

“Studi Tanatologici”

Bavardage della salute, Camouflage della malattia: trionfo dell’etica dell’irresponsabilità?

Morire ai tempi della biopolitica

Per ognuno unico, intimo, non condivisibile con altri, il dolore si sottrae, criptico, alle classificazioni, rivelandosi nella sua natura ostinatamente anti-conformista. La sofferenza sembra costituire un grandezza irriducibile ad un’altra, la sua espressione deve fare i conti con una sorta di intraducibilità, che segna il confine fra l’io dal tu.

Appreso nella più tenera età, “il codice della sofferenza” si trasforma con la consapevolezza del soggetto, con i suoi vissuti e le sue ferite, ma è condannato a restare il linguaggio scarno e frammentato di un monologo interiore.

Ciò accade perché una fragilità tipicamente umana continua ad essere agitata come un castigo inflitto all’arroganza o brandita come la prova dell’illegittimità di una visione del mondo, laddove potrebbe- *dovrebbe*- rappresentare il fondamento più autentico di un’etica della responsabilità.

Le questioni cruciali della vita e della morte tornano, allora, ad essere strumentalizzate per veicolare l’idea di un’umanità perpetuamente sofferente, perché la rassegnazione indotta dal dolore rappresenta un eccellente stratagemma di naturalizzazione dei conflitti esistenti.

Molti gli spunti di riflessione cui apre un’incomunicabilità che è cifra della “mancata liberazione” del corpo che la Modernità aveva promesso...

Dormez, pères, dormez longtemps, le sommeil est doux, dormez toujours, la mort est meilleure,
L. MICHEL, *Légendes et Chants de gestes Canaques, Paris, Kéva, 1885, p. 95*

Occultata dallo stratagemma del soggetto morale disincarnato, con cui si è perseguita un’utopica liberazione dai vincoli biologici, la corporeità torna progressivamente ad occupare il centro del dibattito etico, politico, religioso e, ovviamente scientifico– sotto la spinta dei processi di una modernità che la pubblicizza e la spettacolarizza¹.

Se il corpo è anzitutto il *primum* epistemologico, l’istanza regolatrice che organizza e conferisce senso alle esperienze dell’individuo, esso è, non di meno, la superficie su cui si iscrivono le norme, gli usi, le abitudini sociali – le sue cicatrici e i suoi ornamenti offrono un segno tangibile dell’appartenenza ad una comunità, dell’adesione alla sua cultura. Impossibile a definirsi quale “coscienza pura”, l’individuo esperisce attraverso la corporeità i due aspetti apparentemente contraddittori dell’identità – nella radicale opposizione all’altro da sé – e dell’indistinzione – nell’uguaglianza disorientante che caratterizza il mondo della vita. In ragione della sua autonomia semantica e comunicativa, il somatico è “una differenza che produce una differenza”², che destabilizza e sovverte le categorie che presiedono alla vita sociale: l’ostinato tentativo di rendere il corpo presentabile, di “addomesticarlo” mediante l’elaborazione di nuove metafore culturali, non placa mai interamente le angosce degli uomini. Conseguentemente, l’esibizione regolata del corpo

¹G. BALANDIER, *Le détour*, Fayard, Paris, 1985, p.249, «La modernité retrouve le corps, ou plutôt elle s’y inscrit de façon plus manifeste. Elle le rend bavard, comme le montrent les commentaires et les débats qu’il suscite, les recherches qu’il provoque.»

²Ndr. L’espressione è, come noto, di Gregory Bateson.

né lo sottrae alla sua opacità, né soddisfa interamente una curiosità che è, nel contempo, una domanda sull'origine e sulla destinazione dell'uomo: ciò che si offre allo sguardo, la soluzione non cessa di rinviare all'enigma³. Un enigma tanto più fitto quanto più il progresso tecnico-scientifico ridefinisce le condizioni di disponibilità della vita, contro l'apparente garantismo del "paradigma di Georgetown", mutando le aspettative degli attori politici e individuando nuove poste in gioco. Integrata in una metafisica della modernità, la strategia di normalizzazione perseguita, oggi, dai poli di potere differisce, nelle modalità e nel grado, dalla biopolitica di matrice foucaultiana, che operava in un ambito definito dalle pietre angolari di Popolazione, Qualità, Territorio e Nazione.

Lo stesso non può dirsi dei suoi obiettivi dal momento che l'eccellenza della popolazione cessa di essere un affare di stato e la salvaguardia della salute si privatizza, senza però affrancare gli individui dall'obbligo dell'"idoneità", definita da criteri progressivamente più rigidi ed escludenti. Non si chiede più all'individuo di abbracciare stili di vita che favoriscano una maggiore produttività, ma piuttosto di investire risorse personali in un percorso di autocostruzione – in un progressivo avvicinamento a standard igienici, estetici (etici?) costantemente rinegoziati e rinegoziabili. La corporeità si trasforma allora nel luogo di una sperimentazione incessante da parte dei singoli, una sperimentazione palesemente eterodiretta e patrocinata da centri di potere che tendenzialmente non coincidono più con le classi dirigenti degli stati nazionali.

Appare, allora, più evidente come tale strategia, affermi con la propria concezione di salute, vigore, e bellezza, una particolare razionalità che si iscrive in una teoria normativa dell'ordine sociale: il potere disciplinare, che si dispiega sui singoli corpi, partecipa di un più vasto progetto politico, in cui la mancata integrazione o il dissenso vengono gradualmente ad identificarsi con la malattia e, simmetricamente, la terapia con l'imperativo categorico, culturale e politico, della perfettibilità⁴.

Progetto di vita e business, la ricerca ossessiva della salute diventa, dunque, il *grand enjeu* delle moderne liberal-democrazie, proprio quando, con la devoluzione degli oneri della prevenzione dallo stato al cittadino, si afferma una mutata concezione dei doveri di cittadinanza, concepiti in termini biologici anziché politici, epidemiologici piuttosto che sociali⁵.

Gli studi di Nikolas Rose in Inghilterra, Bernard Andrieu in Francia– in Italia i contributi di Giorgio Agamben, Roberto Esposito, Mario Colucci, per citare alcuni fra i più autorevoli interpreti che, recentemente, sono tornati alla lezione di Foucault – hanno indicato nel duplice moto della biologizzazione del politico e della naturalizzazione delle differenze sociali una minaccia latente

³M. AUGÉ, *Il feticcio e il corpo plurale*, in R. BENEDUCE, E. ROUDINESCO, *Antropologia della cura*, Bollati Boringhieri, Torino, 2005, p. 93, «Il corpo è enigma e non soluzione; è il corpo che crea il problema, e i racconti che ricordano la sua genesi non lo dissociano né dagli altri oggetti del mondo animale e vegetale, né dalla pura materialità della cosa.»

⁴ R. BRAIDOTTI, *L'era del bio-potere*, in <Questioni di vita o di morte> A. Guadagni Reset. Donzelli Editore, Roma, 1995, pp. 55–63.

⁵R. ESPOSITO, *Immunitas. Protezione e negazione della vita*, Einaudi, 2002, pp. 3-4.

alla salvaguardia delle libertà individuali⁶. Pericolo in cui incorrono persino quanti intenderebbero contrapporsi ad un'autorità spersonalizzante e onnipervasiva con un progetto emancipatorio, che resta comunque nel segno del superamento dei limiti biologici e psichici del corpo.

Se i progetti di rimodellamento mirano ad affrancarsi dai meccanismi repressivi del bio-potere, essi sono inimmaginabili all'infuori dei suoi stessi imperativi e dell'ordine cui tende. L'inevitabilità di tale compromesso si riscontra ogni qualvolta si affrontano tematiche legate alla cura del corpo e alla sua gestione, codificate da un linguaggio straordinariamente articolato. Un linguaggio ridondante che individua il “dicibile” e il pensabile in quell'idoneità, al contempo, imposta, agognata e rivendicata-, fissando definitivamente il confine fra norma e devianza. Il silenzio codifica, per converso, la privazione di salute, che si definisce in modo scarno e defilato: stupisce come il registro della sofferenza sia poverissimo e frammentario, quasi a negare la possibilità logica di un dolore che non è più scandalo, è anomalia⁷.

