



CeSPeC

Centro Studi sul Pensiero Contemporaneo

Lessico di Etica pubblica

Anno 6, numero 1, 2015

ISSN 2039-2206

Direttore responsabile

Graziano Lingua

Redazione

Duilio Albarello, Attilio Bruzzone, Sergio Carletto, Roberto Franzini Tibaldeo,
Paolo Monti, Giacomo Pezzano, Alberto Pirni, Sergio Racca, Cristina Rebuffo,
Davide Sisto, Marta Sghirinzetti, Gabriele Vissio

Segretario

Giacomo Pezzano

Citabile come «Lessico di Etica pubblica», 6 (2015), n. 1.

La rivista pubblica contributi selezionati tramite *referees* e apposite *call for paper*. Per sottoporre il proprio testo e per ogni altra informazione, contattare la redazione all'indirizzo: redazione.eticapubblica@gmail.com

Medicina, cura, normatività

Riflessioni introduttive

Gabriele Vissio

La questione medica, insieme a ciò che la riguarda, è divenuta nell'ultimo mezzo secolo una sorta di nevrosi collettiva capace di orientare le vite degli individui e di influenzare profondamente le pratiche sociali, i programmi politici, i sistemi collettivi. Questo ruolo centrale ricoperto dalla medicina è il frutto di quel dispositivo biopolitico che è la medicalizzazione della vita e, soprattutto, della capacità di quello stesso dispositivo di divenire oggetto di interessi e attenzioni diffusi e multifocali. Il secolo XX ha visto sorgere tutta una serie di istituzioni il cui principale interesse era il campo medico come i moderni sistemi sanitari pubblici e privati, gli organismi internazionali e sovranazionali come l'OMS, le associazioni di professionisti sanitari, e così via. Attraverso queste istituzioni la «questione medica» è entrata prepotentemente nell'agenda del dibattito pubblico e politico delle nostre società, e lo ha fatto sotto molteplici forme e punti di vista. In particolare, ed è questo forse il punto più significativo del fenomeno, lo ha fatto attraverso un meta-discorso non meno nevrotico del fenomeno stesso. La medicalizzazione produce innanzitutto un'ansia generalizzata nei confronti della salute e, allo stesso modo, le principali critiche alla medicalizzazione non fanno altro che produrre nuove preoccupazioni. Ovunque si moltiplicano i «discorsi contro il discorso» della medicalizzazione. Corsi universitari dedicati ai problemi della medicalizzazione, master e specializzazioni per professionisti sanitari, nuove figure professionali, convegni, libri, riviste: sono solo alcuni degli strumenti e delle strategie che la società medicalizzata mette in campo dopo aver scoperto la propria medicalizzazione. «Viviamo in un mondo medicalizzato», è banale dirlo; quel che non è banale, però, è che l'esito di questa presa di coscienza sembra aver aumentato, e non ridotto, le energie che la medicalizzazione assorbe quotidianamente dagli individui e dalle strutture sociali. Ciò che deriva da questo quadro è, da un lato, la consapevolezza di una «questione medica» e, dall'altro, una sua immediata frammentazione e suddivisione in una serie di discorsi disciplinari incapaci di identificarne il centro tematico.

Nasce allora il sospetto che un centro non vi sia e che la «questione medica» sia in realtà una complessa rete di «questioni mediche», dipendenti tra loro ma

collocate all'interno di uno spazio non omogeneo. Ci sembra però che in questo spazio discontinuo sia possibile individuare, se non un centro assoluto della questione medica al singolare, quantomeno alcuni “poli gravitazionali” attorno ai quali sembrano disporsi e orientarsi le singole questioni particolari. Tra questi due dei principali sono sicuramente costituiti dalle nozioni di «cura» e di «norma».

