione sulle relazioni fra intelligenza artificiale e scienze cognitive. A questo segue un saggio di Arianna Maceratini incentrato sulla tutela dei diritti e della libertà fondamentali nell'esperienza dell'emergenza sanitaria dovuta al Covid-19; l'autrice nell'affrontare l'argomento di ricollega al pensiero di Habermas.

I contributi di Persio Tinca e di Marco Cossutta sono stati presentati nel giugno scorso quali relazioni al seminario *Che cos'è il diritto* organizzato dal professore Enrico Ferri presso l'ateneo telematico "Niccolò Cusano" di Roma (all'iniziativa hanno partecipato anche Giuseppe Cricenti, Francesco Romano, Fabrizio D'Amico, Javier Ansuategui e Francesco Mancuso).

Il contributo di Valentina Monateri, una ragionata presentazione del recente volume di Pietro Spica e Lorenzo Pezzica, *Storie d'anarchia per 50 ritratti*, chiude il numero.

Si dà altresì notizia che dal primo al quattro settembre si terrà la decima edizione della Scuola Estiva Arpinate, organizzata dalla Unicu-

sano, auspice il professore Enrico Ferri, dedicata al tema "Lavoro e insegnamento universitario nell'era della rivoluzione telematica".

Narrazioni culturali, mediche e pratiche del corpo. Il confine ambiguo fra salute (ordine) e malattia (disordine)

Elena Bettinelli

ABSTRACT

Il testo analizza le modalità attraverso cui la cultura costruisce il corpo e influenza il significato di salute e malattia, attraverso simboli, rituali, linguaggi, prospettive e impostazioni metodologiche.

The text analyzes the ways culture constructs the body and influences the meaning of health and disease, through symbols, rituals, languages, perspectives and methodological approaches.

PAROLE CHIAVE

CORPO; MEDICINA; SALUTE;
MALATTIA; CULTURA;
USI SOCIALI DEL CORPO.

KEYWORDS

BODY; MEDICINE; HEALTH; ILLNESS;
DISEASE; CULTURE;
SOCIAL USES OF THE BODY.

1. IL CARATTERE COSTRUITO DELLA CORPOREITÀ

Un certo novero di discipline e, all'interno di queste, diversi pensatori hanno dibattuto sulla relazione che oppone e ricompone le dimensioni di natura e cultura.

In questo senso il corpo umano rappresenta un eccezionale "studio sul campo" per comprendere quanto affine e allo stesso tempo divergente, sia il rapporto fra le componenti biologiche che ne fondano esistenza, limiti, potenzialità e quelle culturali che lo descrivono, lo trasformano in oggetto simbolico e comunicativo.

Innanzitutto è opportuno porre una premessa riguardante non soltanto lo specifico tema preso in analisi, ma che investe l'intero apparato culturale in qualità di assetto astratto e pragmatico al tempo stesso con caratteristiche definite e codificate.

In qualsivoglia sistema culturale di riferimento, il corpo, come del resto le concezioni

di salute, malattia, privazione, danno, sofferenza fisica e dell'animo non rappresentano realtà inoppugnabili, ma sono circondate da un'aura di arbitrarietà seppur implicita e non del tutto consapevole.

In ogni gruppo umano emergono e agiscono rappresentazioni, pratiche, contenuti, rituali relativi a qualsivoglia oggetto che rivesta un significato di natura culturale, pubblico e condiviso.

In tal senso trovano forza demiurgica alcuni elementi costitutivi del processo di affermazione culturale: tra questi annoveriamo le credenze dominanti, un insieme di asserzioni sull'esistenza di fenomeni che non trovano conforto da prove e testimonianze, ma che nondimeno rappresentano un solido sostrato di certezza e di valori condivisi dal gruppo e dai singoli individui, sulla cui base si fondano i giudizi sull'agire¹.

¹ Cfr. S. Abbruzzese, *Modernità e individuo*, Brescia, 2016, pp. 13 e ss.

Tra questi, il corpo si configura come realtà intessuta di narrazioni, simboli e rappresentazioni, un “oggetto” costruito e negoziato culturalmente su più livelli e su diverse dimensioni.

Per quanto possa sembrare una operazione contro-intuitiva, il corpo non può essere definito qualcosa di intrinsecamente naturale, ma rappresenta piuttosto un termine all'interno del quale trovano collocazione numerose visioni della realtà e differenti esperienze di vita.

Le immagini che giungono dagli studi socio-antropologici ci consegnano corpi dalle fattezze innaturali, scarificati, costretti, dipinti, deformati, agghindati da orpelli tali da inibirne le funzioni.

Appare quindi ragionevole ritenere che il corpo che natura fuoriesce viene in un certo senso accreditato ed inserito in un ordine significativo soltanto successivamente ad una pianificazione² che lo renda appetibile secondo canoni di estetica, sacralità, rappresentazione che ne decretino, per così dire, la fruibilità condivisa ad un livello simbolico.

Infatti, sebbene presenti varietà somatiche, polimorfismi e variabili genetiche, il corpo in quanto apparato biologico può a buon diritto essere considerato come qualcosa di universale, la cui fisicità si impone trasversalmente ad ogni tentativo di categorizzazione etnica e persino “razziale”.

Vi è tuttavia un altro dato che può essere considerato pressoché universale, e cioè la necessità avvertita da qualsivoglia gruppo umano di modificarne fattezze e fisionomia, quasi che esso, nella sua struttura biologica comune, non sia in grado di veicolare l'enorme rarefazione semantica propria a ciascuna cultura. Il corpo, dunque, va sottratto al dominio della natura e inserito nel fertile terreno culturale dove ogni tratto è segno, ogni diversità è significazione, ogni confronto è alterità.

Nella modernità post-industriale appare particolarmente significativo il fatto che esso diventi un veicolo del sé e di come l'individuo vorrebbe essere percepito e rappresentato. Il corpo diventa allora un oggetto di osservazione e confronto su cui si riverbera un intreccio

² Si veda la concezione del “corpo-progetto” in A. Giddens, *Identità e società moderna*, Napoli, 1999.

di valori antagonisti e pur compresenti, una intersezione fra la sfera individuale tesa all'aspirazione soggettiva e quella sociale, depositaria e custode di accettazione reciproca. Dimensioni quali peso, statura e forza, al pari di estetica e salute, divengono altrettanti criteri attraverso cui giocare visibilità, apprezzamento e congruenza tra ciò che si vorrebbe essere e ciò che si è³.