Una letteratura impegnata si è concentrata sulle conseguenze drammatiche di questo silenzio in termini di isolamento e ripiegamento su di sé da parte del paziente, affrontando il problema dell'appropriazione del percorso di morte da parte del malato, dal punto di vista di chi deve soccorrerlo e sostenerlo – si tratti del medico o della ristretta cerchia dei congiunti. Più di rado, si è azzardata un'integrazione di prospettive che rendesse conto delle *impasses* di una comunicazione che si gioca su due registri opposti – il tecnico-amministrativo che appartiene agli operatori – e quello dell'interiorità e dell'emotività, l'idioletto che connota l'individualità del paziente.

E' nella dialettica di questi registri, nella loro irriducibilità, che il paziente situa la propria malattia, giunge a rappresentarla, nonché, ad un'auto-rappresentarsi in quanto portatore di una deprivazione, se non di uno stigma. Nel loro comune percorso, medico e paziente elaborano rappresentazioni politiche della normalità, della salute, nonché del compito delle scienze mediche, realizzando la difficile identificazione del “corpo della malattia” con il corpo dell' “uomo malato”⁸.

Se si assume che nessuna immagine è colpevole, o almeno non lo è di per sé, è cruciale comprendere con quali modalità e a quale livello operi l'identificazione dei singoli e delle società con un linguaggio che associa la malattia ad una diminuzione di umanità. Nell'allontanamento dei

⁶B. ANDRIEU, « *La fin de la biopolitique chez Michel Foucault* : », *Le Portique*, Numéro 13–14, Foucault : usages et actualités, 2004, Pubblicato il 15 giugno 2007. URL : <http://leportique.revues.org/document627.html>. Consulté le 18 janvier 2009.

⁷Z. BAUMAN, *Il disagio della post-modernità*, Mondadori, Milano, 2000, *Medicina, informatica e vita etica*, p.188, «La morte viene resa assente dal suo eccesso di visibilità, resa trascurabile dalla sua onnipresenza e privata di voce dal chiasso assorbente entro il quale si muove.»

⁸M. FOUCAULT, *La nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino, 1998, p.15, «Lo spazio della configurazione della malattia e lo spazio della localizzazione del male del corpo, non sono stati sovrapposti, nell'esperienza medica, che per un breve periodo: quello che coincide con la medicina del XIX secolo e coi privilegi accordati all'anatomia patologica. »

deboli, di coloro su cui si proietta il pensiero insopportabile della finitudine, rivive il dramma di un esorcismo insopprimibile che si ripete disperatamente⁹.

Sebbene costituiscano conquiste in termini di civiltà, lo stesso diritto all'astensione dalla vita lavorativa per la popolazione adulta e per i portatori di forti invalidità, il prepensionamento disposto per i lavori usuranti e l'istituzionalizzazione nelle case di riposo non sono estranei a questa logica e si qualificano come dispositivi di segregazione, che anticipano l'estromissione cui l'anziano e il malato andrebbero comunque incontro¹⁰.

Coerentemente con questo approccio pseudo-naturalistico, la società prende commiato dal malato grave ben prima che le sue condizioni precipitino, ponendolo di fatto al di fuori del consesso dei viventi: fortemente ritualizzato quel distacco, che è percepito dall'*entourage* dell'anziano come una fatale necessità, agisce di fatto come un messa a morte, una condanna inflitta per proteggere i viventi da una terribile profezia¹¹. Deculturalizzata e destituita di senso, l'esistenza di chi porta i segni della morte viene ridotta ad un susseguirsi insensato di azioni meccaniche, tanto che il senso comune biasima la caparbia volontà di auto-conservazione di chi si approssimi alla fine della propria parabola esistenziale e seguiti a desiderare la vita.

§– 1.1– Desemantizzazione dell'evento-morte: il dibattito prende corpo

Tale è la necessità di inibire i meccanismi di identificazione con il morente, che la sofferenza psichica propria del lutto viene progressivamente assimilata alla sfera del morboso e del patologico: essa deve essere contenuta e minimizzata per contenerne e minimizzarne le ripercussioni sociali. Si viene dissuasi dall'indugiare al capezzale di un amico o di un parente cui si presta assistenza, se si ritiene che non vi sia più niente da fare¹². Tuttavia, la precipitazione con cui si compie la separazione, diametralmente opposta, nella forma, all'isolamento richiesto un tempo a coloro che erano stati sfiorati dalla morte, ne riprende nella sostanza lo spirito; in entrambi i casi, le

⁹D. LE BRETON, *Anthropologie du Corps et Modernité*, Puf, Paris, 1990, p. 139, «Le corps doit passer inaperçu dans l'échange entre les acteurs, même si la situation implique pourtant sa mise en évidence. Il doit se résorber dans les codes en vigueur et chacun doit pouvoir retrouver chez ses interlocuteurs, comme dans un miroir, ses propres attitudes corporelles et une image qui ne les surprenne pas.»

¹⁰W. FUCHS, *Le immagini della morte nella società moderna*, Einaudi, Torino, 1972, p. 188, «La garanzia di godere a pieno della vecchiaia fino al suo spegnersi, senza il fastidio della costrizione al processo produttivo, significa riuscito dominio sulla natura, anche per il fatto che la società, nell'allontanamento dal processo produttivo, anticipa certi tratti della morte.»

¹¹N. ELIAS, *La solitudine del morente*, Il Mulino, Bologna, 1999, p. 20, « Ecco l'aspetto più duro: la silenziosa esclusione degli individui senescenti e morenti dalla comunità umana, il progressivo raffreddamento del loro rapporto con individui con cui avevano legami affettivi; e soprattutto il distacco dagli individui che hanno dato senso e sicurezza alla loro vita. »

¹²M. VOVELLE, *La morte e l'Occidente dal 1300 ai giorni nostri*, Laterza, Roma-Bari, 200, p.634, « La morte in ospedale è una morte solitaria, simbolicamente materializzata dal paravento collocato nella corsia, mascheramento derisorio dell'agonia (...) »

prescrizioni agiscono a porre una netta cesura fra due mondi che non possono e non debbono contaminarsi.

Di qui l'invincibile resistenza ad abbandonarsi ad un gesto d'affetto per chi si appresta a lasciarci, atteggiamento che è espressione non soltanto di un riserbo a manifestare i sentimenti più intensi e riposti, ma pure dello sbigottimento che induce la transizione fra questi due mondi¹³.

Con notevole intensità Maria Clotilde Gislon delinea un quadro puntuale delle strategie di neutralizzazione che infantilizzano il paziente e ne riducono la libertà di decisione, con conseguenze particolarmente tristi sia sul piano relazionale – perché viene intaccato il rapporto instaurato con la cerchia dei cari – sia dal punto di vista della dignità del malato¹⁴. Alla reificazione del malato segue una desemantizzazione dell'evento-morte, percepito come un'assurdità, una *sofferenza inutile e penosa, la cancellazione che ci si augura sia rapida e indolore* pone interrogativi ineludibili a coloro che si trovano a fronteggiare le ricadute di questa scelta di abbandono sul piano umano, psicologico e morale¹⁵.

In una sorprendente continuità con il passato, il morente – un tempo affidato alle cure del sacerdote, che ne accompagnava il trapasso- viene oggi accudito da uno staff sanitario che si adopera ad alleviarne le pene: stato d'eccezione, il suo particolare statuto continua ad invocare un intervento tecnico, una specifica professionalità, che è poi la professionalità temuta e rispettata di chi ha a che fare con la morte. Una continuità solo apparente, perché la scienza non può che ingaggiare con la morte una battaglia disperata sul cui esito si fonda la sua fondamentale promessa di salvezza¹⁶. Comune è il tentativo di localizzare il "male": anche questa ricerca di una delimitazione della morte, volta a circoscriverne il raggio d'azione, non è affatto nuova, dal momento che costituisce la principale funzione dei riti funebri¹⁷. Tale delimitazione ha lo scopo di innalzare una sorta di cordone sanitario che si pone attorno alla morte per impedirle di nuocere ancora – convinzione che intrattiene inquietanti analogie con la teoria magico-religiosa della morte come contagio, non scevra di rapporti con i *dérappages* di una certa epidemiologia contemporanea¹⁸. Della ripetitività

¹³N. ELIAS, *La solitudine del morente cit.*, p. 47, « Oggigiorno gli uomini che sono a contatto con i moribondi non sono più in grado di confortarli con la manifestazione del loro affetto e della loro tenerezza. Fanno fatica a stringere o accarezzare la mano di una persona che muore, perché capisca che né devozione né protezione sono venute meno.»