La nozione di cura è stata a lungo oggetto di una profonda incomprendimento all'interno della concreta pratica medica. L'identificazione tra «cura» e «terapia» ha provocato non pochi fraintendimenti sul loro reale significato, lasciando credere che nel «prendersi cura» [*to care*] non vi fosse altro che un «guarire» [*to cure*] e nascondendo la possibilità che non tutte le terapie istituissero davvero un'autentica pratica di cura. La cura ha assunto però, a partire dagli anni '80 del secolo scorso, un rinnovato interesse all'interno del dibattito filosofico, con i pionieristici lavori di Carol Gillian e Nel Noddings e, più recentemente, con le riprese di Virginia Held, Sara Ruddick e Joan Tronto. Il richiamo alla dimensione antropologicamente costitutiva della cura elaborato all'interno del dibattito che si è aperto intorno all'opposizione *cure/care* ha contribuito negli ultimi trent'anni a mettere fortemente in discussione l'idea di salute veicolata dalle pratiche mediche contemporanee. Proprio questo stesso concetto di salute è stato oggetto di un'altra serie di profonde critiche che, muovendo dal piano epistemologico, hanno messo in luce quanto angusta fosse – concettualmente e politicamente – l'equivalenza tra la salute e la normalità. È questo il terreno di Georges Canguilhem e di Michel Foucault, di Ivan Illich, ma anche quello di Ernesto De Martino e Franco Basaglia. Leggendo i loro lavori la norma, in medicina, appare come un concetto ambiguo, sospetto o addirittura pericoloso. Questo perché la norma, che pure può apparire una nozione a prima vista utile, sembra destinata a farsi normalizzazione, standardizzazione, controllo. A partire da questo sospetto sono state elaborate alcune delle più acute e potenti critiche alla medicalizzazione e si è saputo determinare con precisione la profonda permeabilità di questo dispositivo di sapere/potere.

Questi due poli, la cura e la norma, nella loro capacità di orientare una serie di questioni, permettono di configurare due modi di porre il problema tra loro compatibili o, piuttosto, polarizzare la questione medica intorno all'uno o all'altro di questi centri gravitazionali significa compiere due operazioni inconciliabili e intraducibili? L'idea alla base di questo numero della rivista “Lessico di etica pubblica” è che la risposta da dare a questa domanda sia la prima, a patto tuttavia di alcune condizioni. In primo luogo, infatti, sarebbe un errore pensare a una dialettica meramente contrappositiva, dove a un «*cure*» normalizzante si volesse contrapporre un «*care*» privo di normatività interna. D'altro canto, vedere come tratto comune del discorso sulla cura e di quello sulla norma in medicina il semplice fatto di avere come comune bersaglio critico e polemico gli eccessi della medicalizzazione contemporanea appare decisamente troppo poco per giustificare qualcosa di più di un mero accostamento. La nozione di «cura», lungi dal rilevare semplicemente una semplice carenza di umanità all'interno della pratica medica, rappresenta una proposta di ripensamento complessivo della questione antropologica e di quella

sociale. La filosofia della cura, infatti, appare una proposta promettente nella misura in cui in essa si profila una proposta capace di rendere conto della possibilità di un'ontologia sociale che non dica solo e immediatamente l'effetto normalizzante che le relazioni hanno sull'individuo. La «cura» rappresenta infatti la possibilità di un legame sociale positivo all'interno del quale gli individui possano reperire le risorse per resistere alle diverse forme della normalizzazione sociale. D'altro canto la norma, come ha saputo mostrare Georges Canguilhem, non è solo normalizzazione ma anche normatività, capacità interna alla vita di organizzare e riorganizzare sempre se stessa e il proprio ambiente. Questo tratto positivo della normatività emerge proprio all'interno della critica alla salute come normale. Non si può, infatti, sostenere semplicemente che non esista alcuna norma, che non vi sia polarità all'interno della vita: è anzi proprio l'esperienza della malattia che pone l'individuo dinanzi all'evidenza del fatto che non tutto è indifferente, neutro, indifferenziato. Occorre però sostenere che la normatività del vivente è data dalla vita stessa: è la vita che conferisce valore, che si orienta normativamente, che polarizza. Da questo punto di vista la riflessione sulla normalità/normatività della salute si muove entro l'orizzonte più ampio di una vera e propria filosofia del vivente più che della vita, o di una filosofia biologica piuttosto che una filosofia della biologia.

La cura e la normatività emergono come due punti di partenza per qualcosa di più ampio dello spazio in cui si collocano le «questioni mediche», e proprio per questa ragione esse hanno buone ragioni per rivestire quel ruolo di poli gravitazionali che abbiamo segnalato. Alla cura e alla norma fanno capo due programmi – quello di un'antropologia sociale e quello di una filosofia del vivente – i cui fini sono diversi ma non sconnessi. Ripensare che cosa sia l'umano nel vivente richiede una nozione del vivente capace di reggere il progetto di un'antropologia evitando il rischio di forgiare le armi di una nuova normalizzazione, magari anche più pervasiva e potente di quelle che abbiamo già conosciuto.

