

Corpo e identità nella società contemporanea

di Maria Luisa Iavarone*

1. Introduzione

La società attuale rivolge sempre maggiore attenzione al corpo, alla sua immagine e alle diverse rappresentazioni della corporeità. La realtà mediatica e dell'immagine, nella quale siamo immersi, contribuisce ad enfatizzare tale fenomeno fino a rendere il corpo un'icona prevalente che si impone, in maniera assolutamente preponderante, su tutte le altre caratteristiche psicologiche e di personalità del soggetto a cui tale immagine viene fatta riferire. Basti pensare, ad esempio, a quanto il mondo della moda o dello *show business* in tempi rapidissimi faccia trionfare e consacrare modelli estetici, più o meno aderenti a canoni di bellezza classica, che tuttavia spesso, poco attrezzati sul piano identitario e della formazione culturale, non "reggono" l'urto della risacca mediatica a cui le icone del nostro tempo sono inevitabilmente esposte. Insomma, si verifica una sorta di paradosso: all'enfatizzazione materiale della corporeità corrisponde una smaterializzazione identitaria che determina un'imposizione del linguaggio del corpo su qualsiasi altra forma di linguaggio e di comunicazione. Tale circostanza facilmente si presta a diventare un pericoloso modello educativo ingenerando, soprattutto nelle generazioni più giovani, la falsa idea che un seducente aspetto fisico sia esclusiva chiave di accesso al successo, alla popolarità, alla fama mediatica.

In una società in cui l'apparire, in particolare in televisione, conta più di qualsiasi altra esperienza al mondo, il bell'aspetto si impone a vari livelli nei diversi contesti mediatici come ad esempio i *reality-show* (fra tutti il "Grande Fratello") o i *talent-show* ("X-Factor" o "Amici") o i *social network* che viaggiano attraverso la rete (si pensi al dilagante fenomeno di *facebook*). Insomma, tutti questi "contenitori" finiscono per diventare delle vere e proprie "palestre identitarie"¹, dei luoghi in cui persone normali provano a diventare dei "personaggi", a costruirsi un'identità peculiare, spesso con mezzi aggressivi, provocatori e trasgressivi. Sembra appena il caso ricordare che "vivere" in questi "luoghi", ma anche semplicemente partecipare da spettatore a questi eventi, comporta degli rischi scaturenti dal fatto che tali luoghi non sono evidentemente spazi reali ma contenitori all'interno dei quali emozioni, percezioni, processi cognitivi e sociali non sono autentici ma enfatizzati ed amplificati in maniera del tutto innaturale, sotto l'occhio vigile di una telecamera o di una *web-cam*. L'artificio iper-realistico a cui siamo esposti, quando assistiamo a "brandelli di vita reale" nella casa del Grande Fratello, deve costantemente cortocircuitare con il "senso di realtà" di chi possiede responsabilità educative nella formazione dei giovani, al fine di porsi quale mediatore tra tali dinamiche pseudo-esistenziali e la consapevolezza della vita reale fatta di altre forme di linguaggio, ma soprattutto da diverse grammatiche e sintassi.

In questo panorama nasce un'emergenza educativa palpabile che richiede di infittire la trama del tessuto relazionale tra giovani ed adulti, sempre più sgranata a causa di specchi deformanti la vita reale che finiscono per riflettere la fatica del processo identitario. Alla luce di tali considerazioni, si evidenzia la necessità di uno spazio di lavoro educativo che sia sempre più attento a fornire ai giovani un "filtro culturale", una sorta di dispositivo metacognitivo che li aiuti a selezionare, controllare, valutare tali fenomeni non solo come esperienze perturbanti ma come delle occasioni di riflessione culturale ed identitaria autonoma e criticamente guidata.

Il problema dell'identità di un soggetto da sempre si è fatta riferire alla sua immagine, alla corporeità che la proietta, in ultima analisi alla sua fisicità evidente. E qui si pone un interrogativo di non facile soluzione nella lettura del rapporto corpo-identità.

Il sesso con il quale un individuo viene al mondo è generalmente ritenuto fattore discriminante l'appartenenza ad un genere rispetto ad un altro; tuttavia, in un mondo in cui le geometrie identitarie non appaiono più così definite, il corpo diviene solo l'involucro, a volte scomodo, all'interno del quale si cela una diversa identità.

D'altra parte, anche i recenti mutamenti sociali, culturali e massmediatici hanno contribuito a modificare, ad

* Professore associato di Pedagogia sociale presso la Facoltà di Scienze Motorie dell'Università di Napoli "Parthenope".

¹ Nella rete convivono forme diverse di comunicazione: ad esempio la comunicazione dialogica (del tipo one-to-one) coesiste con la comunicazione disseminativa (del tipo broadcast), testimoniando la presenza sia del dialogo che della disseminazione. Ciò fa sì che gli ambienti digitali si configurino come spazi di ibridazione all'interno dei quali far convivere modi e mondi diversi, nei quali, soprattutto i giovani, sperimentano modalità sempre più performative di comunicazione, di socializzazione e di identizzazione. (In proposito, si confronti D.Salzano, *Etnografie della rete. Pratiche comunicative tra on line e off line*, FrancoAngeli, Milano, 2008).

esempio, l'immagine del maschio che appare sempre meno virile, esteticamente molto curato, consumatore di cosmetici, spesso depilato o glabro. Anche dalla pubblicità e dalla moda l'uomo viene presentato sempre "meno uomo" e sempre più *metrosexual*², con caratteristiche e modi comunemente associati al genere femminile quali la sensibilità, l'emotività, la fragilità. I giovani maschi si trovano, dunque, a fare i conti con una percezione della loro mascolinità che stride con l'ancora diffuso stereotipo maschilista. Si fa strada, tra essi, l'idea di una sessualità e di una genitalità che recuperi la dimensione della tenerezza, della disponibilità, ma che al contempo viene censurata all'interno dello stesso mondo maschile, fin dalla preadolescenza. Da qui la necessità di una pedagogia al maschile³ che, proprio a partire dall'analisi del corpo del maschio – corpo sessuato non solo nella sua dimensione biologica, ma integralmente maschile – indagherà spazi, tempi e codici che accompagnano e strutturano la sua identità mediante un dispositivo pedagogico alternativo e critico, in grado di aiutare il giovane maschio a crescere uomo all'interno di un percorso di crescita identitaria matura, solidale e "virilmente tenera".

Altro problema connesso al rapporto corpo-identità si sviluppa proprio in rapporto alle nuove tecnologie; all'interno di ambienti virtuali, infatti, nei quali l'identità si è sganciata dalla corporeità e si è andati verso "un'identità virtuale e simbolica" priva di agganci fisici, qualsiasi riduzionismo identitario, ancorato ad un genere dichiarato, appare privo di senso. Si pensi, ad esempio, alla comunicazione in rete dove le persone vivono rapporti interpersonali in assenza del corpo e in mancanza di un riconoscimento attraverso identità visibili.