¹⁴M. C. GISLON, *La funzione dell'orthotanasista* in <G. C. ZAPPAROLI, E. ADLER SEGRE, *Vivere e morire. Un intervento con i malati terminali*>, Feltrinelli, Milano, 1997, p. 164, «Di che cosa ha bisogno quindi – dobbiamo domandarci – una persona che sta per morire? »

¹⁵F. CAMPIONE, *Contro la morte*, Clueb, Bologna, 2003

¹⁶A. CAROTENUTO, *L'Eclissi dello Sguardo*, Bompiani, Milano, 1997, p. 4, «La differenza però è sostanziale: mentre i sacerdoti sostituiscono la speranza della vita sostenendo la necessità salvifica della morte, la scienza si è fatta complice dell'atteggiamento difensivo e della negazione collettiva di essa: non l'umile genuflessione dinanzi a *sora morte*, ma la tracotante voglia di vincerla. »

¹⁷L.V. THOMAS, *L'ambivalenza del rituale funebre: per il morto o per i sopravvissuti?*, in *Zeta: ricerche e documenti sulla morte e il morire*, rivista dell'Istituto di Tanatologia e Medicina psicologica, Bologna Cappelli Editore, n. 1, Marzo 1986, p. 23.

¹⁸W. FUCHS, *Le immagini della morte nella società moderna. Sopravvivenze arcaiche e influenze attuali*, cit., p. 42, «I riti funebri oggi praticati tradiscono ancora qualcosa di questa concezione e dell'antica angoscia nei confronti dei morti. (...) la paura della morte nelle società primitive sembra essere stata, in base ai suoi contenuti, primariamente paura dei

delle pratiche che caratterizza il rito restano vestigia nella riedizione secolarizzata della standardizzazione dei protocolli di intervento e delle procedure terapeutiche, che contrastano l'imprevisto con cui fatalmente la professione medica si confronta¹⁹.

Più che mai opportune le riflessioni di Norbert Elias che nell'evitamento superstizioso della morte, nella sua rimozione sociale individua una misura difensiva atta a proteggere l'equilibrio dei superstiti, di coloro che debbono sopportare una perdita²⁰. Contestando a Philippe Ariès l'unilateralità della sua interpretazione, Elias osserva come tale rimozione preesista, almeno nella cultura europea e occidentale, all'avvento della modernità, che ne ha solo razionalizzato le manifestazioni esteriori, eufemizzando le implicazioni emotive della perdita.

L'elemento di maggiore discontinuità nella percezione della morte risiede piuttosto in ciò che potremmo definire un processo di "negazione militante", vera e propria lotta ingaggiata contro ogni fattore di rischio.

Situando la sua analisi del somatocentrismo nella prospettiva di una critica più generale ad una mancata liberazione del corpo, Le Breton interpreta l'attenzione da cui il corpo è circondato, come un elemento portante dello spirito della modernità: se il corpo è il luogo della ferita, è su di esso che bisogna applicare il rimedio²¹. Il pesante fardello della cura di sé rimanda ad un immaginario in cui l'individuo è l'artefice del proprio corpo, che plasma sino a piegarne la materia ribelle e refrattaria, ad inibire quell'animalità, mai completamente addomesticata, che torna a prendere il sopravvento nel dolore, nella fatica o nella sessualità per essere rapidamente archiviata.

Lungi dall'evocare uno scenario meramente edonistico, l'insistenza sulla corporeità si traduce in un'angosciante sequenza di prove e di cimenti che il singolo deve superare per conformarsi alla norma del corpo sano e curato: quando la salute individua un nuovo tipo di dovere sociale, il confine fra autodeterminazione e coercizione si fa estremamente labile²².

Richiamandosi alle analisi di Jean Braudillard, Le Breton riflette sul diverso segno di un narcisismo che nell'età contemporanea appaga e, nel contempo, controbilancia lo smisurato investimento autoerotico con il desiderio paradossale di sapersi in un'uniformità più vagheggiata che reale. Abolita la *jouissance* non rimane che un conformismo, un culto della norma che costruisce uno

morti. »

¹⁹R. DAVIS– FLOYD, G. ST. JOHN, *From doctor to healer. The transformative Journey*, Rutgers University Press, New Jersey, 1998, p. 32, « In professions like medicine, where chaos and uncertainty pervade daily practice, cleaving to ritualistic routines in which they can demonstrate clear competence can hold fear at bay and give practitioners a much-valued sense of confidence and control over what are often very uncertain outcomes »

²⁰N. ELIAS, *La solitudine del morente*, Il Mulino, Bologna, 1999, p. 19

²¹ D. LE BRETON, *Anthropologie du Corps et Modernité*, cit., p. 138, «Une ruse de la modernité fait passer pour libération des corps ce qui n'est qu'éloge du corps jeune, sain, élané, hygiénique. La forme, les formes, la santé s'imposent comme souci et induisent un autre type de relation à soi, l'allégeance à une autorité diffuse mais efficace.»

²² G. JERVIS, *Corpo e psicologia* in C. PASQUINELLI, *Il corpo tra natura e cultura*, (a cura di), Franco Angeli, Roma, 1998, p. 146, «Ironia suprema, nell'ambito del *leisure* e delle mode culturali lo stesso corpo viene restituito all'individuo affinché se ne occupi secondo la modalità del consumismo narcisistico, cioè affinché ciascuno si consoli in un inseguimento della snellezza, della giovinezza esibita o apparente pagando il loro prezzo di mercato e vissuti »

spazio sociale da cui sono esclusi anzitutto il malato, l'anziano e il morente – designati solidalmente in virtù della comune destinazione. Si arriva al paradosso per cui si rifiuta si impone *all'individuo di guarire da ciò di cui non si è ammalato*, patologizzando un normale processo fisiologico, quale la senescenza²³.

L'integrazione delle pratiche di regolamentazione del corporeo elaborate dalla scienza medica nella vita quotidiana implica la partecipazione attiva dei soggetti: cooperatività, vigilanza, autocontrollo vengono, così, a identificare il corretto atteggiamento atteso dal paziente o, per meglio dire, da qualsiasi individuo in qualità di potenziale paziente²⁴. Gli individui hanno assunto su di sé la duplice responsabilità che consegue all'integrazione delle prospettive somatica e genetica – la prevenzione non si concretizza più nell'astensione dai comportamenti reputati nocivi, ma si esplica nell'acquisizione di cognizioni e di registri tecnici tali da permettere una costante auto-ispezione.

La collaborazione degli interessati è imprescindibile e decide del successo dell'operazione, dal momento che la mera coercizione non assicura una completa adesione a questo paradigma di disciplinamento totale, utopico e irrealizzabile, che si fonda sulla consapevolezza paradossale dell'inaffidabilità del somatico e della precarietà dei risultati ottenuti²⁵.

Quanti si sottraggono a questa responsabilità sono, di fatto, negligenti, inadempienti o devianti rispetto ad un ordine morale e politico²⁶. Ciò che appare evidente nell'approccio delle campagne di prevenzione, e persino nei messaggi promozionali riferiti ai servizi alla persona e all'estetica, è che l'incuria non produce effetti solo sullo scellerato che vi si abbandona, ma attenta alla salute e al benessere di chi gli sta attorno, recando offesa alla società intera. Criminalizzato per la sua stessa malattia, il fumatore, l'obeso, il diabetico, il malato di AIDS è qualcuno che si è posto volontariamente al di fuori del modello di vita ordinata e salubre, oggi accessibile a tutti con un minimo impegno²⁷. Alla patologia grave, non passibile di miglioramento alcuno, sottende una colpa, un'omissione, una cattiva amministrazione delle proprie risorse. Affatto nuova nella sostanza la concezione della malattia come castigo, individua negli intemperanti i candidati ad un insuccesso

²³A. GUERCI, S. CONSIGLIERE, *Il vecchio allo specchio. Percezioni e rappresentazioni della vecchiaia*. Serie "Vivere e curare la vecchiaia nel mondo", vol. IV, Erga Edizioni, Genova, 2002.

²⁴N. ROSE, *La politica della vita, Biomedicina, potere e soggettività nel XXI secolo*, cit., p. 233

²⁵G. CALVI, *Corpi sani, corpi malati*, in C. PASQUINELLI, *Il corpo tra natura e cultura*, (a cura di), Franco Angeli, Roma, 1998, p.p. 58–59, «Il rapporto fra sé e il proprio corpo si traduce perciò in una capacità raffinata di auscultarsi per percepire ogni mutamento nella possibile sintomatologia dei mali. »

²⁶D.FASSIN, D. MEMMI, *Le gouvernement des corps. Cas de figure n.3*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en sciences Sociales, Paris, 2004, p.25, «Le rapport de soi à soi et de soi aux autres, fait d'auto-examen et de respect de la différence devient l'ordinaire de la bonne conduite.»