È in riferimento a questo quadro teorico, complesso e articolato, che si è deciso di proporre, sulle pagine di questa rivista, un numero monografico che mirasse a individuare in esso punti di accesso particolari, più che a proporre una sintesi generale esaustiva. Nel cercare di ordinare i diversi contributi si è scelto suddividere i saggi in gruppi tematicamente omogenei, la cui successione vuole suggerire solo uno tra i molti percorsi di lettura possibili.

La sezione «Questioni» di questo numero della rivista *Lessico di Etica pubblica* si apre dunque con una serie di contributi volti a individuare, all'interno dell'insieme dei problemi delimitati dalle nozioni di medicina, cura e normatività, alcuni snodi teorici particolarmente interessanti. Il primo di questi riguarda la questione dell'effettiva novità di alcuni problemi sollevati dal progresso tecnico delle scienze biomediche. L'idea che nell'ultimo secolo – in particolare nell'arco di tempo che intercorre tra la fine della Seconda Guerra Mondiale e i nostri giorni – lo sviluppo teorico e applicativo delle scienze della vita e della salute abbia radicalmente mutato le questioni etiche, morali e antropologiche della civiltà occidentale è ormai una

convinzione piuttosto diffusa. I contributi di Gereon Wolters e di Jean-François Braunstein fondano le proprie analisi proprio sulla convinzione opposta: tanto nel caso dello *human enhancement*, oggetto dell'articolo di Wolters, quanto nel caso della bioetica, di cui si occupa invece Braunstein, non ci troviamo dinanzi a problemi radicalmente nuovi, ma a questioni antiche almeno quanto la nostra civiltà. Per ciò che riguarda lo *human enhancement*, l'attestazione del desiderio dell'uomo di potenziare e migliorare se stesso, al fine di superare i propri limiti fisici e cognitivi, risale almeno al testo biblico, in quel terzo capitolo del libro della Genesi in cui l'uomo e la donna vengono posti dinanzi alla promessa del serpente di «essere come Dio». Secondo Wolters il sogno del superamento dei limiti della condizione umana si traduce nella storia in una vera e propria utopia individuale e collettiva, a partire da Platone e dalla sua «bizzarra idea di allevare gli esseri umani come gli animali». L'*enhancement* collettivo, in particolare, trova nuove riprese in età moderna in due modelli differenti: la dinamizzazione della *Scala Naturae* operata da Charles Bonnet, con la sua idea di un miglioramento epocale delle specie, e nel progetto eugenetico su base evoluzionistica di Sir Francis Galton. Ultima variazione sul tema di questo sogno secolare il progetto della *posthumanity* non rappresenta dunque il frutto di una trasformazione radicale all'interno della nostra civiltà, ma affonda le proprie radici in un'utopia così antica da essere stata collocata, nel racconto biblico, a livello delle origini della stessa umanità. Ciò che è nuovo è la risonanza che le proposte trans- e post-umaniste devono al fatto di essere un prodotto culturale di origine anglofona: questioni originariamente «provinciali» esse, per questa ragione, si sono ritrovate sulla scena del dibattito scientifico internazionale. La bioetica, invece, rappresenta un'esperienza culturale e intellettuale dai natali apparentemente recenti. Braunstein ne ricostruisce la storia delle origini con una analisi dei due iniziali modelli: quello ecologico-globale della «visione del Wisconsin» e quello più orientato alla medicina della «visione di Georgetown». Alla base di queste due visioni si colloca, in ogni caso, la questione della secolarizzazione e del pluralismo, che la bioetica si propone di fronteggiare nel contesto delle pratiche mediche. Per arbitrare le diverse posizioni, allora, la bioetica inserisce un numero crescente di figure che intervengono, al letto del paziente, come esperti a vario titolo. L'idea che soggiace a un tale atteggiamento è che le nuove procedure mediche e i nuovi avanzamenti tecnici siano tali da generare problemi etici così inediti e complessi da essere fuori dalla portata del medico, dell'operatore sanitario e del malato stesso. Ecco allora che urge l'intervento di consulenza e accompagnamento degli esperti, primo fra tutti il bioeticista stesso. Sulla scorta del pensiero dell'epistemologo e storico della medicina Georges Canguilhem, Braunstein oppone una critica a questo tipo di atteggiamento fondata su due momenti. In primo luogo la storia della medicina e la storia dell'etica ci insegnano l'antichità della totalità dei problemi che oggi si pretendono inediti: dal trapianto d'organi, all'aborto, all'eutanasia, alla sperimentazione umana e all'eugenetica. Da sempre il medico e il paziente hanno trovato da sé le risorse etiche per affrontare queste questioni controverse e problematiche: si tratta oggi di riproporre vecchi problemi su scala diversa. A essere nuova è solo l'ansia