Le relazioni mediate dalla dimensione del virtuale possono creare un rapporto instabile tra corpo, identità, consapevolezza del sé e autostima. La questione dell'autostima appare, infatti, un altro passaggio essenziale nella faticosa costruzione identitaria, basti pensare che proprio in adolescenza, epoca in cui il processo identitario si definisce in maniera più stabile, le crisi di immagine del sé, fondate sulla scarsa autostima, prendono considerevolmente forma. L'adolescenza rappresenta infatti quella fase della vita tipicamente soggetta al dinamismo ormonale in cui la topografia fisica e somatica muta profondamente; dinamismo che finisce per riflettersi irrimediabilmente anche nei rapporti sociali e nelle relazioni interpersonali rispetto ai quali l'autostima riveste un ruolo preponderante. L'autostima, in adolescenza, si configura come un processo essenzialmente legato al "piacere" ed al "piacersi", non a caso il Test Multidimensionale dell'Autostima di Brachen⁴ dedica un'intera sezione del suo strumento al "vissuto corporeo" all'interno della quale valuta l'autostima in rapporto ad alcuni dichiarati relativi all'immagine del sé, alla fisicità, alla corporeità vissuta e rappresentata dal soggetto.

2. Il corpo e le sue modificazioni: l'invecchiamento *

Soltanto da qualche decennio a questa parte si è cominciato ad avere della vecchiaia una rappresentazione molto più complessa ed articolata non più riconducibile all'idea di una età caratterizzata esclusivamente dal decadimento fisico e dal depauperamento della risorsa cognitiva. Così, la geriatria, ma soprattutto la gerontologia⁵ considera l'invecchiamento un processo non esclusivamente degenerativo ma al contrario un fertile ambito di studio ricco di prospettive di interesse di ricerca multidisciplinare.

L'attenzione crescente per questa stagione della vita, da parte di svariati ambiti di ricerca (dalla psicologia alla sociologia, dalla pedagogia all'economia oltre che, naturalmente, della medicina), è

² La *metrosessualità* è, nel linguaggio giornalistico, il termine che viene usato per indicare una specifica condizione psicologica in rapporto alla propria identità sessuale. Si riferisce alla parola inglese *metrosexual*: si tratta di un incrocio linguistico tra le parole *metro* ed "eterosessuale". La parola *metrosexual* è utilizzata per indicare una nuova generazione di uomini, eterosessuali, tendenzialmente metropolitani (*metro-*), consumatori di cosmetica avanzata, curatissimi nell'aspetto (tra i vezzi più diffusi: l'ossessione per il fitness, l'abbronzatura a raggi UVA, la depilazione parziale o totale del corpo) spesso appassionati di shopping e tendenzialmente salutisti.

³ In proposito si veda il contributo di R.Mantegazza, *Per fare un uomo. Educazione del maschio e critica del maschilismo*, Edizioni ETS, Pisa, 2008.

⁴ L'autostima si sviluppa in molteplici contesti ambientali (proprio come l'apprendimento) e soprattutto nei periodi dell'infanzia e dell'adolescenza. I diversi contesti ambientali presi in esame dal Test rappresentano le sei dimensioni costitutive del test: 1) relazioni interpersonali; 2) controllo sull'ambiente; 3) emotività; 4) successo scolastico; 5) vita familiare; 6) vissuto corporeo.

^{*} I temi della riflessione contenuti nel presente paragrafo, seppur ampliati ed aggiornati, sono stati già in parte sviluppati dalla stessa autrice nel saggio dal titolo: *Quando il corpo declina*, in P.de Mennato (a cura di), *Per una cultura educativa del corpo*, Pensa Multimedia, Lecce, 2007.

⁵ La gerontologia, diversamente dalla geriatria che si concentra prevalentemente sugli aspetti epidemiologici delle malattie dell'invecchiamento, assume invece una prospettiva della senescenza molto più ampia e globale aprendosi allo scambio con numerose discipline che a vario titolo forniscono contributi interpretativi utili alle teorie dell'invecchiamento.

probabilmente da rintracciarsi in un più generale cambiamento negli stili di vita, nell'organizzazione della famiglia, del lavoro e del tempo libero nonché nei sistemi di relazioni all'interno della società che hanno finito per interessare, per aspetti diversi, ciascuna di queste discipline. Basti pensare, ad esempio, a come sia cambiato il ruolo dell'anziano nell'organizzazione familiare nell'ultimo mezzo secolo tant'è che, ancora negli anni '50, nel nostro paese, soprattutto in molte aree rurali, l'anziano rivestiva l'autorevole ruolo di "pater familias" che, con il suo esempio, rappresentava la guida morale e comportamentale per l'intera famiglia oltre ad essere un insostituibile punto di riferimento per la crescita e la formazione delle nuove generazioni. In quel tipo di società, cosiddetta a "lenta evoluzione" e permeata da una concezione del sapere di tipo statico, l'anziano era considerato il detentore di saperi, conoscenze ed esperienze sempre attuali soprattutto perché la formazione, salvo pochissime eccezioni, si riteneva conclusa con il termine della scuola in quanto essa aveva il compito di fornire ad ogni individuo un bagaglio di conoscenze che, immagazzinate in età evolutiva, erano bastevoli ad affrontare il corso dell'intera vita. Risulta appena necessario sottolineare che l'organizzazione del sistema familiare, così autorevolmente concepito ed incentrato intorno alla figura del *pater familias*, si connotava, spesso, per un autoritarismo talmente cieco da limitare fortemente la possibilità di esprimersi democraticamente, da parte degli altri componenti del nucleo familiare, se non addirittura di impedire di poter realizzare personali desideri ed inclinazioni.

I decenni successivi, caratterizzati dalla sorprendente accelerazione dello sviluppo economico e del progresso tecnologico, si sono contraddistinti per la rapida obsolescenza dei saperi che ha irreversibilmente messo in crisi la "stabilità delle conoscenze" fino a determinare il riassetto radicale dell'intero sistema societario. Tali cambiamenti si sono resi naturalmente visibili anche all'interno della nuova organizzazione dei ruoli familiari: l'emancipazione femminile ed il depauperamento del ruolo dell'anziano, oramai non più autorevole modello ma esempio di conoscenza obsoleta, costituiscono solo degli esempi eclatanti a cui si assiste a partire dagli anni '60. Con il declino della struttura familiare di tipo patriarcale e la diminuzione del numero dei figli, viene conferito nuovo ruolo e dignità alla figura della donna, sempre più spesso lavoratrice e parimenti all'uomo in grado di porsi quale modello educativo e di formazione per i figli. Il ruolo dell'anziano viene progressivamente ridimensionato fino a scivolare verso una condizione di soggetto non attivo, economicamente non produttivo in una società caratterizzata da ritmi sempre più veloci da cui risulta inevitabilmente escluso. La deriva di tale rappresentazione sociale della terza età è naturalmente l'immagine della vecchiaia come tempo dell'inarrestabile degrado delle condizioni fisiche e delle facoltà intellettive e quindi come età del disagio soprattutto psicologico, sociale, relazionale ed ambientale⁶. In molte circostanze la terza età, purtroppo, finisce per coincidere con la perdita di identità personale e sociale, di autonomia fisica e psicologica degenerando in vere e proprie forme di marginalità⁷. In tali casi l'invecchiamento esaspera il disequilibrio tra dimensione materiale ed immateriale dell'esistenza, tra percezione fisica e dimensione psicologica del sé stigmatizzando, ancora una volta, la mancanza di relazione tra mente e corpo. Ed è proprio questo ultimo aspetto che rende particolarmente complessa l'esperienza della corporeità nella terza età soprattutto come difficoltà ad accettare le trasformazioni di un corpo che cambia, che muta e che sembra "non rispondere" più ai desideri propri e degli altri in una società che mediaticamente propone ed esaspera modelli di bellezza corporea e di efficienza fisica da perseguire a tutti i costi semmai ricorrendo anche alla chirurgia estetica. L'incapacità ad accettare il proprio corpo che invecchia, può naturalmente determinare l'insorgere di fenomeni depressivi sui quali tuttavia possono innestarsi ben più gravi comportamenti disadattivi, fortemente patologici, tali da pregiudicare completamente il piano delle relazioni fino a produrre isolamento e disadattamento.