2. STORIA DELLA BIOMEDICINA:

UN ACCAVALLARSI DI PARADIGMI, CREDENZE, SELEZIONI, OMISSIONI

Una delle attuali definizioni di medicina suggerisce che questa rappresenta «in un dato contesto storico, l'assetto delle forme culturali, comportamentali e organizzative concernenti, grosso modo, la difesa della salute e dell'equilibrio psichico»⁴.

Nel corso del XIX secolo si rende necessaria la costruzione di un sapere medico ufficiale, accreditato, scientifico. L'idea stessa di ‘sistema medico’ avrebbe consentito di qualificare l'intero campo dei saperi, pratiche e rappresentazioni della biomedicina, considerandolo strutturato in una complessità organizzata - un “sistema”, per l'appunto - i cui elementi fossero connessi in una relazione sia funzionale che causale⁵. In tal modo questa medicina, brillante e patinata, ha acquisito una fisionomia autonoma, indipendente e facilmente identificabile rispetto a paradigmi medici esterni, ma anche rispetto a correnti interne, medicine “popolari”, “alternative”, “complementari”, in rapporto alle quali si poneva come dominante, godendo della più alta autorevolezza.

Foucault, in particolare, illustra i cambiamenti inerenti alla professione medica, soffermandosi sul modo di guardare alla malattia, un insieme di sintomi, segnali cioè significativi, provenienti dal corpo che consentono al personale specializzato di nominare e catalo-

³ Cfr. a riguardo P.G. Depretis, *Rappresentazioni sociali del corpo. Il corpo che siamo o che vorremmo essere*, Milano, 2011.

⁴ T. Seppilli, *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, Milano, 1989, p. 7.

⁵ G. Pizza, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma, 2005, p. 127.

gare le affezioni dei pazienti, esercitando nei loro confronti controllo e disciplina⁶.

Centrali sono il concetto del *regard* medico, lo sguardo medico e la riorganizzazione della conoscenza avvenuta alla fine del diciottesimo secolo.

Una narrazione istituita dalla scienza occidentale, diffusa e comunemente accettata, ha indotto a credere che vi sia una essenza, per così dire, “naturale”, “scientifica”, “controllabile” nel corpo e nella fisiologia che gli è propria.

Il cosiddetto “modello biomedico” è basato pertanto su cinque convinzioni:

1. La mente e il corpo, due realtà differenti per funzionamento e processi, vanno considerate in modo separato.
2. Il corpo è suscettibile di essere “riparato”.
3. La tecnologia è estremamente importante e la sua efficacia in campo diagnostico e terapeutico è basilare.
4. La patologia va compresa facendo riferimento a meccanismi di tipo squisitamente biologico; le dimensioni sociale, ambientale, psicologica non trovano un reale interesse.
5. L'insorgenza della malattia viene spiegata facendo riferimento all'azione di un singolo agente, rientrando in un meccanismo di tipo causa-effetto⁷.

Non vi sono dubbi che tale impianto, teorico e pratico al medesimo tempo, abbia consentito di debellare tutta una serie di patologie gravi, molte delle quali di natura epidemica che hanno afflitto aree territoriali estese per lunghi periodi. Nel contempo va riconosciuto l'enorme impatto di una serrata ricerca scientifica e tecnologica (si pensi, ad es., ai microscopi ad altissima risoluzione) che ha consentito di effettuare scoperte rivoluzionarie in campo teorico e applicativo (natura di virus e batteri, antibiotici, vaccini, trapianti e molto altro), tali da produrre un insperato innalzamento della speranza nonché della qualità di vita.

Tuttavia considerare la storia della medicina come un percorso lineare, non accidentato,

6 M. Foucault, *Nascita della clinica. Un'archeologia dello sguardo clinico*, Torino, 1996.

7 S. Nettleton, *The Sociology of Health and Illness*, Cambridge, 2006.

collettore di successi in una configurazione progressiva e cumulativa, non rappresenta una prospettiva corretta⁸.

Il cammino della scienza medica o, più precisamente di quella ufficiale, non differisce dal percorso di altre scienze: una lunga sequenza di paradigmi considerati affidabili soltanto finché non emerga un vulnus, una falla, che esigono una opera di rivisitazione del modello accreditato e fino ad allora dominante. Più volte è accaduto che una determinata pratica terapeutica ritenuta in linea con le assunzioni ideologiche di razionalità e scientificità in una data epoca, subisse successivamente un declassamento tale da essere accostata a pura e semplice superstizione. Si possono citare, ad esempio, le numerose asportazioni chirurgiche dell'utero al fine di curare l'isteria femminile, una sindrome che ha avuto una notevole risonanza in ambito biomedico e psichiatrico, ma che appare oggi all'antropologo e al medico stesso come un riflesso, una contaminazione dovuta alla vicinanza storica fra biomedicina e religione in Occidente.

Si può altresì ragionare su una pratica comunemente effettuata sui bambini sino a tempi piuttosto recenti: l'asportazione delle tonsille, delle adenoidi o dell'appendice in quanto ritenute organi inutili e persino dannosi per la crescita⁹.

L'impressione del tutto profana rispetto a un tale approccio, seppur agito in buona fede, non può che condurci a constatare che l'asportazione di un organo sano comporta il fallimento della missione medica in un quadro sia epistemologico che deontologico.

Sono stati evidenziati forti tratti socio-culturali in questo genere di operazioni, tratti che l'antropologa Veronique Moulinié ha definito nel loro insieme come “chirurgia dell'età” poiché hanno assunto la funzione di scandire in modo rituale i passaggi da una età all'altra. Tali interventi chirurgici assumeva-

8 Si consideri infatti la distinzione operata da Kuhn nel delineare la cosiddetta “scienza normale” rispetto alle “rivoluzioni scientifiche” (T. Kuhn, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Torino, 2009).

9 G. Pizza, *Antropologia medica*, cit., pp. 128-129.

no il valore simbolico di assicurare la crescita attraverso la manipolazione medica dei corpi infantili, in una riuscita complicità fra madri, chirurghi e cultura stessa, sfondo legittimante all'intera operazione. A parere di Moulinié, se da un lato molte pratiche si sono arrese a una evidenza di ordine scientifico, altre sopravvivono: il taglio del perineo durante il parto, l'estrazione dei denti cosiddetti "del giudizio" o ancora l'asportazione di utero e prostata sembrano conferire un significato simbolico ogni volta che si accede ad una diversa stagione della vita¹⁰.