tecnofobica che soggiace al rinnovato interesse per i problemi dell'etica medica. In secondo luogo, e in conseguenza di questo, la bioetica rappresenta una vera e propria ingerenza della filosofia all'interno del campo della medicina: il "bioeticista professionista", estraneo alla pratica medica, cerca di innestare all'interno della medicina una certa etica, la sua etica, attuando una vera e propria "invasione di campo". Il compito della filosofia, però, non è quello di operare l'iscrizione di un'etica all'interno del sapere medico, ma quello di fornire – attraverso una filosofia della medicina – una chiarificazione del significato di questo sapere e delle sue pratiche che non si ponga in nessun modo in maniera prescrittiva. Non avrebbe senso, infatti, sostituire al potere dispotico del medico – ormai in declino – il potere di nuove figure di esperti: è piuttosto necessario che ognuno di noi, medico o paziente, operi una vera riappropriazione dell'etica ritornando a ricoprire il proprio ruolo di agente.

Ivan Cavicchi, nel contributo successivo, offre con grande lucidità analitica proprio un ripensamento dell'agire professionale del medico e dell'operatore sanitario a partire da un nuovo modo di pensare il «giudizio di necessità» in medicina sulla scorta del nuovo ruolo assunto dal paziente all'interno del sistema sanitario. Attraverso un'analisi della necessità e del giudizio in medicina e in sanità, l'autore giunge proprio a ripensare le figure professionali della medicina e della sanità in termini di agenti/autori. In un contesto in cui la pratica medico-sanitaria viene parcellizzata in una serie di compiti ripartiti tra le diverse figure professionali le cui micro-competenze sono garantite da un percorso di apprendimento certificato, diventa necessario ricordare che l'autonomia di giudizio non è data, in primo luogo, da una conoscenza ma in una «capacità del soggetto, sia esso medico o infermiere, che si definisce nei confronti dei limiti che deve gestire» (cfr. *infra*). Il medico, l'infermiere e, in generale, qualsiasi operatore sanitario dovrebbe definirsi così come un autore ovvero un «intellettuale» che opera il proprio atto di giudizio coniugando autonomia e responsabilità. Ma perché questo avvenga è necessario delineare un articolato processo di riforma del sistema sanitario e dell'organizzazione dei servizi medici professionali che l'autore profila nell'ultima parte dell'articolo.

Anche il saggio di Guido Cusinato offre una prospettiva di cambiamento e di trasformazione, sebbene su di un piano decisamente diverso. Il livello cui si pone il contributo, infatti, non è tanto quello dei sistemi sanitari quanto piuttosto quello dell'antropologia. A partire dalla distinzione, ripresa dal dibattito sull'etica e la filosofia della cura, tra la salute intesa all'interno della dimensione meramente terapeutico-farmacologica del «*cure*» e quella più ampia e comprensiva del «*care*», Cusinato prospetta una rielaborazione del concetto di salute sulla base di una «cura del desiderio». Lungi dal rimanere confinato entro i limiti dell'esperienza medica, questa cura del desiderio si colloca all'interno di una concezione che, sulla base delle più recenti proposte dell'antropologia filosofica, recupera un'idea dell'umano come caratterizzato da una costitutiva plasticità. La cura del desiderio diventa allora coltivazione delle emozioni, nella prospettiva di un superamento globale dell'egocentrismo a favore di una nuova costruzione sociale della realtà basata sui

diversi livelli dell'«intenzionalità del sentire insieme» (cfr. *infra*). La dimensione sociale è proprio il punto di accesso attraverso cui il saggio di Sergio Racca riprende il discorso sulla «normalità», all'interno di un attento confronto con il pensiero del filosofo canadese Charles Taylor. La dimensione della normalità sociale, secondo Taylor, si è manifestata nella storia occidentale attraverso una pluralità di immaginari che si sono orientati, di volta in volta, verso due opzioni: il festivo e il disciplinare. Questi due poli mantengono e ripropongono, secondo Taylor, la dicotomia fondamentale tra la dimensione assiale (originatasi nel I millennio a.C.) e quella pre-assiale. A partire da questo quadro teorico emerge, nel testo di Racca, una lettura degli immaginari moderni e contemporanei come tutt'altro che univocamente orientati nel segno del disciplinare, bensì come frutto di una complessa stratificazione e risemantizzazione di un'opzione originariamente plurale.