²⁷R. ESPOSITO, *Bios, Biopolitica e Filosofia*, Einaudi, Torino, 2004, p. 126, «L'iscrizione al tipo del degenerato di un numero sempre più vasto di categorie sociali- alcolizzati, sifilitici, omosessuali, prostitute, obesi, fin allo stesso proletariato urbano- restituisce il segno di questo scambio incontrollato fra norma biologica e norma giuridico-politica...»

terapeutico ampiamente giustificato: i recidivi e gli smodati si pongono necessariamente al di fuori dei disegni di questa provvidenza scienziata.

Sul paziente, in quanto portatore di una condotta sociale errata, irresponsabile o moralmente discutibile, si imprime lo stigma di una devianza particolarmente odiosa, poiché non soltanto grava sulla società che salda il conto della sua imperizia, ma perché costituisce, con il suo stesso esistere un attentato all'altrui sicurezza – assecondano questa tendenza alcuni recenti esempi di comunicazione istituzionale che esibiscono “la colpa” da cui scaturisce il male. A tal proposito, spiazza l'equiparazione di comportamenti eterogenei, quali il consumo di *junk food*, il tabagismo o, più banalmente, dell'infedeltà coniugale, che tracciano il profilo dell'individuo socialmente irresponsabile, di colui che si potrebbe definire alla stregua di un “bio-terrorista”.

Nel caso in cui l'impegno e il buon governo del corpo non siano sufficienti ad assicurare la salute o a mantenere lo *status quo*, la medicina, intesa come apparato, consegna il paziente alla solitudine. La morte del paziente, ancorché determinata dalla severità delle sue condizioni, è vissuta come un trauma da parte del personale sanitario, che, ammettendo la propria impotenza, tradisce le aspettative che la società rimette nella scienza.

Iona Heath, molto attiva nelle campagne di sensibilizzazione per un'assistenza centrata sul paziente, ha mostrato come la negazione dell'ineluttabilità della fine abbia prodotto una mostruosa salvaguardia della durata della vita a discapito della sua qualità, al punto che gli sforzi degli operatori vanno nella direzione di un suo prolungamento incessante, anche in condizioni disperate. Con il suo impegno indefesso la ricerca medica asseconda il primo imperativo della società – ovvero garantire il compimento biologicamente normale della vita – cui sono finalizzate le politiche di prevenzione e sicurezza sociale, ovvero del Welfare.

Nel trattamento dei pazienti traspare la preoccupazione della medicina – una medicina gioco forza più difensiva – di procrastinare la vita oltre il punto in cui il paziente stesso è in grado di attribuirle un valore²⁸. L'iper-responsabilizzazione della classe medica è una contropartita all'autorità di cui la società li investe – autorità che non costituisce un legittimo riconoscimento della funzione svolta dal professionista coscienzioso, ma risponde alla perniciosa convinzione che la “tecnomedicina” abbia il potere (dovere) di assicurare la vita eterna²⁹. In questo senso, si può dire che il silenzio dissimula e occulta una colpa, poiché si considerano tali sia l'omissione del medico – ovvero la sua inammissibile incompetenza – sia la trascuratezza del paziente – l'altrettanto imperdonabile incapacità di prendersi cura della propria persona. L'insuccesso della medicina, che si manifesta

²⁸H. JONAS, *Il diritto di morire*, Il Melangolo, Genova, 1991, p. 11, «Il nuovo problema è il seguente: spesso la tecnologia medica moderna, anche quando non può procurare la guarigione o un sollievo o una proroga, per quanto breve, di vita degna di essere vissuta, è tuttavia in grado di procrastinare oltre il punto in cui la vita ha ancora un valore per il paziente stesso, anzi oltre il punto in cui questi è ancora in grado di darle un valore. »

²⁹ R. DAVIS– FLOYD, G. ST. JOHN, *From doctor to healer. The transformative Journey*, cit., p. 34, «Although medical personnel do have the power to give orders to patients and establish institutional policies and procedures, they can be and often are held to be accountable for deaths and outcomes that no mortal could prevent.»

nella contingenza di quell'individuo consegnato alla morte, è metafora di uno scacco più fondamentale, di una ferita inflitta alla pretesa prometeica di esercitare un controllo totale sulla natura.

E' nel segno dell'antico terrore per l'ineluttabile, che la società rifiuta nella morte la propria disarmante contingenza, che sembra svuotare di senso i diktat della modernità: accettare una morte meno penosa di una lenta agonia acquista una valenza sovversiva e si carica di significati profondamente anti-sociali. In tal senso resta illuminante l'analisi di Ronald Dworkin che sottolinea come la difesa esasperata della vita nei termini del suo prolungamento ponga un problema politico rispetto a «*come la sacralità della vita debba essere intesa e rispettata*» e agli «*strumenti che garantiranno che il rispetto non assuma la forma della coercizione*»³⁰.

A un simile approccio consegue anche l'indubbia difficoltà che incontrano i medici quando debbono confrontarsi con un pubblico che chiede alla scienza di mantenere la sua promessa, di portare a termine il compito che consegue all'impresa della totale gestione dell'esistenza: la cancellazione della morte. Proprio nel momento in cui con la speranza frustrata di una pronta guarigione viene meno anche la capacità di interpretare un evento che coglie drammaticamente impreparati, il paziente si trova solo e si scontra con la reticenza di chi dovrebbe "proteggerlo", non solo assisterlo.

Finalizzato ad un'ottimizzazione della pratica clinica il *turn over* degli operatori e il differimento ad altri specialisti – che precede l'ultima fase della vita più spesso demandata alle cure del personale paramedico – inficia ogni possibilità di ascolto nella relazione medico-paziente, riducendola ad un insieme di tecnicismi in cui la possibilità di un'interazione è drasticamente limitata, per non dire obliterata. In tali condizioni non si può certo pretendere che il terapeuta possa interpretare le esigenze del paziente, calibrare l'intervento sulle sue necessità, informarlo del suo stato nelle modalità più opportune; l'efficienza e la distanza si rivelano indispensabili alleate nella trasformazione del sistema sanitario in una realtà produttiva, ove il medico e gli altri operatori sono sottoposti a pressioni di natura politica, economica, sociale.

Coglie nel segno di tali dinamiche lo sguardo acuto di Hans Jonas che denuncia lo stritolamento del terapeuta fra gli ingranaggi di una medicina industriale, che dell'arte medica conserva, suo malgrado, solo il nome³¹. Una provocazione che non intende misconoscere le fatiche imposte da un'arte severa – che all'intelligenza delle leggi naturali deve unire lo sforzo di una continua ristrutturazione dei saperi e delle rappresentazioni per adattarle alla specificità dei cosiddetti casi clinici – anzi, permette di constatare un pericoloso fuorviamento nella tensione fra la salute che il

³⁰ R. DWORKIN, *Il dominio della vita. Aborto, eutanasia e libertà individuale*, trad. it. di C. Bagnoli, Edizioni di Comunità, Milano, 1994, p. 299

³¹ H. JONAS, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio di responsabilità*, Einaudi, Torino, 1997, p. 221.

paziente *meriterebbe* e quella che ottiene³². La commistione dei piani morale e biologico iscritta nel destino di una parola ambivalente, quale salute, tradisce le attese di quella Musa intransigente che è la medicina, concorrendo a trasformare il terapeuta in colui che *raddrizza i torti*.

Ecco, come a dispetto della sua pretesa secolarizzazione, la scienza seguiti a proporre un modello moralmente connotato e finalistico, in cui al savio si promette la salvezza in terra, assicurandogli che le pene e le invalidità gli saranno risparmiate.

§ – 1.2 Reddittività e costi della normalità biomedica

Costosa in termini psicologici, perché impone sia agli operatori che ai pazienti un costante sforzo di astrazione per considerare la corporeità come separabile dall'individuo, la progressiva meccanizzazione e ottimizzazione dei processi vitali è caratterizzata da una contraddizione ineliminabile sul piano epistemologico: l'inevitabilità della morte costituisce l'obiezione permanente alla possibilità di una gestione totale della vita³³. Inoltre, l'idea stessa di una gestione permanente della vita rinnega le origini e le premessa della pratica medica. Il medico opera per ristabilire un equilibrio che abitualmente si realizza nel vivente per approssimazioni e adattamenti successivi- solo quando sembrano compromesse le condizioni della sua spontanea riproduzione.