Per quanto argomentato, il raccontare la storia del sapere medico come una collezione di successi, costituirebbe un'opera narrativa non solo irrealista, ma anche una sorta di falsificazione.

In una narrazione addomesticata, non soltanto viene riprodotta e rafforzata l'idea che il corpo sia un oggetto osservabile autonomamente rispetto al contesto socio-culturale in cui è calato (fenomeno più volte acclarato), ma non si prendono in dovuta considerazione i documentati effetti iatrogeni delle cure (si pensi alla farmaco-resistenza per l'eccessivo ricorso agli antibiotici), i fenomeni di dominanza medica, la dipendenza dal parere esperto o dall'espulsione di altro genere di saperi¹¹ (l'esperienza del parto, dal XIX secolo in poi, si è svolta in contesti ospedalieri e medicalizzati dove pratiche muliebri e conoscenze secolari non trovavano alcuna legittimazione¹²).

La fisicità corporea, pertanto, non si concreta – soltanto – nell'essere un collettore di cellule sane e malate, l'involucro entro cui operano meccanismi chimici, metabolici, influenze genetiche.

Tutti i processi clinici, diagnostici e terapeutici, le terminologie usate per descrivere e comunicare la patologia vanno incontro ad un processo di attribuzione di senso inserito sistematicamente in una cornice socio-culturale.

Ogni condizione corporea che viene percepita, affanno, dolore circoscritto, diffuso,

10 V. Moulinié, *La chirurgie des âges. Corps, sexualité et représentations du sang*, Paris, 1997.

11 M. Cardano, G. Giarelli, G. Vicarelli, *Sociologia della salute e della medicina*, Bologna, 2020.

12 S. Nettleton, *The Sociology of Health*, cit.

acuto, sudorazione, panico, paralisi, afflizione non rappresenta uno stato meramente fisico, un evento singolare e isolato, bensì un processo che si dispiega nel tempo e coinvolge tutta una serie di dinamiche esistenziali non solo fisiche, ma anche sociali e culturali.

Nel medesimo tempo, concetti come vita, morte, riproduzione, realtà biologiche al pari di sangue, organi, secrezioni corporee sono costruiti, negoziati, assunti come portatori di simbologie funeste o salvifiche.

La dicotomia che oppone il concetto di "sano" a quello di "malato" è essa stessa una costruzione, una dinamica selettiva in base alla quale gli opposti si configurano come complementari: l'uno trova la sua ontologia nell'assenza dell'altro.

Lo stato normale, di salute, si configura nel *Churchill's Medical Dictionary* come uno stato di benessere di un organismo o di una parte di esso, caratterizzato da una funzione normale e non affetto da malattie. La malattia è invece una condizione che altera o interferisce con lo stato di salute di un organismo, caratterizzata da un anomalo funzionamento di uno o più sistemi.

Non si tratta qui di polemizzare su un percorso scientifico ricco di studi doviziosi e che negli ultimi due secoli ha garantito evidenti risultati.

I problemi che si presentano sono di due tipologie:

1. la malattia in tale concezione appare come un dato assolutamente oggettivo, osservabile e verificabile, un fatto concreto definito in base a parametri che escludono la percezione soggettiva del paziente che partecipa alla formulazione della diagnosi attraverso il suo racconto (una lettura clinica dei sintomi) o mostrando i suoi segni corporei allo sguardo del medico.

Come è stato evidenziato, la storia della biomedicina non differisce dal percorso di altre scienze. Essa risente del contesto sociale della ricerca scientifica diretto non tanto a concepire un paradigma rivoluzionario teso alla riformulazione di teorie socialmente e comunemente accreditate, bensì ne costituisce

un prosiegno. Teorie e pratiche che, un tempo, venivano considerate prove di scientificità, in epoca successiva vengono additate come il prodotto di superstizione e ignoranza.

La storia si presta a diversi esempi. I salassi, ad esempio, rappresentano una forma di pratica terapeutica insistita e utilizzata abbondantemente nei secoli passati.

Questo sta a significare che la veridicità, la correttezza scientifica non appartengono ad un territorio conoscitivo nel quale determinate idee sono garantite, bensì è necessario esporsi alle concrete esperienze a cui gli uomini vanno incontro. La scoperta scientifica dunque è dipendente da un contesto culturale, storico, di accadimenti concreti entro cui le ipotesi trovano un riscontro positivo e negativo.

Come ebbe a dire Gregory Bateson, la scienza non prova alcunché. Egli ritiene che la scienza sia un modo di percepire e di dare senso a quanto percepito. Tuttavia, l'acquisizione di informazioni opera su una percezione di differenza e questa è sempre limitata da una soglia: le differenze troppo lievi o presentate troppo lentamente non offrono nulla su cui argomentare. Da ciò consegue che la conoscenza scientifica è sempre funzione della soglia dei mezzi di percezione di cui si dispone e della loro sensibilità. La scienza, in quanto metodo di percezione, ha - a suo giudizio - una capacità delimitata di raccogliere i segni esteriori e visibili di ciò che può essere verità: essa pertanto non prova, esplora¹³.

2. Le dicotomie mente/corpo; salute/malattia; caos/ordine partecipano ad una narrazione culturale ben nota che vede nell'opposizione o/o il criterio definitorio attraverso cui interpretare la realtà.

Un concetto-base su cui la medicina ufficiale (biomedicina, scientifica, allopatrica) ha lavorato per molto tempo è la separazione mente-corpo.

Oggi, a dire il vero, tale concetto ha trovato una maggior apertura e diverse riformulazioni tese a rivedere il dualismo di partenza.

13 G. Bateson, *Mente e natura. Un'unità necessaria*, Milano, 1984, pp. 46-47.

Ad esempio nella trattazione del trauma e della sindrome da stress post-traumatico, il binomio mente-corpo riappare immediatamente, nel palesare che uno strappo psicologico di una certa entità ha delle innegabili ripercussioni a livello fisico (es. secrezioni degli ormoni dello stress) quando il contesto ambientale ricorda il trauma subito. Il corpo torna automaticamente in una situazione stressogena, attivandosi per difesa a livello biochimico¹⁴.