⁶A tale proposito F.Pinto Minerva scrive: «Anche la dimensione dello spazio risulta fortemente compromessa nella terza età. L'inevitabile trasformazione delle prestazioni psico-fisiche dell'anziano si scontra con una strutturazione degli spazi (della città, del quartiere, della casa) attestata sui bisogni dell'adulto efficiente. Tutto questo costringe l'anziano a "ritirarsi", in forma via via più stabile e permanente, negli spazi circoscritti del proprio ambiente domestico. Lo spazio, vissuto come dilatato, "troppo vasto" e ostile rispetto alle proprie capacità di organizzazione, e contemporaneamente come soffocante, troppo ristretto e "isolante" si traduce in elemento di disorientamento per il quale ogni cambiamento viene vissuto come "minaccia" per la sicurezza dell'io», *Gli anziani. Tra passato nostalgico e futuro escatologico*, in *Manuale di pedagogia generale*, Laterza, Bari, 1994, p.520.

⁷La società post-industriale ha fatto dell'anziano una specie umana sui generis, che per molti versi è emarginata in un abbandono quasi totale anche all'interno degli ospizi e dei gerontocomi, contrabbandati sotto l'etichetta di case di ricovero per gli anziani. Parallelamente, per sanare un profondo senso di colpevolizzazione, ha costituito una rete ansiosa e protettiva intorno agli anziani facendone oggetto di studi, di statistiche, di minute misurazioni e ricerche sul campo. È evidente che questa corrente situazione ingenera nei vecchi una sensazione di inutilità culturale che invano si tenta di compensare e sanare. Probabilmente le forme di soluzione di un problema che investe sempre più la nostra struttura demografica è a monte dell'emarginazione e dell'ansia protettiva, che passa attraverso studi e convegni.

Gli ultimi anni sembrano poi caratterizzarsi per un ulteriore trend di sviluppo nella rappresentazione sociale della terza età⁸; ai primi due modi di essere anziano, pian piano, se ne accosta un terzo caratterizzato da una percezione della terza età come età del riscatto e del benessere. Affrancatisi dalla responsabilità della crescita dei figli, oramai adulti e sistemati, gli anziani spesso riscoprono il piacere della ritrovata libertà, autonomia ed indipendenza. Spesso, in buone condizioni di salute, ridiventano attivi, motivati, intraprendenti, riscoprono interessi personali nel tempo tralasciati e provano nuovamente piacere nell'instaurare relazioni sociali ed affettive. L'obiettivo di rendere possibile una vita sentimentalmente ed affettivamente appagante risulta, d'altra parte, attestata dalla crescente attenzione rivolta da parte di studi e di ricerche di ambito sessuologico e farmacologico a sostegno del diritto alla sessualità anche in età avanzata.

In risposta a tale trend si moltiplicano le iniziative rivolte agli anziani che spaziano dall'ambito culturale a quello ricreativo, dalle iniziative di tipo ludico-sportivo a quelle della socializzazione. Si sviluppa, così, un tipo di associazionismo focalizzato sull'organizzazione di attività culturali e ricreative, specificamente rivolte agli anziani, come viaggi, escursioni, visite guidate, conferenze e mostre, dibattiti e cineforum intorno ad interessi specifici quali l'arte, la letteratura, la poesia, la natura, l'ambiente, la gastronomia, il cinema e la musica. Il turismo speciale per anziani e disabili, sviluppatosi a partire dagli ultimi anni, ne costituisce un esempio emblematico.

Ma sono altrettanto numerose e significative le iniziative destinate all'impiego del tempo libero mediante attività legate all'ambito corporeo e al movimento; sempre più spesso palestre, centri sportivi e scuole di danza organizzano corsi di ballo ed attività di ginnastica leggera, come il cardiofitness, per ultra sessantenni. Lo sviluppo di tale ambito costituisce poi la convergenza di un doppio obiettivo: a) di *salute*, attraverso il mantenimento di una buona forma fisica e la promozione di corretti stili di vita e di regolari abitudini alimentari, per la prevenzione delle principali malattie della terza età e b) di *socializzazione*, in quanto facilitano e sostengono lo sviluppo di competenze di relazione e di comunicazione oltre a costituire un antidoto alla solitudine e all'isolamento. Le opportunità destinate agli anziani, in rapporto all'ambito corporeo, hanno avuto poi un ulteriore sviluppo in concomitanza alla crescita di un settore già di per sé in straordinaria espansione: quello della cura del corpo e del benessere attraverso l'esplosione del fenomeno delle "SPA", delle beauty farm e dei centri per il wellness.

Ma, forse, il settore che meglio di altri testimonia il passaggio ad una concezione della terza età come età di un nuovo investimento fisico, sociale, culturale ed intellettuale, è senz'altro quello della formazione che registra un costante incremento di progetti, attività ed iniziative culturali e formative a favore degli anziani. Si pensi, ad esempio, alle università della terza età⁹ ma anche all'esperienza dei "circoli di studio" in toscana su modello nord europeo, fino all'istituzione dei *learning centers* per anziani negli Stati Uniti; tutte iniziative che riflettono un'idea della terza età caratterizzata da un rinnovato desiderio di conoscenza, di intellettualità e di acquisizione di nuovi aspetti del sapere anche in riferimento all'uso delle nuove tecnologie. Attualmente sono, infatti, sempre più numerose le persone, oltre i sessanta anni di età, che, utilizzando un personal computer per navigare in internet, fanno richiesta di servizi tramite la rete telematica (pagamento di bollette, biglietteria elettronica, ecc.).

Tutti questi aspetti persuadono ad archiviare, definitivamente, la rappresentazione sociale della terza età come età del declino fisico e mentale; una errata interpretazione che risulta, d'altra parte, avvalorata anche da recenti studi di ambito neurobiologico e neuropsicologico. Secondo tali ricerche, infatti, molte

⁸ Le età dell'uomo, in effetti, sono sottoposte ad una rappresentazione culturale oltre che sociale. Quello che oggi non esitiamo a definire un "ragazzo" di 30 (o anche di 40 anni), circa un secolo fa era considerato un uomo maturo. Testimonianze palesi, in proposito, ci provengono dalla letteratura: Dostoevskij, ne "I Fratelli Karamazov", parlava di uno dei suoi personaggi come di "un vecchio di quarant'anni", Balzac definiva "amabile vegliardo" un suo personaggio di appena 45 anni e Byron temeva "la vecchiaia che insorge con i quarant'anni"