Decisamente più sfumata di quanto non sia nell'orizzonte di una medicina che guarda al paziente come all'epifenomeno della patologia, la linea di demarcazione fra salute e malattia è concepita, nella tradizione ippocratica, come una frontiera mobile, mai pienamente definita, che il medico può solo momentaneamente tracciare³⁴.

Per rivitalizzare questo tipo di rappresentazione gioverebbe forse tornare all'insegnamento di Georges Canguilhem che, facendosi assertore di una concezione della malattia quale risposta adattiva, denuncia l'appiattimento del sano sul normale: dal momento che l'organismo *non è un sistema di leggi, ma un'organizzazione di proprietà*, normale e patologico sono nozioni contestuali e arbitrarie. Privilegio degli esseri superiori, la malattia infrangerebbe un equilibrio per trovarne uno più efficace in termini evolutivi³⁵.

Per la sua incapacità di trasformarsi in altro da sé, l'organismo in cui la patologia si cronicizza è trattata come una norma di vita inferiore, passibile di una normalizzazione, ovvero dell'imposizione

³² G. CANGUILHELM, *Sulla medicina. Scritti 1955–1989*, Einaudi, Torino, 2007, p. 4, «L'analogia tra l'arte del medico e la natura medicatrice non spiega la natura con l'arte, ma l'arte con la natura. L'arte medica deve osservare, ascoltare la natura. E qui osservare, ascoltare significa obbedire.»

³³P. BOURDIEU, *Méditations pascaliennes*, Le Seuil, Paris, 1997, p. 155

³⁴H. G. GADAMER, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1994, *L'apologia dell'arte medica*, p. 45, «La reale modalità di successo dell'attività medica s'individua nella capacità di annullare se stessa e di diventare non necessaria. »

³⁵ G. CANGUILHELM, *Il normale e il patologico*, Biblioteca Einaudi, Torino, 1998, Cfr. pure p. 62, p. 74, « La malattia sta al principio dell'attenzione speculativa che la vita dedica a se stesa per il tramite dell'uomo (...) La salute è l'innocenza organica. Essa deve essere perduta, come ogni innocenza, perché una conoscenza sia possibile.»

di una disciplina di vita che renda tollerabile il restringimento delle possibilità implicato dalla malattia stessa. La condizione del malato comporta pertanto la sua espulsione dal campo delle relazioni sociali, finalizzate alla produzione e alla riproduzione, e con essa una più generale perdita del senso dell'esistenza per quel soggetto che ai valori dell'efficientismo ha ispirato la sua condotta. Se nella sua descrizione e percezione soggettiva la malattia presenta il più alto grado di variabilità, la sua definizione in termini privativi e anti-sociali è il sostrato che permette di unificarla in un medesimo discorso. In una società ove invalgono ideologie di ispirazione economicista e efficientista al paradigma di rappresentazione della malattia, quale aggressione di una forza ostile che tenta di conquistare l'organismo, si sovrappone una concezione più strisciante del male quale incapacità di rispondere attivamente ad una minaccia che ridimensiona fortemente la vita attiva³⁶.

Se la prima preoccupazione del medico, almeno a partire dagli anni Sessanta del ventesimo secolo è di restituire l'individuo alle sue occupazioni, è dai tempi dell'affermazione dell'epidemiologia sociale promossa dagli studi di Villermé e di Virchow, che le classi dirigenti premono sui sanitari affinché agiscano ad arginare le condizioni di vita insalubri³⁷.

Gli studi di Marc Augé e Claudine Herzlich hanno ampiamente illustrato come la malattia non rappresenti mai esclusivamente un fatto privato, poiché le misure preventive, la presa in carico e le scelte terapeutiche pongono in essere un determinato rapporto del malato con il suo contesto di riferimento e, conseguentemente, codificano una serie di risposte al "fenomeno-malattia", escludendone altre, potenzialmente, più proficue³⁸. Impossibile a cogliersi nelle lingue neolatine l'articolazione delle componenti che definiscono la malattia è resa dai termini inglesi *Disease*, *Illness*, *Sickness* introdotta da Kleinman – che, con l'espressione *Sickness*, descrive proprio le risposte della comunità ad una patologia, fa riferimento alle complesse dinamiche di rifiuto o di compensazione che la cerchia dei familiari mette in atto, reintegrando o escludendo il malato dalle reti di solidarietà esistenti.

Tale è la profondità del legame fra la nozione di ordine biologico e quella di ordine sociale che la malattia tende ad essere oggetto di un'ambiguità di fondo, che pone il malato in una condizione sospetta rispetto alla comunità. Circondato dallo sguardo vigile dei familiari e dall'occhio acuto del guaritore nelle società tradizionali, o solo, rimesso al parere informato di un tecnico nelle moderne, il malato è comunque sottoposto ad un'inchiesta, è interpellato, è chiamato a rendere ragione del

³⁶ CL. HERZLICH, *Medicina moderna e ricerca di senso: la malattia come significante sociale*, cit., p. 192, « Il lavoro – l'attività – vi ha svolto un ruolo essenziale: nel corso del XIX secolo, si è creata unitamente all'evoluzione industriale un'assimilazione tra salute e capacità lavorativa, malattia e incapacità.»

³⁷ P. VINEIS, *Modelli di rischio. Epidemiologia e causalità*, Einaudi, Torino, 1990, p. 15, «In realtà per Virchow in modo ingenuamente aperto non vi è discontinuità fra scienza e politica. La politica non è che scienza applicata, fisiologia a livello delle popolazioni.»

³⁸ M. AUGE, *Ordine Biologico, ordine sociale*, in <M. AUGE, CL. HERZLICH, *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*>, Il Saggiatore, Milano, 1986, . p. 34, «Il paradosso è che la malattia è al tempo stesso il fatto più individuale e più sociale degli eventi. (...) perché gli schemi del pensiero che permettono di individuarla, di darle un nome, di curarla, sono eminentemente sociali: pensare alla propria malattia significa già fare riferimento agli altri.»

suo stato (definito per l'appunto, critico)³⁹. Durante la visita medica, il paziente viene "esaminato" e si dispongono più approfondite indagini per stabilire le cause e le responsabilità, e l'entità del danno: neppure lo sguardo freddo e oggettivo della medicina scientifica si sottrae alla logica istruttoria e si lancia alla ricerca dei segni di evidenza, delle prove⁴⁰.

Dal momento che la società considera se stessa e i suoi membri come immortali, la morte deve essere imputata all'intervento di una forza esterna, ad un attentato in cui rivive non soltanto l'immagine della fine violenta riservata in molte società agli anziani e ai malati, ma anche la credenza superstiziosa dell'origine magica della morte, causata dal potere stregonesco di un individuo o di un oggetto⁴¹. Prevalde un atteggiamento inquisitorio che permette di accostare la malattia all'antico istituto del giudizio di Dio, in cui l'imputato doveva dare prova della propria innocenza, pena la vita: più di quanto non accada con la metafora bellica che assimila la reazione opposta dall'organismo ad un agente patogeno alla controffensiva militare, tale immaginario riporta in auge l'identità di salute e salvezza.

Per mantenersi all'interno di un modello che identifica nella malattia l'anormalità e la devianza, il terapeuta deve imparare a muoversi in una dialettica di personalizzazione e spersonalizzazione del paziente, concentrandosi sul sintomo, sulla parte del corpo aggredita, trattando il dato somatico per debellare la malattia, cioè l'intruso⁴².

Erede della particolare visione dualista e meccanicista in cui il pensiero scientifico si è sviluppato, la medicina occidentale si alimenta del paradosso ingenerato dallo straniamento dell'individuo rispetto al proprio corpo⁴³. Mariella Combi sottolinea come la scissione operata dalla cultura occidentale tra corpo e mente si riveli cruciale per comprendere l'ambivalenza con cui il corpo viene rappresentato: indagato da una pluralità di scienze deputate ad interpretarne le manifestazioni, il somatico è, per così dire, feticizzato al punto da impedire l'elaborazione di un'immagine globale⁴⁴. Alla parzialità di tale immagine debbono abituarsi i giovani medici che, non a caso, si

³⁹CL. HERZLICH, *Medicina moderna e ricerca di senso: la malattia come significante sociale*, cit., p. 177, «Tutte le società si danno cura di rilevare un legame fra l'ordine biologico e l'ordine sociale. In tutte le società la malattia può essere ricondotta a cause di ordine sociale..»