3. LE DIVERSE SINTASSI COMUNICATIVE DEL DOLORE: NARRATO, OSTENTATO, RIMOSSO

Se natura e cultura rappresentano una unione ricca di imprevisti e necessarie specificazioni, un analogo discorso può essere fatto per quanto concerne le sensazioni che il corpo comunica al suo possessore, nel caso in cui l'equilibrio vada incontro ad una crisi, un evento destabilizzante e traumatico che pregiudica non soltanto la funzionalità del soma, ma soprattutto la percezione che l'individuo ha della sua gestione.

Tutte le società e contesti culturali fronteggiano, rappresentano e conferiscono un senso al dolore in ogni sua declinazione. In tale circuito di ricerca di senso vengono fornite soluzioni differenti a problemi comuni. Pertanto, la molteplicità delle forme di terapia è virtualmente infinita: non è ragionevolmente possibile porre figure quali medici, stregoni, sciamani, guaritori, figure religiose sul medesimo livello eppure bisogna riconoscere che tutti sono, in tempi e modalità ben diverse e circoscritte, mediatori di guarigione. E a ciascuno di questi viene conferita una ben precisa autorevolezza nel porre in essere pratiche terapeutiche che risultano non raramente efficaci.

Il dolore, la sofferenza, scardinano completamente l'intervento disgiuntivo fra mente e corpo che rimane, a conti fatti, un tentativo artificioso e vano.

Il dolore è sempre una esperienza viva, concretissima, ma totalmente confinata nei recin-

14 B. Van der Kolk, *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*, Milano, 2015.

ti dell'io senziente, difficilmente esprimibile secondo il linguaggio verbale.

Poiché il codice linguistico si rivela inadatto a comunicare sensazioni intense, stati dell'essere, esperienze che sfuggono ad una prassi definitoria precisa, si vedrà che il "linguaggio del dolore" sia meglio classificato come analogico piuttosto che digitale, il che significa che predilige l'utilizzo di metafore – per l'appunto in analogia con una realtà conosciuta, concreta, sperimentata – piuttosto che una narrazione composta secondo criteri astratti. Questa risulterebbe inefficace, incomprensibile, in un clima di greve solitudine avvertita dal soggetto narrante nello sforzo di descrivere una esperienza centrale, totalizzante e radicata.

Talora i codici utilizzati per conferire senso al dolore sono di altro tipo: assiologici, religiosi, simbolici. Tali codici giustificano il dolore e ne incoraggiano la sopportazione in qualità di passaggio "naturale", ineludibile o perché identificato in una rigorosa espiazione/purificazione (es. parto o dolore autoinflitto).

La letteratura etnografica presenta un ricco repertorio di prove assai dolorose inflitte al corpo e alle sue carni: il rito della frustata diffuso nel golfo di Guinea o le lacerazioni dorsali praticate ai giovani *aché* brasiliani. Il dolore è necessario e il corpo che lo subisce diventa supporto e mezzo indispensabile al fine di attraversare la soglia della normalità e acquisire uno status diverso.

E ancora, auto-infliggersi dolore con tagli, sfregi, punte può rappresentare un antidoto ad un altro dolore, quello esistenziale che annulla, annienta il sé. Il corpo umano diventa allora materia malleabile, da personalizzare secondo schemi culturali o individuali, attraverso cui è possibile scrivere la propria storia, il disagio, la gioia. In una parola: esistere¹⁵.

La sofferenza fisica infligge uno scacco a ogni tentativo di iscriverla in un codice culturale (morale, medico o religioso). Il dolore, come e forse più di ogni altra esperienza, è radicato nel soggetto sofferente, ed è incomprensibile per chi non lo prova. Ma la dimen-

15 M. Aime, *Il primo libro di antropologia*, Torino, 2008, pp. 32 e ss.

sione culturale, sociale, politica e storica risiede tuttavia nelle innumerevoli metafore usate nel tentativo di comunicare il dolore. Anche se indicibile, il dolore per una persona che soffre è drammaticamente reale, ed esso non soltanto attiva una richiesta di senso, di comunicabilità, ma è anche un problema pratico che impedisce di fare molte cose, trasformando la vita quotidiana delle persone sofferenti e riconfigurando le loro *tecniche del corpo*¹⁶.

Sembra che gli etnologi abbiano riscontrato una certa universalità in questo tipo di esperienza.

Tra le diverse popolazioni vi sono infatti molti modi per definire l'emicrania. Per gli Ainu giapponesi, ad es., è metaforicamente connessa al rumore dei passi degli animali: mal di testa dell'orso, del cervo, del picchio.

Il "dolore cronico", quello continuo, insistente, inestinguibile che accompagna come un'ombra ogni minuta attività rappresenta la sofferenza meno socializzabile e condivisibile, poiché genera rifiuto e tendenza ad essere interpretato come mancanza di coraggio, acuendo il senso di impotenza e di frustrazione di chi ne è afflitto.

Il racconto del dolore non è letterale, ma è comunicato attraverso una trama di paragoni e metafore: "essere trafitti da una spada", "bruciare come il fuoco", "battere come un martello", un "dolore sordo", rappresentano altrettanti escamotage per aggirare un codice inadatto a veicolare compiutamente delle sensazioni, vivide, concrete e del tutto personali.

Il dolore "aggredisce" il linguaggio, si opera un passaggio dalla parola-segno portatrice di un significato convenzionale e condivisibile alla parola-grido, al suono¹⁷.

Il dolore psicologico ha ancor meno possibilità di essere spiegato. La sua natura non si presta a codici linguistici condivisi anche perché se una qualche forma di dolore fisico è stata da tutti sperimentata, quello psicologico viceversa no; e alla sofferenza si accosta l'incomprensione o una comprensione parziale, insoddisfacente, persino distorta. Il dolore e la reazione a questo sono fatti talmente enigma-

16 G. Pizza, *Antropologia medica*, cit., pp. 107 e ss.

17 Ibidem.

tici che tuttora le persone si rivolgono a pratiche estranee rispetto all'ortodossia medica: autocura, guaritori, pranoterapeuti e quant'altro. Irrazionalità? Ignoranza? Disperazione? Sfiducia?