⁹ L'università della terza età nasce in risposta ad un fenomeno emergente nella società contemporanea consistente nel tendere ad emarginare la persona nel momento in cui esce dal ciclo produttivo, qualunque sia la sua età. Dopo aver assaporato un'effimera euforia per aver raggiunto la possibilità di godere di un tempo libero ritrovato che si rivela, ben presto, privo di contenuti, molto spesso la persona resta in balia dello "choc da pensionamento", della "sindrome da nido vuoto", dell'ansia, della depressione e della non "voglia di comunicare con gli altri", privata del desiderio di proiettarsi nel futuro per mancanza di un progetto di vita. Con lo scopo di prevenire, quanto più possibile queste eventualità, per abbattere le barriere d'incomunicabilità fra le generazioni e per promuovere cultura e socialità, nel 1975 nasce, a Torino, la prima Università della Terza età oggi attiva in ogni regione del Paese. Le sue finalità principali sono: la prevenzione, la promozione della ricerca, l'apertura al sociale e al territorio. Nel settore della prevenzione, l'attività di informazione sui temi della salute è un aspetto molto curato: corsi di igiene, medicina preventiva, di problematiche della terza età. In questo ambito si inquadrano anche le attività motorie, che pur assolvono ad altre funzioni come l'opportunità di incontro e il miglioramento in genere della qualità della vita. (G.Barbieri, L.Lepore, *Gli anziani e lo sport*, IRRES, Istituto Regionale di Ricerche Economiche e Sociali dell'Umbria, Perugia, 2001, p. 91 si veda anche il sito internet dell'UNIS Nazionale:

http://www.unirte.net/unitre_nazionale).

funzioni cognitive e di pensiero possono continuare a migliorare e qualitativamente a specializzarsi ancora nella terza età a patto però che queste siano correttamente esercitate e mantenute. Tali posizioni scaturiscono dalla crisi dell'interpretazione modulare nel funzionamento della mente (ovvero che ogni singola area abbia funzioni specifiche) che ha influito anche nello studio dei modelli dell'invecchiamento cerebrale che, come tale, non è un processo modularmente descrivibile. Fino a tempi recenti si è ritenuto, infatti, che la plasticità fosse una caratteristica dei cervelli più giovani, attualmente si è certi che il cervello continua a produrre neuroni durante tutta la sua esistenza e che questo processo può essere rafforzato con opportuni stimoli. Tali scoperte stanno realizzando una vera e propria rivoluzione nelle ricerche sull'invecchiamento, un tempo studiato a senso unico, soprattutto attraverso la valutazione del decadimento delle funzioni cognitive¹⁰, oggi valutato invece come processo non lineare, evolutivamente significativo e culturalmente modificabile.

Il neurobiologo Elkhonon Goldberg sostiene, infatti, che invecchiando si acquistano maggiori capacità di risolvere problemi complessi, basandosi sul riconoscimento dei modelli cognitivi sviluppati nel corso della vita e questa capacità di sfruttare le esperienze acquisite è ciò che è possibile definire "intelligenza della terza età" ovvero ciò che comunemente chiamiamo saggezza¹¹. Se è il peso dell'esperienza, quindi, a rappresentare un fattore determinante nell'interazione adattiva con il mondo allora, chi ha una vita più ricca di esperienze e di sfide, soprattutto psicofisiche, è in grado di sviluppare modelli più complessi e quindi di affrontare un maggior numero di situazioni nuove come se fossero familiari. Si spiega, così, come anziani molto competenti in uno specifico settore riescano a gestire situazioni impegnative anche quando mostrano già deficit di memoria e di attenzione¹². Tuttavia, purché le funzioni cognitive siano conservate nella migliore efficienza possibile, è necessario assumere comportamenti e stili di vita, anche dal punto di vista fisico e dell'alimentazione, adeguati che ne rallentino l'invecchiamento attraverso veri e propri esercizi di "cognitive fitness"¹³ ovvero una forma di allenamento cognitivo in grado di mantenere in buona forma le funzioni di pensiero. In altre parole, per una sana manutenzione della mente, risulta utile un costante scambio tra i modelli elaborati nel corso dell'esperienza¹⁴ e la curiosità a cercare nuovi stimoli e a dedicarsi ad attività diverse da quelle che sono familiari e proprio tale atteggiamento sembrerebbe favorire l'accrescimento neuronale oltre a determinare un oggettivo aumento della qualità delle sinapsi. D'altra parte, anche la letteratura sul *brain fitness*¹⁵ sottolinea l'utilità di mantenere in efficienza le facoltà mentali, attraverso una moderata attività fisica e motoria anche in età avanzata, come la memoria e l'apprendimento, mediante specifici esercizi che puntino a sviluppare la capacità di cogliere un messaggio o di svolgere operazioni abituali con modalità e strategie inusuali¹⁶. Recenti studi hanno, infatti, dimostrato come l'esercizio costante di determinate abilità cognitive determini una apprezzabile modificazione sul piano organico della struttura neurologica coinvolta. A tale proposito, risulta emblematico lo studio condotto su un gruppo di tassisti londinesi nei quali la porzione caudale dell'ippocampo, una struttura importante per molte funzioni della memoria e dell'apprendimento, fra cui proprio l'elaborazione delle informazioni spaziali nell'ambiente, risulta maggiormente sviluppata che in altre persone proprio perché questi sono impegnati a

¹⁰ Uno dei più diffusi strumenti per valutare l'indice di decadimento cognitivo nella terza età è l' M.M.S.E. *Mini-Mental State Examination* elaborato da Folstein nel 1975, articolato in 11 items, indaga le seguenti aree cognitive: orientamento spazio-temporale, memoria, attenzione e calcolo, richiamo di oggetti e linguaggio. M.S.Folstein, S.E., Folstein, P.R.McHugh, Mini-Mental State, a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, in "Journal of PsychiatRes, 1975(12), pp.189-198.

¹¹ E. Goldberg, *Il paradosso della saggezza*, Ponte alle Grazie, Milano 2005.

¹² A tal proposito Goldberg cita gli esempi di Winston Churchill che continuò a governare dopo essere stato colpito da diversi ictus, di Ronald Regan che svolse una parte significativa del suo secondo mandato mentre stava scivolando nella demenza e degli artisti come Edoardo Chillida e Willem De Kooning che realizzarono opere importanti quando erano già malati di Alzheimer. Ciò a dimostrare che i danni al cervello non compromettono necessariamente le funzioni cognitive.

¹³ In proposito si veda sempre di Goldberg il già citato lavoro.

¹⁴ Sempre secondo Goldberg sono i modelli mutuati dall'esperienza che ci rendono efficienti nelle nostre attività quotidiane e che, rappresentando il "pilota automatico", ci consentono di lavorare bene e senza troppo sforzo.

¹⁵ In particolare si veda di A.Oliverio, *Istruzioni per restare intelligenti. Come tenere in forma la mente per tutta la vita*, Rizzoli, Milano, 2006. Inoltre, una più attuale sponda di tale settore di ricerca è rappresentata dal filone dell'*Enriched environments* basata sul potenziamento e sull'arricchimento degli ambienti di vita e di conoscenza quale strategia per la riduzione del declino di alcune abilità cognitive. In proposito si vedano: Bennett J.C., et al, *Long-term continuous, but not daily, environmental enrichment reduces spatial memory decline in aged male mice*, in "Neurobiology of Learning and Memory", USA, 2006, Vol.85, Issue 2, pp.139-152 e Van Praag et al, *Neural consequences of environmental enrichment*, in "Nature Review Neuroscience", 2000, Dec.1(3), pp.191-198.