⁴⁰ M.FOUCAULT, *La nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino, 1998, p. 135, «Il colpo d'occhio è muto come un dito puntato che denuncia. Il colpo d'occhio è dell'ordine non verbale del contatto, contatto puramente ideale magari, ma più incisivo in fondo perché attraversa meglio e va più lontano dietro le cose.»

⁴¹R. HERTZ, *Sulla rappresentazione collettiva della morte*, introduzione di P. Angelini, Savelli, Roma, 1978, pp. 85–86, «La morte non si limita a mettere fine all'esistenza corporea, visibile, di un vivo; essa distrugge contemporaneamente l'essere sociale che si sovrappone all'individualità fisica, a cui la coscienza collettiva attribuiva un'importanza, una dignità più o meno grandi. »

⁴² C. PASQUINELLI *Il corpo tra natura e cultura*, (a cura di), Franco Angeli, Roma, 1998, G. Calvi, *Corpi sani, corpi malati*, p. 47, « il linguaggio del male è inevitabilmente un codice del conflitto. Non a caso lo si rappresenta con una terminologia militare: ammalarsi vuol dire entrare in guerra, essere assediati...»

⁴³ R. DAVIS– FLOYD, G. ST. JOHN, *From doctor to healer. The transformative Journey*, Rutgers University Press, New Jersey, 1998, p. 19, «The human body presents a profound conceptual paradox to our society, for it is simultaneously a creation of nature and the focal point of culture. How can we be separate from nature when we are part of it?»

⁴⁴M. COMBI, *IL grido e la carezza. Percorsi nell'immaginario del corpo e della parola*, Meltemi, Gli Argonauti, Roma, 1998, p. 64, ma cfr. pure p.59, «A livello teorico, però, la scienza occidentale ha reso necessaria una divisione

dicono tenuti ad apprendere un “nuovo linguaggio”, ad operare un continuo decentramento per poter svolgere i propri compiti efficacemente.

Quello che si ritiene essere fra i dati più stabili della conoscenza umana – il corpo – è in realtà caratterizzato da un’incredibile varietà di immagini e rappresentazioni. Nelle società caratterizzate dall’opposizione dicotomica di uomo e cosmo, eredità della tradizione filosofica europea, si tende a concettualizzare il corpo come un oggetto faticosamente sottratto al dominio del naturale, dell’organico, cui si fanno corrispondere il disordine primordiale, l’indistinzione. L’esistenza umana viene pertanto a costituire quell’eccezione in un cui il disordine viene sottomesso ad una norma che si contrappone alle leggi di natura o, comunque le trascende: la morte pone fine a quell’eccezione irripetibile che è ogni vita – la morte del singolo è sempre metonimica rispetto alla dissipazione che caratterizza la specie umana⁴⁵.

Al contrario, nei contesti ove si postula una continuità fra l’uomo e il cosmo non s’individua una frattura altrettanto forte nella morte. Parte di un ordine più generale che la sua esistenza non contraddice, l’essere umano è soltanto una delle possibili epifanie della molteplicità del vivente: alla disperazione si sostituisce la consapevolezza (o piuttosto, l’attesa) di un perpetuo divenire, in cui nel mutare nell’aspetto e delle caratteristiche esteriori, ogni forma di vita continua a partecipare dell’armonia del cosmo. Fra gli esempi di come una simile concezione agisca a modificare l’atteggiamento rispetto alla morte, merita di ricordare l’opera che Leenhardt ha dedicato alle popolazioni Canache⁴⁶.

Sono naturalmente molteplici le obiezioni che potrebbero scaturire da un riferimento evocato tanto succintamente, con cui si vuole solo affermare che, laddove l’identità è intesa in termini relazionali, la corporeità è confiscata al possesso del singolo per qualificarsi come parte di una comunità più vasta, talvolta, sino a coincidere con il vivente nella sua interezza. Una simile rappresentazione è tanto più improbabile quanto più le culture percepiscono la loro nascita in opposizione ad un ambiente ostile, e, conseguentemente, nelle società complesse, ove gli individui ritengono di godere di un discreto margine di autonomia nelle loro iniziative, in virtù di una lotta incessante, condotta nei secoli, per dominare le forze oscure della natura. L’auto-affermazione dipende in larga parte dalla capacità del soggetto di modificare l’ambiente circostante in modo durevole – abbandonando la fatalità dell’essere per la certezza dell’avere.

per competenze che è frutto di un’astrazione che limita, se non impedisce, la strutturazione di un’immagine del corpo di tipo scientifico globale»

⁴⁵ G. AGAMBEN, *Il linguaggio e la morte. Un seminario sul luogo della negatività*, Einaudi, Torino, 1982, Giornata Ottava, p. 107, « Fare esperienza della morte come morte significa, infatti, fare esperienza del togliersi della voce e del suo comparire».

⁴⁶ M. LEENHARDT, *Do Komo*, Paris, Gallimard, 1947, pp. 57–70, p.17, «Le corps n'est pas conçu chez les Canaques, comme une forme et une matière isolées du monde, il participe en son entier d'une nature qui, à la fois, l'assimile et le baigne...La mort n'est pas conçue sous la forme de l'anéantissement, elle marque l'accès à une autre forme d'existence où le défunt peut prendre la place d'un animal, d'un arbre, d'un esprit.»

A partire dalla sua esperienza presso gli Zinacantechi nella regione del Chiapas, Byron J. Good ha condotto un parallelismo fra l'empatia caratteristica di un approccio terapeutico che si integra in una visione olistica dell'esistenza e l'impersonalità della biomedicina che tende a "ripristinare" il funzionamento della macchina-corpo, preservando nella salute, l'interesse dell'assistito⁴⁷.

§ – 1.3– Potere di cura: la disponibilità della vita

Ancorché strumentalizzata e asservita agli scopi di coloro che denunciavano la disumanizzazione delle società occidentali, la contrapposizione tra il decisionismo arido della biomedicina e l'umanità di una terapeutica che investe sulla relazione ha costituito il presupposto per un più ampio dibattito sui valori della solidarietà e della reciprocità, veicolati o negati dall'indirizzo delle politiche mediche.

Emblematica la "diagnosi" formulata da Marcuse, che attribuisce l'occultamento della morte alla necessità di mascherare il processo di distruzione perpetrato dall'uomo a danno della natura: la dissipazione connaturata al sistema industrial-tecnologico costituirebbe la trasposizione della pulsione di morte sul piano della realtà produttiva⁴⁸. Rientrano in questo filone fortunato e fecondo movimenti lontani quanto l'Esistenzialismo, la Scuola di Francoforte e i foucaultiani, ma è senz'altro Ivan Illich a colpire con la sua invettiva la quotidianità della pratica medica.

Secondo Illich la difficoltà nelle società del benessere ad affrontare la morte nascerebbe da una mancata assunzione di responsabilità degli individui e della comunità rispetto ad un fenomeno di cui si intende rimuovere collettivamente l'esistenza. Con la medicalizzazione si istituzionalizzerebbe il trasferimento di responsabilità dall'individuo all'apparato, si tenterebbe di rimettere a allo specialista il confronto con la sofferenza. In questa prospettiva, il *proliferico programma burocratico* confermerebbe il paziente in uno stato di minorità e di incapacità assoluta rispetto alla sofferenza, alla malattia, alla morte⁴⁹.

Pesanti i dubbi su di un "saper morire" che altri negano tenacemente, qualificando la morte come non passibile di apprendimento alcuno, proprio perché la fine è unica, irripetibile, diversa per ognuno⁵⁰. Pur riconoscendosi nell'impostazione di Illich, alcuni autori parlano, più prudentemente,

⁴⁷ B. J. GOOD, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni di Comunità, Torino, 1994 p. 42.

⁴⁸H. MARCUSE, *Ecologia e critica della modernità*, in <Capitalismo, Natura, Socialismo, n. 6, Dicembre 1992, p. 52>, «il concetto di distruzione è reso oscuro e mimetizzato dal fatto che la distruzione stessa è profondamente intrinseca alla produzione ed alla produttività.»

⁴⁹ I. ILLICH, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano, 2004, pp.113–114, «Non volendo morire da solo, il paziente è caduto in uno stato di patetica soggezione. Ha ormai perso la fede nella propria capacità di morire, cioè nella forma estrema che la salute può assumere, e ha fatto un grosso problema del diritto di essere ammazzato in modo professionale.»