La sezione «Ricerche» ospita una serie di contributi che, a partire dal tema del numero, approfondiscono e sviluppano alcune tematiche particolari. Un primo nucleo di articoli si concentra sulla nozione di «normatività» e del suo ruolo nella definizione della «salute». Il saggio di Stefano Pilotto, riprendendo le proposte teoriche di Kurt Goldstein e di Georges Canguilhem, offre una critica alla proposta del filosofo della scienza Christopher Boorse di fornire un orientamento alla pratica medica su base biostatistica. Questa proposta, fondata sulla nozione di «progetto di specie», cerca ancora una volta di avanzare un'idea oggettivante di salute e di normalità, incapace di rendere conto della normatività e della plasticità interne al vivente. Il contributo di Iván Moya Diez e Matteo Vagelli si concentra proprio sulla nozione di normatività avanzata da Georges Canguilhem e ne chiarisce la portata teorica al di là della proposta di filosofia della medicina. Oltre a un significato all'interno di una più generale filosofia della vita in cui il concetto di normatività dice il carattere fondamentale dell'attività vivente come instaurazione di valori, la normatività assume un ruolo centrale anche nella riflessione storiografica di Canguilhem, che intende la storia delle scienze come storia normativa. La «normatività» non rappresenta semplicemente il nome di un concetto di volta in volta biologico, epistemologico o storiografico, ma indica un meta-concetto organizzatore, attorno al quale si struttura l'unità dell'articolato progetto filosofico di Canguilhem. Ultimo contributo di questo primo blocco tematico è quello di Gabriele Vissio, che si confronta con le trasformazioni subite in età moderna e contemporanea dal concetto di salute all'interno del più generale processo di medicalizzazione della vita. La medicalizzazione è stata sottoposta, nel corso del Novecento, a una serie di critiche mosse da un'esplicita intenzione de-medicalizzante e dalla rivendicazione nei confronti di un rinnovato «diritto alla salute». Nell'opera di autori come Ivan Illich tali istanze sono state collocate all'interno di un più ampio progetto di de-istituzionalizzazione della società, capace di offrire una critica politica, oltre che epistemologica, delle derive della medicalizzazione. Tale proposta, però, sembra mancare il centro della questione e pare ridursi a una richiesta di diritti incapace, in realtà, di offrire una prospettiva

radicalmente diversa sulla salute. È proprio la definizione della salute, come ha invece mostrato Canguilhem, a costituire il nucleo problematico fondamentale del discorso sulla medicina. La proposta di Illich non implica un reale abbandono della concezione tradizionale di salute, quanto piuttosto una sua riduzione o indebolimento, e non elimina in ogni caso l'idea di salute come «stato». La salute, invece, deve essere intesa come qualcosa che ogni individuo, e la medicina con lui, si trova di volta in volta a ridefinire, un «successo temporaneo» della vita nella sua lotta contro la «legge degradazione».