¹⁶ In tal senso, sembrerebbe utile, ad esempio, soprattutto nella terza età, sforzarsi di eseguire compiti, abitualmente svolti con la mano destra, con la sinistra, oppure provare a leggere una frase capovolta o tentare di ricordare un numero di telefono al contrario, allo scopo di stimolare la mente a lavorare in maniera inusuale attivando circuiti esecutivi "non-automatici".

memorizzare una straordinaria quantità di informazioni relative a strade e percorsi indispensabili a svolgere il loro lavoro¹⁷.

Quanto fin ora affermato rende plausibile l'ipotesi di investire in interventi ed azioni per una "qualità dell'invecchiamento" che, a partire dalla tutela delle condizioni fisiche e psichiche da un lato e dei fattori di protezione socio-ambientali e relazionali dall'altro, renda sostenibile un progetto di autentico benessere nella terza età.

3. Il corpo e le sue alterazioni: la malattia e la disabilità

Una delle principali circostanze umane in cui si percepisce forte l'idea di alterazione della corporeità avviene proprio attraverso l'esperienza della malattia. La malattia è un evento stressante nei confronti del quale l'individuo agisce e reagisce come può, spesso utilizzando peculiari "meccanismi di difesa"¹⁸ per riuscire a tollerare e a sopportare situazioni spesso insostenibili che altrimenti rischierebbe di annientarlo. Spesso l'ammalato prova a reagire alla condizione di stress determinata dalla malattia provando a "spostare", minimizzando o negando la propria condizione, talvolta addirittura rimuovendo la realtà. Questo perché molte malattie, soprattutto quelle di tipo cronico-degenerativo (Parkinson, Alzheimer, SLA, ecc.) ma anche evolutivo (neoplasie e tumori), contengono in sé dei significati disgreganti la condizione umana, proprio perché accompagnate dall'esperienza di trasformazione della fisicità tradizionale, di alienazione dalla corporeità abituale, di profonda metamorfosi del proprio sé corporeo. Basti pensare a come si trasformi tragicamente la fisicità e la corporeità di una donna affetta da neoplasia mammaria costretta, ad esempio, ad un intervento chirurgico non conservativo, prima e ad una terapia invasiva postoperatoria, poi. In quel caso alla "trasformazione oggettiva del corpo" si accompagna la "disgregazione soggettiva della corporeità" determinata dal terrore della morte.

Altre malattie che non solo producono, ma anzi nascono da vere e proprie "alterazione della corporeità" si verificano nell'ambito di quello spettro patologico che il DSM-IV¹⁹ classifica come *Disturbi del comportamento alimentare*²⁰ o *Disturbi Alimentari Psicogeni* (DAP). La classificazione di tali disturbi, in cui sono incluse *Anoressia nervosa*²¹ e *Bulimia nervosa*²², più che disturbi del comportamento alimentare

¹⁷ In merito alla ricerca condotta sui tassisti londinesi si veda: E.A. Maguire, D.G. Gadian, I.S. Johnsrude, C.D. Good, J. Ashburner, R.S. Frackowiak, C.D. Frith, *Navigation-related structural change in the hippocampi of taxi drivers*, in "Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America", vol. 97, Issue 8, 4398-4403, 11 aprile 2000. La prova, inoltre, che l'esercizio costituisca fattore determinante per lo sviluppo di una determinata area funzionale è ribadito da uno studio tedesco che ha dimostrato come imparare per tre mesi giochi di destrezza produca un aumento dell'attività di due aree cerebrali implicate nell'attività visiva e in quella motoria; tuttavia, quando i neogiocolieri smettono di allenarsi, queste regioni regrediscono alle dimensioni iniziali. In proposito si veda anche di M.L. Iavarone, *Multitasking e controllo delle scelte. Implicazioni formative e didattiche*, in E. Frauenfelder, F. Santoianni, a cura di, *E-learning, teorie dell'apprendimento e modelli della conoscenza*, Guerini, Milano, 2006.

¹⁸ Per *meccanismo di difesa* si intende il modo personale messo soggetto malato per fronteggiare l'evento della malattia. I meccanismi di difesa possono essere molti, presentarsi anche intrecciati fra di loro o essere tipici del singolo individuo; essi possono essere ricondotti a quattro comportamenti prevalenti: 1) la *regressione*, che nasce dal fatto di dover dipendere dagli altri durante la malattia; 2) la *formazione reattiva*, che nasce dal senso di persecuzione originato dal fatto di dover dipendere dagli altri durante la malattia; 3) la *proiezione* che consiste nell'attribuire ad altri i propri pensieri, sentimenti o paure; 4) la *negazione*, che consiste nel negare o aspetti della malattia o addirittura la malattia stessa. In proposito si veda: S. Kanizsa, *Pedagogia ospedaliera. L'operatore sanitario e l'assistenza al malato*, La Nuova Italia scientifica, Roma, 1992, pp. 55-56.

¹⁹ DSM è l'acronimo di *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* («Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali») che è uno degli strumenti diagnostici per disturbi mentali più utilizzati da medici, psichiatri, psicologi di tutto il mondo. La prima versione risale al 1952 (DSM-I) e fu redatta dall'*American Psychiatric Association* (APA), come replica degli operatori nell'area del disagio mentale all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che nel 1948 aveva pubblicato un testo, la classificazione ICD (*International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*), esteso pure all'ambito dei disturbi psichiatrici. Da allora vi sono state ulteriori edizioni: nel 1968 (DSM-II), nel 1980 (DSM-III), nel 1987 (DSM-III-Revised), nel 1994 (DSM-IV) e nel 2000 (DSM-IV-Text Revision o DSM-IV-TR, quella attualmente in vigore).

²⁰ Il DSM-IV descrive i disturbi del comportamento alimentare come l'insieme di tutte le sindromi psichiatriche che si manifestano attraverso un comportamento alimentare disturbato. All'interno di questa definizione sono racchiusi tre tipi di patologie: l'*Anoressia nervosa* (AN), la *Bulimia nervosa* (BN) e i Disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati (DCAnas).

²¹ L'*Anoressia* (dal greco ἀνορεξία *anorexia*, composto di *an* 'privazione' e *órexis* 'appetito'; propriamente "mancanza o riduzione volontaria dell'appetito") diventa una vera e propria patologia quando è disturbo psichico primitivo. In questo caso è meglio parlare *Anoressia nervosa* (AN) che è uno dei più importanti disturbi del comportamento alimentare. Ciò che contraddistingue l'*anoressia nervosa* è il rifiuto del cibo da parte della persona e la paura ossessiva di ingrassare. Nelle forme più gravi possono svilupparsi malnutrizioni, inedia, amenorrea ed emaciazione; l'esito di tale patologia può essere fatale. In proposito si veda: G. Invernizzi, *Manuale di Psichiatria e Psicologia clinica, terza edizione*, Milano, McGraw-Hill, 2006.