⁵⁰ V. JANKELEVITCH, *Pensare la morte?*, Minima, Milano, 1995, p. 40, «La morte non si impara, perché non c'è niente da imparare.» Ancora p. 93, «E' l'angoscia di qualcosa di irrepresentabile: un'esperienza che non è stata mai fatta e che si fa sempre per la prima e l'ultima volta, giacché la prima è anche insieme l'ultima. E' l'accesso a un ordine

di una solidarietà sfilacciata fra vivi e morenti, che si esprime in un rifiuto individuale e sociale. Altri ancora sostengono, più prosaicamente, che la rimozione collettiva della morte identifichi una strategia di conservazione del privilegio messa in campo dalle borghesie *compradore* per occultare un rapporto di dominazione che si perpetua nella malattia, vanificando anche il mito della morte, quale grande livellatrice⁵¹.

Non riscuote un consenso unanime la tesi della rimozione della morte, evocata ubiquamente nella critica alla società industriale, nella lotta contro i suoi modi di produzione e riproduzione, nonché, con minore consapevolezza o con una maggiore capacità mimetica, del suo carattere secolarizzante e dissacratorio. Quanti nutrano legittime perplessità sulle pulsioni regressive e potenzialmente reazionarie che si celano fra queste pagine cariche di indignazione, troveranno nelle obiezioni di Werner Fuchs un'ulteriore conferma dei propri sospetti. Suona, infatti, falsa una polemica che individua nella costanza della morte la prova del fallimento delle ideologie del progresso – falsa e pericolosa poiché trascura il fatto che ogni consorzio sociale nasce per proteggere i propri consociati dagli innumerevoli pericoli dell'esistenza⁵².

Pertanto, chi su tale ordine pretendeva di esercitare una giurisdizione, ha dovuto avocare a sé il controllo su qualcosa che, per definizione, non è passibile di controllo alcuno: l'assemblea, i saggi, il sovrano si sono resi responsabili della memoria, ovvero dell'oblio e della conservazione di ciò che non è più, tentando di addomesticare la morte⁵³.

Per Gadamer la progressiva rimozione della morte è piuttosto un processo innescato dalla secolarizzazione dell'esistenza. L'affermarsi di una visione naturalistica dell'esistenza avrebbe collocato anche il decesso nel numero di quei fenomeni organici che necessitano di un intervento tecnico per essere disciplinati e ricompresi nel ciclo produttivo⁵⁴.

Se è vero che l'immortalità è diventata un'attesa sociale solo con la meccanizzazione dell'esistenza e con il suo inserirsi in un orizzonte produttivo, la rimozione della morte è un dispositivo di sicurezza per la psiche, che garantisce la proiezione costante verso il futuro e ne costituisce la difesa ineliminabile. Una difesa che preserva dal contatto con l'obiezione costante della morte ad ogni

del tutto differente, o a niente del tutto.»

⁵¹L.-V. THOMAS, *Mort et pouvoir*, Payot, Paris, 1978, p. 76, «Car le déni de la mort camoufle l'inégalité honteuse des hommes devant leur mort, prolongement inévitable de leur inégalité devant la vie qui est l'exigence fondamentale de toute société à classe.»

⁵²W. FUCHS, *Le immagini della morte nella società moderna. Sopravvivenze arcaiche e influenze attuali*, cit., p. 13, «Viene così trascurato il dato evidente che ogni società, nei modi e nelle vie per essa specifici, serve alla conservazione della vita umana, come pure indirettamente offre protezione contro la morte.»

⁵³F. REMOTTI, *Luoghi e corpi, Antropologia dello spazio, del tempo e del potere*, Bollati Boringhieri, Torino, 1993, p. 87, «Le società, si è detto, decidono che cosa possa o debba scomparire, che cosa invece possa o debba rimanere. Ma le decisioni non sono sempre univoche.»

⁵⁴H. G. GADAMER, *Dove si nasconde la salute*, cit., p. 70, « Tale distacco inserisce il decesso nel ciclo tecnologico della produzione industriale. Considerando questi cambiamenti, si scopre che la morte, sebbene con una connotazione negativa, è diventata uno degli innumerevoli processi produttivi dell'odierna vita economica. . »

ordine, con il suo sottrarsi al discorso, alla ragione e alle ragioni, che la pone inevitabilmente al centro di ogni progetto politico⁵⁵.

Conclusioni

L'età contemporanea sembra essere caratterizzata da una coscienza intermittente del corpo, in cui prevale un senso di imbarazzo per la fisicità che, pur si ostenta, con malcelata disinvoltura, nei riti della socialità. Per far fronte alle conseguenze di tale deprivazione si sono diffuse o escogitate pratiche atte a “rifamiliarizzare” gli individui – specialmente coloro che sono dispensati dal lavoro fisico – con il proprio corpo: il massaggio, la bioenergetica, lo yoga, l'attività sportiva dovrebbero accompagnare nel cammino per la riappropriazione dell'unità psicosomatica.

Lungi dal conseguire il risultato sperato, la ricerca ossessiva di una pacificazione con il corpo rafforza l'immagine della corporeità come inevitabilmente “disordinata e scardinata” – anzitutto, perché serba traccia dice di una precarietà, di un'incompiutezza che intacca le certezze dell'uomo. Bruno Remaury ha ironizzato sulla contraddizione che segna di sé una rivitalizzazione dell'origine biologica dell'uomo, giocata sul registro della psicologizzazione del somatico, sull'inganno di un *camouflage* che lascia ancora presagire come la fragilità della condizione umana continui a costituire un pensiero insopportabile e ostracizzato, persino dai suoi paladini e guru⁵⁶. Un *camouflage* che mal cela il rifiuto di quelle differenze intersoggettive che costituiscono la necessaria premessa al diritto, cui si fa dipendere la convivenza nelle liberal-democrazie: non vi sono, infatti, diritti politici, sociali, civili che prescindano dalla concretezza dei bisogni umani e dalla contemporanea assunzione che la debolezza costituisce il denominatore comune ai viventi⁵⁷.

A dispetto di ciò, accade, anche troppo sovente, che la fragilità sia agitata come un castigo inflitto all'arroganza umana o brandito come la prova dell'illegittimità di una visione del mondo, laddove potrebbe rappresentare il fondamento più autentico di un'etica della responsabilità.

Accade, inoltre, che le questioni cruciali della vita e della morte vengano strumentalizzate per veicolare l'idea di un'umanità perpetuamente sofferente, perché la rassegnazione indotta dal dolore come categoria fondamentale dell'esistenza, rappresenta un eccellente sistema di naturalizzazione

⁵⁵G. RICCI, *Il principe e la morte*, Il Mulino, Bologna, 1998, p.11

⁵⁶ B. REMAURY, *Il gentil sesso debole. Le immagini del corpo femminile tra cosmetica e salute*, Meltemi, Roma, 2006, p. 24, «Ecco allora che di fronte al nostro corpo – così fragile e soggetto a ininterrotte minacce – ci si è sempre forgiati una sorta di “doppio trasfigurato” : l'immagine di un corpo realizzato, finalmente libero dalle inquietudini e da quel tanto di ripugnante che caratterizza la nostra condizione davvero troppo umana. »

⁵⁷M. NUSSBAUM, *Capacità personale e democrazia sociale*, Diabasis, Reggio Emilia, 2003, p. 133, «Viviamo la nostra intera vita in corpi di una certa natura, le cui facoltà e le cui debolezze non dipendono in misura rilevante dal fatto di appartenere a una comunità umana piuttosto che ad un'altra. Questi corpi, più simili che diversi, sono le nostre “dimore”: da essi dipendono sia le opzioni disponibili sia quelle che ci sono negate in partenza. »

dei conflitti sociali esacerbati⁵⁸. A partire da tali premesse, si opera una fraudolenta commistione fra il dolore, quale risposta all'ambiente, e il dolore inflitto dal prossimo, ovvero l'ingiustizia e la prevaricazione; se la sofferenza, fisica o morale, esita da un Male e si esprime in un sintomo identificabile, solo un sapere che sia nel contempo morale e tecnico può applicarvisi con successo. Quanto un'aspettativa viene frustrata ingenera una sofferenza, che è considerata alla stregua di una patologia – privazioni e rivendicazioni vengono, allora, trattate come richieste terapeutiche erogabili o non erogabili dal sistema sanitario nazionale, contemplate o meno dal piano assicurativo⁵⁹.