Non va sottovalutata una tendenza di fondo, sempre più manifesta, sempre più legittimata: la cultura occidentale contemporanea ha imparato a distogliere lo sguardo dinanzi al dolore, alla sofferenza dell'altro, segno inequivocabile del rifiuto di riconoscere i drammi altrui, e financo i propri.

Stanley Cohen illustra bene l'imperante "cultura del diniego". C'è un filo conduttore comune in tutte le diverse storie di diniego: vengono fornite informazioni troppo inquietanti, minacciose o anomale perché siano interamente assorbite o apertamente riconosciute. Pertanto, tale informazione è rimossa, negata, messa da parte o re-interpretata. Nel caso in cui sia stata colta a sufficienza, le sue implicazioni di natura cognitiva, emotiva e morale, sono accuratamente evitate, filtrate, neutralizzate o sottoposte ad un processo di razionalizzazione¹⁸.

4. UN CORPO "NATURALMENTE" IMPERFETTO

Come è stato in precedenza evidenziato, una nota trasversale a spazio, tempo, cultura è che il corpo che rende tutti noi "scimmie nude", come ci descriverebbe Desmond Morris¹⁹, non viene lasciato così com'è, ma agghindato, fasciato, dipinto, inciso, solo allora è in grado di emanciparsi dalla natura e entrare a pieno diritto in una dimensione culturale, simbolica, comunicativa, frutto di scelte e selezioni dell'umano.

Sembra che il corpo tradisca le aspettative degli individui, che quell'insieme di muscoli, nervi, ossa, tessuti sia troppo "naturale" per essere vissuto come pienamente umano. In tal senso le pratiche di disegno e di modellamento del corpo rappresentano una forma di scrittura che gli uomini vogliono imprimere,

18 S. Cohen, *Stati di negazione. La rimozione del dolore nella società contemporanea*, Roma, 2002, pp. 23 e ss.

19 D. Morris, *La scimmia nuda. L'Homo sapiens, una scimmia sprovvista di peli*, Milano, 1985.

a tinte più o meno forti, con segni più o meno profondi, su loro stessi²⁰.

Uno dei tabù che maggiormente colpiscono il corpo, il suo aspetto, le sue fragilità è certamente quello dell'impurità. Il corpo fisico si presenta quasi a priori carente e imperfetto, proprio perché la sua struttura, così permeabile, porosa, ricca di ingressi lo rende soggetto a contaminazioni di ogni genere.

Il corpo, in quanto perfetto, e pertanto come non esistente, non dovrebbe né ricevere né dare (forse nemmeno le urine, gli escrementi, le secrezioni, l'eliminazione dei peli e delle unghie). La perfezione assoluta, atta a preservare il tabù con la massima ampiezza possibile, dovrebbe essere un corpo inattaccato e inattaccabile, incontaminato e autosufficiente²¹.

In ogni caso, le norme relative alla contaminazione corporea sono del tutto convenzionali e arbitrarie. Fra queste un discreto numero di tabù riguarda, come si è detto, gli orifizi, in quanto potenziali ingressi per ogni forma di entità, per le funzioni legate all'attività sessuale e alla riproduzione (sangue mestruale e parto) e naturalmente per il cibo, elemento estraneo che attraverso la bocca viene ingerito e incorporato.

In modo del tutto analogo vengono concepiti come impuri, quindi colpiti da tabù, i momenti di transizione che segnano l'umana esistenza: quali nascita, pubertà, morte.

Venire al mondo e accomiarsi da questo rappresentano nodi irrisolti, furiosamente intrisi di ambiguità. Permane l'angosciante impossibilità di definire con chiarezza tali eventi, di collocarli in un ordine simbolico certo, in una sfera che sia a portata di comprensione: umana o sovrumana, viva o inerte. Gli esseri che attraversano le zone di confine sono indecifrabili, refrattari ad ogni categoria; la loro identità muta e la natura loro attribuibile è in transizione. Nel momento in cui si verifica il decesso, il defunto non si può considerare vivo, ma nemmeno morto; così come uscito dal grembo materno il neonato è un essere incompleto, in prodigiosa e veloce trasformazione ma in completa balia del mondo esterno.

20 M. Aime, *Il primo libro*, cit., p. 28.

21 M. Cosmai, *I tabù della modernità*, Roma, 2008, p. 38.

Natura, purezza, perfezione e i tabù che ne costituiscono il corollario rappresentano tentativi mai completamente riusciti di decifrare e ricomporre tutta l'inadeguatezza dell'essere umano sotto il peso del caos simbolico, della transitorietà degli eventi, della caducità di ogni esistenza terrena.

Dando per scontata l'esistenza di un ricco e articolato filone di ricerca che consegna al potere simbolico della cultura la possibilità di plasmare il corpo conferendogli una identità di genere, anche in questo campo la realtà biologica può rivelarsi carente o eccessiva, bisognosa di essere ridefinita.

Esiste differenza fra orientamento e appetito sessuale, fra fisiologia dell'apparato riproduttivo e sesso. Tali condizioni, al centro di un ricco dibattito antropologico, filosofico, ideologico, vengono accomunate dal fatto di ricevere quasi sempre una connotazione culturale e un riconoscimento sociale. Semplificando quanto è possibile, si è sufficientemente concordi nell'osservare che i sessi sono due, ma i generi sono di più. Il genere non è concesso gratuitamente, per così dire, ma conquistato, attraverso scelte, sacrifici, manifestazioni di coraggio e indipendenza come pure sottomissione e docilità o ancora all'interno di una narrazione ideologica e storicamente situata. Pare che le donne e gli uomini siano crudelmente accomunati dallo stesso destino: entrambi debbono combattere o addomesticare il sesso conferito dalla natura, entrambi devono cambiare pelle per conquistare il diritto di essere chiamati tali: i tratti di autonomia, indipendenza, forza, coraggio sono il lasciapassare dell'uomo in quanto portatore di virilità combattente e della donna in quanto capace di fuoriuscire da schemi angusti, eretti dalla tradizione. A ben vedere non c'è molta differenza. Non importa chi o cosa siamo nati, ciò che è sicuro è che lo status di rispettabilità non è assegnato gratuitamente, va guadagnato.