²² La *Bulimia* (dal greco βουλιμία, *boulimia*, composto di βους (*bóus*) 'bue' e λιμός (*limós*) 'fame'; propriamente "fame da bue") è denotata da episodi in cui il soggetto sente un bisogno compulsivo di ingerire spropositate quantità di cibo, correlati da una

andrebbero classificati come veri e propri "disturbi dell'immagine corporea e della corporeità" che finiscono per ingenerare condotte distruttive ed autolesionistiche che, nei casi più gravi, assumono contorni di natura psichiatrica grave. In entrambe le patologie, anoressia e bulimia, infatti, è tipica l'assunzione di comportamenti ricorrenti per controllare il peso, come il vomito autoindotto, l'abuso di lassativi, di diuretici o di altri farmaci e/o la pratica di un'attività fisica in maniera eccessiva, che sono il segnale evidente di una assoluta distorsione della percezione realistica del proprio corpo, soprattutto nel confronto con rappresentazioni della corporeità che nascono prevalentemente in ambiente mediatico.

Un terzo tipico disturbo del comportamento alimentare, che tuttavia non risulta ancora ufficialmente riconosciuto dal DSM-IV ma che negli ultimi tempi ha assunto una rilevanza sociale evidente, è la cosiddetta *Ortoressia*²³, ovvero un atteggiamento consistente in un'attenzione, talvolta quasi maniacale, nella scelta e nella selezione del cibo da assumere; un comportamento spesso riconoscibile in quegli individui che compiono scelte radicali ed estreme riguardo, ad esempio, all'esclusione totale di alcuni nutrienti dalla propria dieta. L'ortoressia si manifesta, quindi, attraverso un rapporto rigido e schematico con l'alimentazione alla costante ricerca di "healty food" e di stili di vita eccessivamente salutisti; i soggetti che ne sono colpiti alla lunga finiscono per avere, a causa di questi comportamenti, gravi difficoltà relazionali. L'ortoressico, infatti, assumendo uno stile di vita eccessivamente standardizzato, dettato da regole precise e imprescindibili, tende ad isolarsi per difendersi da chi non comprende e non condivide le sue scelte e di fatto finisce per strutturare una serie di condotte socialmente evitanti, come il rifiuto costante di inviti a cena e a colazione o ad eventi di natura conviviale. In sintesi, l'ortoressia si manifesta con evidenza nelle abitudini alimentari che tradiscono, in realtà, un rapporto non equilibrato ed ambivalente con il sé e con la corporeità facendo, quindi, di tale patologia un problema che, di fatto, investe l'intera sfera personale.

Un ulteriore disturbo, sempre riconducibile ad una alterata immagine corporea, è stato recentemente classificato con il termine *Bigoressia*²⁴, anche definita "anoressia inversa", in quanto mentre nell'anoressia si verifica un costante rifiuto del cibo in cerca di una sempre maggiore magrezza, nella bigoressia si persegue un'alimentazione palesemente sbilanciata ed iperproteica, in grado di assicurare un volume muscolare sempre maggiore. Si tratta di una vera e propria patologia, alla pari delle altre sopra citate, nella quale ci si percepisce sempre troppo magri, mai abbastanza muscolosi e tonici; tale condizione determina una cronica insoddisfazione per il proprio aspetto fisico ed un ossessivo timore di perdita di massa muscolare. Tutto ciò è accompagnato da comportamenti auto-punitivi, infliggendosi allenamenti pesanti, spesso anche molto lunghi che portano, anziché a progressi, nel tempo ad uno stato di sovra-allenamento con le dovute conseguenze psico-fisiche, nonché a regimi dietetici drastici e molto rigidi che, il più delle volte, portano ad una sorta di 'auto isolamento sociale'. Il bigoressico sostiene questo suo progetto corporeo spesso abusando di integratori alimentari (proteine, creatina,, ecc.) che favoriscono la crescita muscolare o il suo mantenimento e, nei casi estremi, anche di steroidi anabolizzanti. Questo comportamento patologico può portare a disturbi dell'umore, a stati di angoscia e ad alterazioni dei rapporti sociali.

Un'esperienza della corporeità altrettanto difficile e complessa, seppur determinata da ragioni assolutamente diverse, è quella che riguarda il 'corpo investito dalla disabilità' soprattutto quando questa sopraggiunge a causa di traumi ed incidenti che comportano minorazioni fortemente invalidanti.

Il corpo del disabile, infatti, è per antonomasia il luogo dei pregiudizi, di paure e di isolamento²⁵. Spesso è un corpo da cui rifuggire, scappare, perché sconosciuto e quindi difficilmente comprensibile attraverso la comune lente interpretativa di una società che attribuisce enorme valore agli aspetti estetici ed edonistici della corporeità. Appare evidente, allora, che le persone affette da deficit fisici e/o psichici risultino da questa prospettiva completamente esclusi in quanto il loro corpo difficilmente potrà raggiungere gli standard richiesti dalla cultura corporea e sportiva contemporanea²⁶. D'altra parte, anche nella rappresentazione dello

spiacevole sensazione di non essere capace di controllare il proprio comportamento. In proposito si veda sempre: G.Invernizzi, *Manuale di Psichiatria e Psicologia clinica, op.cit.*

²³ L' *Ortoressia* (dal greco *orthos* 'corretto' e *orexis* 'appetito') è una forma di attenzione eccessiva alle regole alimentari, alla scelta del cibo e alle sue caratteristiche. Tale disturbo venne per la prima volta descritto nel 1997 da S. Bratman, un dietologo, che ha formulato un questionario allo scopo di identificare questa psicopatologia. Si confronti S. Bratman, D. Knight, *Health food junkies*, Broadway Books, New York, 2000 ed anche L.M. Donini, D. Marsili, M.P. Graziani, M. Imbriale, and C. Cannella, *Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon*, Eating and Weight Disorders, 2004, Vol. 9 (2), pp. 151.

²⁴ Il termine trova la sua etimologia nell'inglese *big* = grande e nel latino *orex* = appetito, ad indicare la 'fame di grossezza' ovvero il desiderio di possedere un corpo più muscoloso e più asciutto.

²⁵ Cfr.: Magnanini A., *Educazione e movimento. Corporeità e integrazione sociale dei diversamente abili*, Edizioni del Cerro, Firenze, 2008.

²⁶ Franceschini G., *Quando il corpo è imperfetto: attività motorie, sport e disabilità*, in de Mennato P., (a cura di), *Per una cultura educativa del corpo*, PensaMultimedia, Lecce, 2006, p. 199.

stato sociale, la disabilità coincide sempre con la malattia e il corpo del disabile è considerato un corpo bisognoso solo di cure, terapie e percorsi riabilitativi. Sulle base di tali considerazioni appare quindi impensabile che un corpo malato, malfatto, deformato, talvolta non guidato da una mente "sana" possa muoversi se non addirittura praticare delle attività motorie²⁷.

Nonostante in questo ambito il peso del pregiudizio sia ancora forte molti progressi negli ultimi anni sono stati fatti. A partire dal 1980, infatti, quando l'OMS pubblicò un primo documento dal titolo *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH) nel quale veniva operata l'importante distinzione fra "menomazione" (*impairment*) intesa come "perdita o anomalia a carico di una struttura o di una funzione psico-logica, fisiologica o anatomica", "disabilità" (*disability*) intesa come "qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano" e "handicap" come la "condizione di svantaggio conseguente a una menomazione o a una disabilità che in un certo soggetto limita o impedisce l'adempimento del ruolo normale per tale soggetto in relazione all'età, al sesso e ai fattori socioculturali". E' evidente che tale documento puntava a classificare le diverse tipologie di disabilità in rapporto alle facoltà e funzioni compromesse.