Tentare di spezzare tale silenzio costituisce, oggi più che mai, una scelta civile e politica, con cui ci si propone di combattere una politica dell'assenza e della mistificazione, senza cedimenti ad un improbabile ritorno alla tradizione, o al folle dilagare di una mentalità anti-scientifica e oscurantista.

Roberta Cavicchioli

Bibliografia

Agamben Giorgio, *Il linguaggio e la morte. Un seminario sul luogo della negatività*, Einaudi, Torino, 1982.

Andrieu Bernard, *Le somaphore. Naissance du sujet biotechnologique*, Liège, Ed Sils Maria, 2003.

- « *La fin de la biopolitique chez Michel Foucault* », *Le Portique*, Numéro 13–14, 2004, Pubblicato il 15 giugno 2007. URL : <http://leportique.revues.org/document627.html>.

Ariès Philippe, *L'uomo e la morte dal Medioevo a oggi*, Laterza, Roma–Bari, 1985 (1977).

Augé Marc, Herzlich Claudine, *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Il Saggiatore, Milano, 1986 (1983).

Baudrillard Jean, *Lo scambio simbolico e la morte*, Feltrinelli, Milano, 1990 (1976).

Bauman Zygmunt, *Il teatro dell'immortalità. Mortalità, immortalità e altre strategie di vita*, Il Mulino, Bologna, 1995 (1992)

Beneduce Roberto, Roudinesco Elisabeth, *Antropologia della cura*, a cura di, Bollati Boringhieri, Torino, 2005

Berthelot J.M., « *Corps et société: Problèmes méthodologiques posés par une approche sociologique du corps* », in « *Cahiers internationaux de sociologie* », Vol. LXXIV, 1983, p.119–132.

Braidotti Rosi, *L'era del bio–potere*, in <*Questioni di vita o di morte*> A. Guadagni Reset. Donzelli Editore, Roma, 1995, pp. 55–63.,

Canguilhem, Georges, *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino, 1998

- *Sulla medicina. Scritti 1955–1989*, con un saggio di F. Dadognet, Einaudi, Torino, 2007

Combi, Mariella, *Il grido e la carezza. Percorsi nell'immaginario del corpo e della parola*, Meltemi, Gli Argonauti, Roma, 1998

⁵⁸ S. NATOLI, *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*, 1999, Feltrinelli, Milano, p.366, « L'esperienza moderna del dolore non coincide con la percezione immediata della pena, né con la sua manifestazione sensibile, né con la sua effettualità storica, bensì con la sua comprensione del mondo intero sotto il segno della sofferenza. »

⁵⁹ M. COLUCCI, *Medicalizzazione*, in <Ottavio Marzocca, *Lessico di biopolitica*, Manifesto Libri, Roma, 2006, « La medicina è investita del potere di risolvere tutto, al prezzo però di una semplificazione, di una riduzione del bisogno in malattia. »

- Colucci Mario, *Medicalizzazione*, in <Ottavio Marzocca, *Lessico di biopolitica*, Manifesto Libri, 2005
- Davis– Floyd Robbie, St. John Gloria, *From doctor to healer. The transformative Journey*, Rutgers University Press, New Jersey, 1998.
- Dutruge, A., *Rites Initiatiques et pratique dans la société médicale dans la société française contemporaine*, L'Harmattan, Paris, 1994, pp. 201–219
- Elias Norbert, *La solitudine del morente*, Il Mulino, Bologna, 1999
- Esposito, Roberto, *Immunitas. Protezione e negazione della vita*, Einaudi, 2002
- *Bios. Biopolitica e filosofia*, Einaudi, Torino, 2004
- Foucault Michel, *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1969
- Fuchs Werner, *Le immagini della morte nella società moderna*, Einaudi, Torino, 1972.
- Gadamer, Hans–Georg, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1994
- Gislon Maria Clotilde, "La funzione dell'orthotanasista", in Giovanni C. Zapparoli, Eliana Adler Segre, *Vivere e morire. Un modello di intervento con i malati terminali*, Feltrinelli, Milano, 1997.
- Good, Byron J., *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico–paziente*, Edizioni di Comunità, 1994.
- Guerci Antonio, Consigliere Stefania, *Il vecchio allo specchio. Percezioni e rappresentazioni della vecchiaia*. Serie "Vivere e curare la vecchiaia nel mondo", vol IV, Erga Edizioni, Genova, 2002.
- Heath, Iona, *Modi di morire*, a cura di Maria Nadotti, Bollati Boringhieri, Torino, 2008
- Hertz, R., *Contribution à une étude sur la représentation collective*, Année Sociologique, Paris, vol. 10, 1907, pp. 48–137, Contenuto in <*Sulla rappresentazione collettiva della morte*, introduzione di P. Angelini, Savelli, Roma, 1978>
- Herzlich Claudine, Pierret Janine, *Malati di ieri malati di oggi. Dalla morte collettiva al dovere della guarigione*, Lucarini Editore, Roma, 1986
- Illich Ivan, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano, 1977.
- Kübler–Ross Elisabeth, *La morte e il morire*, Cittadella Editrice, Perugia, 1979.
- Landsberg Paul–Louis, *Il silenzio infedele. Saggio sull'esperienza della morte*, Pensiero e Vita, Roma, 1996
- Le Breton David, *Antropologie de la douleur*, Editions Métailié, Parigi, 1995.
- *Anthropologie du Corps et Modernité*, Puf, Paris, 1990
 - *Adieu au corps*, Paris, Métailié, 2000
- Leenhardt Maurice, *Do Komo*, Paris, Gallimard, 1947, pp. 57–70,
- Marcuse Herbert, *Ecologia e critica della modernità*, in <Capitalismo Natura Socialismo, n. 6, Dicembre 1992, pag. 52>,
- Marzocca Ottavio, *Perché il governo. Il laboratorio etico–politico di Michel Foucault*, Manifestolibri, Roma 2007
- Mechanic David, *Symptoms, Illness, Behavior, and Help–Seeking*, Prodist, New York, 1982.
- Natoli Salvatore, *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*, Feltrinelli, Milano, 1999.
- Nesbitt Blondis Marion, Jackson Barbara E., *Oltre la parola. Importanza dei linguaggi non verbali nei rapporti con il paziente*, Calderini, Bologna, 1980.
- Nussbaum, Martha C., *Capacità personale e democrazia sociale*, a cura di Gianfrancesco Zanetti, Diabasis, Reggio Emilia, 2003
- Pandolfi Mariella, *Perché il corpo. Utopia, sofferenza, desiderio*, Meltemi, Roma, 1996.
- Pasquinelli, Carla, *Il corpo tra natura e cultura*, con saggi di P. Bourdieu, G. Jervis, M. Pandolfi, Franco Angeli, Roma, 1998
- Remaury Bruno, *Il gentil sesso debole. Le immagini del corpo femminile tra cosmetica e salute*, Meltemi, Roma, 2006

Remotti, Francesco, *Luoghi e corpi. Antropologia dello spazio, del tempo e del potere*, Bollati Boringhieri, Torino, 1993

Rose, Nikolas, *La politica della vita, Biomedicina, potere e soggettività nel XXI secolo*, Einaudi, Torino, 2008

- *Political Power Beyond the State: Problematics of Government*, in <The British Journal of Sociology>, XLIII, n. 2, June 1992,

Thomas Louis–Vincent, *Antropologia della morte*, Garzanti, 1976

- *L'ambivalenza del rituale funebre: per il morto o per i sopravvissuti?*, in *Zeta: ricerche e documenti sulla morte e il morire*, rivista dell'Istituto di Tanatologia e Medicina psicologica, Bologna Cappelli Editore, n. 1, Marzo 1986, p. 23,

Veatch, R., *Death, dying and the biological revolution: Our last quest for responsibility*, Yale University Press, New Haven 1976

Vineis, Paolo, *Nel crepuscolo della probabilità. La medicina tra scienza ed etica*, Einaudi, Torino, 1999

Vovelle Michel, *La morte e l'Occidente. Dal 1300 ai giorni nostri*, Laterza, Bari, 1993 (1983).

Jankelevitch, Vladimir *Pensare la morte?*, Minima, Milano, 1995

Jonas Hans, *Il diritto di morire*, Il Melangolo, Genova, 1991

- *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio di responsabilità*, Einaudi, Torino, 1997