Si è detto che i generi, essendo una categoria eminentemente culturale, non si limitano a due. Chi sono gli altri corpi, imperfetti, carenti, così malleabili da poter fuoriuscire dai limiti del naturale e divenire esseri eminentemente culturali, inseriti e codificati in un cir-

cuito sociale? Chi sono i generi che stanno, per così dire, in mezzo e qual è la loro storia?

Si ha notizia di maschi dai modi tendenzialmente femminei, vestiti da donne e affaccendati in lavori femminili. Questa narrazione è stata ritrovata nei diari di viaggio dei *conquistadores* spagnoli, ma la medesima esperienza viene riportata da missionari, cronisti, viaggiatori, commercianti, recatisi nel continente americano. In antropologia queste persone al confine fra i due generi comunemente individuati vengono definiti *berdaches*²²: a livello sociale essi potevano contrarre matrimonio con altri maschi e veniva loro riconosciuto un rango assai elevato, come intermediari fra uomini e divinità.

Casi analoghi si registrano in diverse società native americane in cui tali persone godevano di una statura superiore di rispettabilità, in quanto dotati di una visione mistica del futuro o perché in grado di entrare in contatto con gli spiriti. Superata la semplicistica dicotomia che oppone e disgiunge, in quanto favoriti dagli dèi, erano in grado di travalicare il confine che separa l'ordine terreno da quello cosmico.

Tutto questo avvalorava l'idea che in talune culture sia concepibile un genere a sé non-femmina, non-maschio, costruito, peraltro come gli altri generi secondo educazione e modelli.

Vi sono esempi di generi di mezzo costituiti artificialmente, come gli eunuchi o, se vogliamo pensare al più familiare occidente, i bambini che venivano castrati per conservare i toni acuti a loro connaturati prima della muta vocale.

In questo senso Alan Turing²³ e Farinelli²⁴ rappresentano due vittime di vertice oppo-

22 M. Aime, *Il primo libro*, cit., pp. 43 e ss.

23 Com'è noto, Alan Mathison Turing (1912-1954) fu un matematico, informatico, crittografo britannico tra i più brillanti e talentuosi del XX secolo che collaborò attivamente durante la II Guerra mondiale alla decrittazione degli strumenti (fra cui *Enigma*) usati dai Tedeschi. Fu tratto in arresto a causa del suo orientamento omosessuale, processato e condannato. Preferì al carcere la castrazione chimica i cui pesanti trattamenti ebbero l'effetto, secondo molti studiosi, di condurlo al suicidio.

24 Carlo Maria Michelangelo Nicola Broschi, detto Farinelli (1705-1782), celebre cantante lirico sottoposto a castrazione.

sto rispetto ad una cultura in guerra con una condizione se non strettamente naturale, almeno genuina: nel primo caso creando uno stato patologico, una malattia in senso tecnico, ma refrattaria ad ogni cura, se non quella mirata all'annichilimento della personalità; nel secondo, sacrificando tale condizione ad un eccesso artistico peraltro prestigioso e redditizio, una performance inarrivabile per un uomo chirurgicamente non manipolato, e d'altronde vietata alle donne, cui - per prescrizione ecclesiastica - era inibito il canto negli spettacoli pubblici.

Morale, arte, malattia si mescolano in una ambiguità irriducibile in cui si riesce a intravedere solo l'infinita insoddisfazione dell'umano culturale battuto dal corpo come è e si presenta: mai abbastanza.

5. UN CORPO SOTTO STRETTO CONTROLLO. UN CORPO "A PEZZI"

Si può dunque ritenere che scientificità e non scientificità rappresentino i due estremi di un *continuum* fatto di protocolli identificativi del patologico e percorsi terapeutici che si snodano senza soluzione di continuità, nella ricerca affannosa di produrre una qualche soluzione (la fine dello stato di prostrazione) e nel contempo fornire un significato oggettivo/simbolico alla genesi di questo stesso. La salute, infatti, assume un carattere di segretezza: non si manifesta, non si dà a vedere, resta silente finché non vi è l'irruzione della malattia e la consapevolezza di tale aggressione²⁵.

Paradossalmente è ragionevole ritenere che il corpo che "funziona" è un corpo silente, non comunica più di quanto necessario, non dà segni della presenza di sé.

Drew Leder in *Il corpo assente* ammette che la fisicità corporea giochi un ruolo fondamentale nella nostra esperienza, tuttavia raramente ne abbiamo consapevolezza. La fluidità dei gesti, la motricità, il fatto che il corpo obbedisca al nostro pensiero-azione rimane del tutto irriflesso. Un dato naturale, scontato, oscurato alla nostra attenzione²⁶.

25 H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, Milano, 1993.

26 D. Leder, *The Absent Body*, The University of Chicago

Il corpo è quindi umile, nella misura in cui assolve e asseconda le funzioni, motorie, digestive, respiratorie, neurologiche per le quali è biologicamente costituito.

Il corpo esce dalla sua zona di umiltà, d'ombra, quando un qualche segnale (sintomo) interrompe la linearità delle sequenze motorie e cognitive che ci consentono di agire nella quotidianità.

Non solo, la biomedicina non assume che un individuo è in buona salute in base al semplice fatto che egli si senta bene, che non denunci alcuna sensazione anomala, dolore, difficoltà motoria o cognitiva. I dati clinici su cui si basa il giudizio del medico sono ricavati da una operazione astratta. Il corpo viene disgiunto in distretti, funzioni, organi, apparati sottoposti ciascuno ad uno sguardo specializzato. Il privilegio della vista su tutti gli altri sensi, conferisce controllo, una analisi della patologia all'interno di un *frame* autonomo.

D'altronde la deroga all'integrità del corpo, alla sua unità e inviolabilità non è nuova e nemmeno completamente riconducibile alla priorità della vista sugli altri sensi.

Circoncisione, escissioni e, al di fuori di contesti rituali e religiosi, i sempre più numerosi interventi di chirurgia plastica, correttiva, impianto di protesi, danno la sensazione che il nostro corpo, più che un apparato fisiologico unitario sia frutto di una composizione più o meno riuscita di partizioni distinte asservite ad un minuzioso rimodellamento di carattere sacro, culturale, simbolico, funzionale ed estetico che la tecnologia chirurgica ha reso sempre più possibile e desiderabile.