Nel 2001 l'OMS pubblica un secondo documento dal titolo *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF)²⁸. Già questo titolo è indicativo di un cambiamento sostanziale nel modo di porsi di fronte al problema e quindi di fornire un quadro di riferimento e un linguaggio unificato per descrivere lo stato di una persona. Il nuovo documento sostituisce, infatti, ai termini "impairment", "disability" e "handicap" che indicano qualcosa che manca per raggiungere il pieno "funzionamento".

Il documento ICF copre tutti gli aspetti della salute umana, raggruppandoli nel dominio della salute (*health domain*, che comprende il vedere, udire, camminare, imparare e ricordare) e in quello 'collegato' alla salute (*health-related domains* che includono mobilità, istruzione, partecipazione alla vita sociale e simili). È importante sottolineare che l'ICF non riguarda solo le persone con disabilità, riguarda tutti, ha dunque uso e valore universale.

Per dirla con A.Canevaro "l'attenzione alle parole è importante, non tanto per un fatto estetico o formale, ma perché nelle parole è contenuto il modello operativo a cui si fa riferimento. In questo caso, è molto importante non fare confusione tra deficit, disabilità e handicap: utilizzare termini impropri e fare confusioni linguistiche può essere un modo per aumentare l'handicap, anziché ridurlo. Al centro sta la persona, che chiamiamo in vari modi (handicappato, in situazione di handicap, disabile) e ciascuna di queste definizioni ha i propri vantaggi e svantaggi.

Il punto di partenza deve però essere chiaro: l'individuo è *relativamente* handicappato, cioè l'handicap è un fatto relativo e non un assoluto, al contrario di ciò che si può dire per il deficit. In altri termini, un'amputazione non può essere negata ed è quindi assoluta; lo svantaggio (handicap) è invece relativo alle condizioni di vita e di lavoro, in una parola della realtà in cui l'individuo amputato è collocato. L'handicap è dunque un incontro fra individuo e situazione"²⁹.

Appare evidente, quindi, quanto il nuovo ICF rappresenti lo sviluppo coerente di questo pensiero. Un nuovo approccio semantico ai termini rappresenta un importante passo in avanti nella direzione di un riconoscimento pieno dei diritti nella disabilità, siano essi socio-assistenziali ma anche culturali, affettivi, motori e sportivi.

4. Il corpo e le sue ibridazioni: dal transgenderismo al corpo-cyborg

Fino intorno alla metà del 1900 il sesso di una persona era determinato esclusivamente dall'apparenza dei genitali. In seguito, con la scoperta del DNA e dei cromosomi, ci si basò su questi per meglio determinare il sesso: era femmina chi aveva genitali considerati femminili e due cromosomi XX, mentre era uomo chi possedeva genitali considerati maschili insieme ad un cromosoma X e uno Y. Tuttavia, alcuni individui hanno combinazioni di cromosomi, ormoni e genitali che non seguono le definizioni tradizionali di "uomo" e "donna", mentre tra un individuo e l'altro i genitali possono variare nelle forme o in alcuni casi possono

²⁷ Magnanini A., *op.cit.*

²⁸ In proposito si confrontino i documenti: Organizzazione Mondiale della Sanità, *ICF - Classificazione Internazionale del Funzionamento*, Trento, Erickson, 2001 e Organizzazione Mondiale della Sanità, *International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youths*, World Health Organization, Ginevra, 2006.

²⁹ Canevaro A., *Le parole che fanno la differenza*, Edizioni Erickson, Trento, 2000.

essere compresenti entrambi gli apparati (ermafroditismo) o genitali difficili da classificare. Anche gli attributi corporei correlati al sesso di una persona (forma del corpo, peli, caratteri sessuali secondari, timbro della voce, ecc.) non sempre corrispondono con quelli attribuiti al loro sesso basato sui genitali. Ricerche recenti riferiscono che circa il 2% delle nascite presenta caratteristiche più o meno divergenti da quelle assolutamente maschili o femminili, ma la percentuale di casi che ricevono una chirurgia "correttiva" è stimata intorno a 0.1-0.2%.

Il possesso, quindi, di attributi femminili o maschili determina quello che generalmente viene definito il *sesso* con cui un individuo viene al mondo, il sentirsi di appartenere a quel determinato sesso è ciò che definisce l'*identità di genere*³⁰, mentre il modo in cui gli altri ci percepiscono costituisce il cosiddetto *ruolo di genere*. Appare, quindi, importante sottolineare che, al di là della fisicità o della sessualità con la quale si viene al mondo, quello che più conta è l'identità di genere ovvero il modo in cui un individuo si percepisce ed è dunque questa consapevolezza interiore che porta ad dire "io sono uomo" o "io sono donna".

Il concetto di identità di genere attiene, quindi, prettamente al modo in cui una persona si identifica e si percepisce: uomo, donna, o in qualcosa di diverso da queste due polarità. Secondo alcuni studi, l'identità di genere può avere origini biologiche, tra cui lo sviluppo e i fattori ormonali durante la gestazione, e venire in seguito influenzata dall'ambiente sociale e culturale in cui nasce il bambino o la bambina, per poi consolidarsi dopo i due anni di età.

Da quanto detto appare evidente come l'appartenenza ad un sesso non sia una condizione immutabile, una dimensione stabile ma si configura in alcuni casi come il risultato di un divenire, di un processo trans-attivo verso un genere spesso diverso da quello di partenza. Tale acquisizione ha aperto il varco al dibattito sul *transgenderismo* che, secondo la più corrente dicitura, viene definito in letteratura non più solo come un cambiamento in ordine a delle caratteristiche fisiche e corporee ma come un "vero e proprio progetto politico, ovvero di scelta, tendente a destabilizzare e contestare il sistema normativo dei generi"³¹. Tale analisi si presenta come la testa di ponte di una riflessione sulla corporeità che non solo rifiuta la presunta segnatura 'naturale' di un corpo in genere maschile o femminile, ma – a monte – mette in questione la costruzione "del soggetto all'interno di una politica della verità"³². In altre parole, il *transgender* testimonia l'impossibilità di arrestarsi all'evidenza del corpo così come si dà, dove per evidenza si intendono i 'requisiti' biologici che gli individui devono soddisfare perché i loro atti e le loro parole siano intelleggibili agli altri.

La relazione identitaria che si costruisce per il tramite del corpo risulta uno snodo evidentemente assai significativo, tuttavia, tale rapporto diviene ancora più incerto e complesso se includiamo nella relazione Io-mondo, non solo la corporeità ma, anche le tecnologie. Il rapporto con la realtà, infatti, non è più solo mediato dalla corporeità ma anche dalla pervasiva relazione che intercorre tra corpo-macchina-mondo. In un'epoca come la nostra, infatti, la conoscenza della realtà viene profondamente influenzata dal computer, da Internet nella profonda consapevolezza che non sono più "Io da solo a conoscere il mondo attraverso il mio corpo", *toccano, vedendo, sentendo, percependo*, ma la conoscenza è frutto di molteplici interazioni e rappresentazioni, anche di matrice tecnologica, che rendono il reale virtuale e soprattutto, pericolosamente, trasformano il virtuale in reale. Da molto tempo, ormai, il rapporto uomo-macchina costituisce un versante di riflessione e di ricerca interessante che cerca di evidenziare e analizzare il valore delle macchine e delle tecnologie nella nostra vita; tali studi viaggiano, soprattutto, nella direzione di valutare progressi e limiti dell'intelligenza artificiale e della realtà virtuale aprendo il varco a ricerche avanzate nell'ambito della cibernetica³³ e della robotica³⁴.

La cibernetica, in particolare, che nasce intorno alla metà del secolo scorso quando biologi e ingegneri

³⁰ Il versante di studi e di ricerca sull'identità di genere in ambito pedagogico, soprattutto al femminile, è esplorato nel nostro paese in particolare da E.Beseghi, C.Covato, S.Ulivieri, delle quali si vedano: Beseghi E. (a cura di), *Educazione al femminile. Dalla parità alla differenza*, Scandicci, La Nuova Italia, Firenze, 1992; Covato C. (a cura di), *Metamorfosi dell'identità. Per una storia delle pedagogie narrate*, Guerini e Associati, Milano, 2006; Piuissi A.M. (a cura di), *Educare nella differenza*, Rosenberg & Sellier, Torino, 1989; Ulivieri S., *Educare al femminile*, Pisa, ETS, 1995; Ulivieri S. (a cura di), *Educazione al femminile. Una storia da scoprire*, Guerini e Associati, Milano, 2007.

³¹ In proposito si veda l'introduzione al *Dictionnaire du Corps* a cura di M.Marzano (PUF, Paris, 2007).

³² *Ibidem*.

³³ La cibernetica è la scienza che studia i fenomeni di autoregolazione e comunicazione, sia negli organismi naturali quanto nei sistemi artificiali. La cibernetica si pone dunque come un campo di studi interdisciplinare tra le scienze e l'ingegneria.

³⁴ La robotica è una scienza che studia i comportamenti degli esseri intelligenti, cerca di sviluppare delle metodologie che permettano ad una macchina (robot), dotata di opportuni dispositivi atti a percepire l'ambiente circostante ed interagire con esso quali sensori e attuatori, di eseguire dei compiti specifici. Anche se la robotica è una branca dell'ingegneria in essa confluiscono gli studi di molte discipline sia di natura umanistica come biologia, fisiologia, linguistica e psicologia che scientifica quali automazione, elettronica, fisica, informatica, matematica e meccanica.

provarono a sviluppare modelli teorici comuni per macchine e sistemi biologici in grado di esibire semplici forme di comportamento adattivo, ha puntato negli anni successivi a realizzare sempre più "macchine intelligenti"³⁵ ovvero sistemi artificiali³⁶ che proprio in quanto costruiti secondo modelli di funzionamento di organismi naturali, provano a riprodurre comportamenti compatibili.

In ambito robotico la spinta prevalente appare, dunque, quella di creare macchine capaci di interagire e funzionare in maniera sempre più sinergica con i bisogni e le funzioni dell'essere umano e pertanto le ricerche in questo ambito si stanno sempre più orientando verso la progettazione di sistemi bio-robotici contenenti all'interno modelli e strutture biologiche tali da essere sempre più "affini" e compatibili con la vita dell'uomo. Sviluppi applicativi ulteriori di tale approccio consentirebbero, in altre parole, di realizzare sistemi bionici per collegare il sistema nervoso dell'essere umano a sistemi robotici per mezzo di interfacce neurali, al fine di ripristinare, ad esempio, funzionalità motorie e sensoriali in persone disabili o vittime di traumi. La protesi di mano cibernetica rappresenta, così, il paradigma di un sistema bionico, in cui l'interfaccia e parte dell'intelligenza del robot sono impiantati nell'organismo umano con l'obiettivo di ottenere un controllo "naturale" e diretto del robot. L'esempio, appena riportato, riguarda studi e ricerche intorno ad una nuova emergente disciplina definita "neuro-robotica"³⁷ impegnata nella progettazione, fabbricazione e impianto di mani artificiali e di altri sistemi robotici che interagiscono profondamente con il soggetto che li "indossa" a livello motorio e cognitivo.

Tali studi evidenziano, quindi, il rapporto sempre più stretto esistente tra corpo e macchina; rapporto che prefigura scenari futuribili in cui l'uomo potrà contare su "ricambi" tecnologici di parti del suo corpo, perfettamente integrate e bio-compatibili, trasformandosi così in una sorta di cyborg. Il termine *cyborg*³⁸, anche definito organismo cibernetico o bionico, indica un essere di forma umanoide costituito da un insieme di organi artificiali e organi biologici. Il confine tra essere umano e cyborg è sempre più sfumato, basti pensare ai progressi delle tecnologie applicate alle protesi, agli impianti estetici e agli organi artificiali. Tale termine, seppur nato in ambito medico e scientifico, ha tuttavia avuto maggiore fortuna in ambito fantascientifico³⁹; oggi tale espressione ha acquisito due significati prevalenti: cyborg come "essere umano potenziato" in virtù di consistenti modificazioni artificiali ed innesti e il cyborg come "androide" ovvero un robot umanoide, provvisto di apparati biologici, allo scopo di aumentare la loro somiglianza con l'essere umano.

³⁵ Cfr.: G. Tamburrini, *I matematici e le macchine intelligenti*, Bruno Mondadori, Milano 2002.

³⁶ Cfr.: R. Cordeschi, *The Discovery of the Artificial*, Kluwer, Dordrecht 2002.

³⁷ Le ricerche di "neuro-robotica" fanno prevalentemente capo al gruppo di ricercatori della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa coordinato dalla prof.ssa Maria Chiara Carrozza ha già sviluppato alcune mani artificiali per applicazioni robotiche o protesiche mediante il NEUROExos, un sistema robotico indossabile per il supporto funzionale di azioni quali il raggiungere, afferrare, manipolare gli oggetti nell'ambito dei progetti CYBERHAND E NEUROBOTICS. Tali progetti hanno contribuito in maniera fondamentale all'accrescimento delle conoscenze sui sensori tattili, la meccanica della mano, le interfacce neurali, e sui mezzi tecnologici necessari a sviluppare una nuova protesi cibernetica controllata direttamente attraverso interfacce neurali periferiche bidirezionali.

³⁸ Il termine *cyborg* nasce dalla contrazione dell'inglese *cybernetic organism*, ovvero organismo cibernetico, che fu reso popolare da Manfred E. Clynes e Nathan S.Kline che nel 1960 utilizzarono tale espressione per riferirsi all'idea di un essere umano potenziato per sopravvivere in ambienti extraterrestri inospitali. Essi ritenevano che un'intima relazione tra essere umano e macchina fosse la chiave per varcare la nuova frontiera dell'esplorazione spaziale in un prossimo futuro.

³⁹ La fusione tra uomo e macchina è un *leit-motiv* degli scrittori di fantascienza e del cosiddetto filone del *cyberpunk* nato nei primi anni ottanta; ne costituiscono delle icone esemplari della cinematografia fantascientifica il protagonista di *Terminator* (1984), un androide assassino e il protagonista di *RoboCop* (1987), un poliziotto che, ucciso in servizio, viene fatto resuscitare trasformato in cyborg.