La moderna tecnica chirurgica ha riconcettualizzato la relazione fra 'sé' e altro, fra individuo e società e fra le tre forme del corpo: il sé esistenziale del corpo vivente, il corpo nella sua rappresentazione sociale, il corpo politico. Siamo di fronte a una moderna declinazione del sacrificio umano. Nasce l'etica delle parti che assume le forme inquietanti di un neocannibalismo contemporaneo, dove a 'inghiottire'

Press, Chicago, 1990. Riguardo l'assente presenza del corpo nell'ambito della teoria sociologica si rimanda a C. Shilling, *The Body and Social Theory*, Los Angeles, 2003.

pezzi di umani non sono gli altri, i selvaggi, ma noi occidentali²⁷.

La condizione del paziente, la sua sensazione di benessere o malessere (*illness*) non contano nulla dinanzi alla *disease*, estrapolabile da dati certi perché oggettivi e oggettivi perché riprodotti in supporti visibili. Il benessere del paziente viene ricavato da esami ematochimici se i valori risultanti sono ricompresi nel *range* definito nella norma, se le sue radiografie, risonanze magnetiche, ecografie, TAC producono una fotografia del suo interno che non presenta alterazioni al di sopra della soglia di visibilità (all'incirca 5 mm).

Il feto non presenta alterazioni significative, dunque è "normale", se l'ecografia, il suo primo "ritratto" ufficiale in attesa della nascita rispetta i parametri e le misure attribuite nella media ad un feto sano. Il confine fra sano e patologico viene riferito a numeri, intervalli, unità di misura, percentili, immagini approssimativamente nitide, decodificabili "per quanto possibile".

Fabio Dei puntualizza che, nell'ambito della medicina pre-scientifica, l'osservazione del corpo fosse pratica comune, tuttavia i segni osservabili venivano interpretati in modo olistico e simbolico, testimoniavano cioè un livello più profondo di ordine e disordine, all'interno di una concezione unitaria tra elementi e forze. Il corpo veniva ricondotto a un macrocosmo di ordine superiore entro il quale l'equilibrio fra detti elementi era sinonimo di salute e la dissonanza identificava la malattia.

La medicina moderna si discosta nettamente da questa visione, rileggendo il corpo stesso alla luce di uno sguardo diverso, congiungendolo a una emergente necessità di controllo.

La visibilità è conferita dalla pratica di dissezionare i cadaveri, per esplorare e dominare ciò che il corpo cela alla vista.

Il filosofo Michel Foucault, sensibile ai processi di costruzione e disseminazione del sapere soprattutto in un'ottica di potere pubblico sostiene questo genere di processo affermando che «le forme della razionalità medica s'immergono nel meraviglioso spessore della percezione, offrendo come primo volto della

27 M. Aime, *Il primo libro*, cit., p. 36.

verità la grana delle cose, il loro colore, le loro macchie, la loro durezza, la loro aderenza. Lo spazio dell'esperienza sembra identificarsi al dominio dello sguardo attento, della vigilanza empirica aperta all'evidenza dei soli contenuti visibili²⁸».

Anche l'antropologa Mary Douglas discute sulla stretta attinenza fra visibilità, controllo sociale e usi simbolici del corpo. Nella teoria che postula l'esistenza di due corpi "fisico" e "sociale" legati fra loro, ma in un rapporto di tensione, vige la dicotomia purità/impurità riguardante il modo in cui vengono selettivamente esibite o celate alcune funzioni organiche a seconda della cultura e del tipo di socializzazione in questa operante²⁹. Il corpo fisico contrae e espande le sue funzioni corrispettivamente al tendersi o al rilassarsi delle pressioni collettive operanti nel corpo sociale. Alcuni atti fisiologici (ogni genere di evacuazione) andranno contenuti, nascosti, quindi; altri, come alcuni riflessi (starnuti, tosse, sbadigli), trattenuti, disciplinati.

6. RITUALI ESOTICI, ALTERNATIVI E LIBERTARI

Si prenda in considerazione questo passo, peraltro noto in ambito antropologico, che descrive in modo estremamente dettagliato alcune abitudini in uso presso la tribù dei Nacirema:

I Nacirema provano un orrore e una fascinazione quasi patologici per la bocca, le cui condizioni avrebbero una influenza soprannaturale su tutti i rapporti sociali. Ad esempio credono che se non fosse per i rituali riservati alla bocca, i denti cadrebbero, le gengive sanguinerebbero, le mandibole finirebbero col ritirarsi ed essi stessi verrebbero abbandonati dagli amici e respinti in amore. Essi credono anche che esista uno stretto rapporto tra condizioni orali e etiche. Esiste ad esempio una abluzione rituale della bocca prevista per i bambini allo scopo di rinforzare la loro tempera morale [...]. In aggiunta ai riti privati della bocca, una volta o due l'anno, le persone van-

28 M. Foucault, *Nascita della clinica*, cit., p. 7.

29 M. Douglas, *I simboli naturali*, Torino, 1979.

no a cercare un santone della bocca. Questi sacerdoti dispongono di un impressionante corredo di attrezzi che consiste in vari trapani, punteruoli, sonde e punzoni. L'impiego di tali oggetti per esorcizzare il male dalla cavità orale produce incredibili torture rituali inflitte al paziente [...].

Si può affermare che emerga uno schema alquanto interessante, poiché la maggior parte della popolazione mostra chiare tendenze al masochismo [...]. Tali riti prevedono di grattare e lacerare la superficie del viso [degli uomini] con uno strumento tagliente. Riti specifici rivolti al femminile sono eseguiti solo quattro volte ogni mese, ma se difettano in frequenza, si distinguono per crudeltà. Come parte della cerimonia, le donne cuociono le loro teste in piccoli forni per circa un'ora [...]. È arduo comprendere come siano vissuti così a lungo sotto il peso che essi stessi si sono dati³⁰.

Ma chi sono questi Nacirema, una popolazione tanto dedicata alla sofferenza rituale, da aver previsto l'esistenza di figure specializzate nel provocare dolore? Per scoprirlo basta leggere Nacirema al contrario: American, gli Americani, popolo occidentale per antonomasia. Niente di esotico, eccentrico e sconosciuto, semmai irriducibilmente radicato nei nostri usi sociali del corpo.

È del tutto spontaneo sorridere dinanzi ad un calembour che ironizza su un assetto culturale abituato a osservare con sguardo paternalista e compassato ciò che risulta estraneo. Se il rigore metodologico della scienza moderna ha portato talora a cogliere in schemi interpretativi estranei ai propri criteri epistemologici una sorta di ingenuità stravagante, contrattare con lo stesso linguaggio sortisce un effetto di sana e liberatoria auto-ironia.

Come è stato più di una volta evidenziato, la maggior parte delle immagini relative al corpo e alla sua fisiologia, coincidono con il sapere acquisito e diffuso dal modello biomedico occidentale. Tale modello costituisce ad oggi, se non l'unica, almeno una delle più

accreditate fonti di costruzione e rappresentazione sociale del corpo.

Sebbene gli assetti socio-culturali presentino al loro interno una significativa struttura portante, è osservabile come nella realtà siano organizzati in modalità non del tutto coerenti, soprattutto considerando il fatto che ogni cultura non è statica o monolitica bensì mutevole e composita. Cambia, evolve quindi, imboccando direzioni imprevedibili e spesso divergenti fra loro.

In tal modo lo stile di vita occidentale, nel suo insieme di credenze, valori, rappresentazioni, si è via via sganciato da una originaria e fondante razionalità, approdando a sistemi di risoluzione del malessere a dir poco alternativi.

Divenuta una cultura sempre più incline all'individualismo autoreferenziale è proprio in tale struttura di attendibilità che moltissimi hanno colto una dimensione terapeutica. La rappresentazione di un "io" compiuto e autosufficiente ha fatto sì che si diffondesse la convinzione che la ricerca medica ufficiale non rappresentasse un interlocutore abbastanza sensibile da comprendere l'irriducibile complessità dell'essere umano.

Questi, a dispetto di inclinazioni e comportamenti che lo riconducono impietosamente a una identità monocroma e collettiva, in quanto si autopercepisce come diverso da tutti gli altri, è fine conoscitore di se stesso, pertanto non necessita di alcun intervento esterno per trovare o ri-trovare il benessere perduto.

La soluzione consiste nel radicarsi in una sola consapevolezza: è necessario riappropriarsi della propria unicità e autenticità, riflettere sull'unione fra materia e spirito per far sì che il proprio corpo, la propria psiche ritrovino l'originario equilibrio destabilizzato da interventi intrusivi ed estranei.

Alla malattia si dà una nuova definizione: essa è la discordia interna, una condizione che impedisce il naturale ritrovamento dell'equilibrio, una cura che ammalata e inabilita i naturali processi di guarigione che mente e corpo assieme naturalmente assecondano.

La malattia è rappresentata da alimenti non appropriati alla propria fisiologia e quindi da

30 H. Miner, *Body Ritual among the Nacirema*, in "American Anthropologist", LVIII (1956), pp. 503-507. Nostra traduzione.

bandire dalla propria dieta, sostanze chimiche che, spacciate per sollievo si rivelano dei veleni. Insomma tutto ciò che è esterno ha contribuito a corrompere la potenzialità di autoguarigione. In questo modo, solo dando la possibilità di una totale incorporazione, di un corpo cosciente, perfetta fusione fra materia e spirito, che si può tornare ad uno stato incorrotto e quindi sano.

La stessa concezione di sano e malato pertanto attraversa diverse e inedite celebrazioni. Nel paradigma biomedico tradizionale l'intervento medico viene definito dal giudizio del medico stesso, a cui il paziente dovrebbe completamente affidarsi, non solo per lo stato di vulnerabilità in cui si trova, ma per la palese asimmetria di conoscenza che descrive il loro rapporto. È interessante rilevare che tale *gap* conoscitivo, tecnico e scientifico, ha finito con il tradursi in una asimmetria ben più profonda fra i due protagonisti, supponendo che l'incapacità del paziente, in quanto malato e privo delle adeguate conoscenze, si traduca in una condizione di incapacità morale, più precisamente nella privazione della capacità di decidere autonomamente³¹.

Ciò che emerge prepotentemente a partire dalla fine del XX secolo è un mutamento qualitativo e quantitativo: la rivendicazione di libertà nella scelta terapeutica, invocata prima come diritto del paziente-cittadino, in seguito come conseguenza di una sempre più affermata conoscenza in campo terapeutico, fenomeno in crescita e inversamente proporzionale alla fiducia riposta nel professionista che decresce irrimediabilmente.

Si tratta di un tema delicato, non esente da contraddizioni, da una cattiva informazione in cui propaganda scorretta e cultura dell'auto-referenzialità si sovrappongono sostenendosi a vicenda verso un deragliamento dalla razionalità scientifica e terapeutica a cui la medicina comunque aspira.

Una delle conseguenze più importanti e gravi, oserei dire, è che la malattia non sarebbe mai casuale, bensì dipendente dalla condotta

che si è tenuta e dalla giusta opzione terapeutica che si è deciso di seguire.

Il raggiungimento dell'equilibrio passa per una presa di coscienza, un percorso non solo di guarigione ma di autorappresentazione del sé: un convincimento terapeutico e un impegno morale allo stesso tempo di colui o colei che ritiene che il tentativo di eliminare stress, obesità, tumori attraverso i mezzi offerti da una scienza troppo ottusa per comprendere l'irriducibile complessità dell'essere umano, rappresenta non solo un errore, ma un vero e proprio tradimento nei confronti della propria natura.

È l'occhio culturale che vede la malattia come una interruzione, una soluzione di continuità rispetto a un supposto equilibrio che trae la sua legittimità da un variegato insieme di premesse: etiche, estetiche, religiose, controterapeutiche a cui ognuno aderisce secondo la propria indefettibile convinzione, spesso propagandandola con effetti, talora, gravissimi.

In questa accezione la malattia è una responsabilità individuale riguardante la condotta di vita. Diventa una sorta di "banco di prova" per acclarare se si è prestata la dovuta attenzione ai segnali che il corpo manda e che la mente deve correttamente decifrare in una connessione mente-corpo ambigua, ancestrale, quasi esoterica, spesso venata da moralismo settario.

Elena Bettinelli è ricercatore in Sociologia dei processi culturali e comunicativi presso il Dipartimento di Studi Umanistici, Università di Trieste.

ELENA.BETTINELLI@dispes.units.it

³¹ E. Lecaldano, *Dizionario di bioetica*, Roma-Bari, 2002; voce *Relazione medico-paziente*, in A. Valdambrini, *La gestione dei conflitti in ambito sanitario*, Roma, 2008, p. 45.