I saggi di Monia Andreani e di Maurizio Balistreri offrono invece uno sguardo più diretto su due casi “applicati” del tema proposto. Andreani, dal canto suo, riprende per certi versi proprio la questione della degradazione, offrendo un'analisi tanto attuale quanto interessante sulle questioni etiche ed epistemologiche sollevate dalle diagnosi infauste nelle malattie neurodegenerative croniche e progressive. Tali patologie mettono alla prova la validità epistemologica della Evidence Based Medicine (EBM) e della pratica medica e clinica su essa fondata. Interpretando gli esiti di uno studio sul campo svolta dal gruppo di ricerca in Etica Applicata del Dipartimento di Scienze di Base e dei Fondamenti dell'Università di Urbino, Andreani giunge a una conferma dell'efficacia di un approccio fondato sulla cura e sulla relazione di cura nel superamento delle principali *impasse* in cui incorre la pratica clinica della EBM. Il saggio di Balistreri si concentra invece su di una versione particolare delle teorie dell'*enhancement*, concernente la possibilità del «potenziamento morale». Per quanto l'autore consideri, dal punto di vista tecnico, del tutto illusoria e fantasiosa una tale prospettiva, egli nondimeno rileva all'interno di questa illusione una problematica etica interessante. L'idea di un miglioramento morale degli individui e della società implica, come meta teleologica cui il processo di potenziamento deve tendere, un modello di moralità unico e univoco. Il rischio di questo programma è che esso, utilizzando concetti solo apparentemente confinati al terreno descrittivo, ma in realtà dotati di una portata normativa, veicoli l'idea di un miglioramento morale collettivo inteso come normalizzazione del pensiero etico e delle pratiche dei soggetti, realizzato attraverso una forte riduzione del pluralismo del dibattito pubblico sui temi etici.

Chiudono la sezione i saggi di Davide Sisto e di Cristina Rebuffo, entrambi dedicati a tematiche tanatologiche. Il processo di medicalizzazione, infatti, non coinvolge soltanto l'esperienza della malattia ma anche quella della morte. Secondo Sisto il complesso processo di medicalizzazione della morte ha condotto, in conseguenza dei progressi tecnico-scientifici del secolo XX, a una ridefinizione di questa esperienza nei termini di «naturalità» e «artificialità». Attraverso un percorso che comprende, in prima battuta, il dibattito novecentesco sulla definizione dei criteri attraverso cui è possibile determinare la morte (o il *tipo* di morte) dell'individuo, e che coinvolge un'analisi dell'opera di Xavier Bichat e una ripresa delle riflessioni di Michel Foucault, Jean Baudrillard e altri, Sisto perviene a ricostruire la nascita dell'idea di «morte naturale» come «morte normale». Questa identificazione, ideale e astratta, non rappresenterebbe, secondo l'autore, che una

rimozione della morte, una sua sistematica negazione. Non si tratta di sminuire il significato positivo delle acquisizioni tecnico-scientifiche dell'ultimo secolo, né prospettare un ritorno nostalgico a concezioni precedenti; il tentativo di Sisto si configura invece come un ripensamento della dimensione simbolica della morte all'interno della vita stessa, al fine di evitare rigidi riduzionismi e oggettivismi, il cui rischio è quello di rendere incomprensibile il reale sviluppo del decorso vitale. Strettamente connesso alle tematiche dell'articolo precedente, il contributo di Rebuffo ricostruisce, nella prima parte, una breve storia delle strategie che, dall'Antichità all'Ottocento, sono state attuate al fine di sfuggire alla paura della morte. In questa storia che, dai poemi omerici agli uomini del secolo XIX, narra le diverse "fughe" che dinanzi alla paura della morte sono state tentate, e che sono riassumibili sotto il monito: "Ricordati che devi morire!". L'esperienza novecentesca della morte, e in particolare quella postmoderna, si iscrive invece al di sotto della promessa "Tu non morirai!". Anche il pensiero di Gabriel Marcel si colloca nell'alveo di questa promessa d'immortalità, ma si orienta verso un significato profondamente diverso da quello che a essa conferisce l'interpretazione postmodernista. Attraverso una critica dell'esperienza del corpo intesa come di un oggetto all'interno della sfera dell'«avere», Marcel propone una rilettura della paura della morte come qualcosa di diverso dalla perdita di qualcosa che si possiede. Se è vero che noi non siamo mai, semplicemente, il nostro corpo, è anche vero che esso non costituisce per noi soltanto un oggetto posseduto tra gli altri. Il corpo, ci dice Marcel, è "soglia" tra l'essere e l'avere. Con la morte, certo, si estingue l'oggetto ma, allo stesso tempo, in essa permane l'essere.

Il numero si chiude infine con la sezione «Recensioni» che ospita la lettura, a firma di Roberto Franzini Tibaldeo, del volume di Ewa Nowak, *Experimental Ethics. A Multidisciplinary Approach* (2013). Di seguito si rende invece conto del recente lavoro di Jürgen Habermas, *Verbalizzare il sacro. Sul lascito religioso della filosofia* (2015), qui recensito da Francesca Benenati.

Abstracts

Gereon Wolters, “Voi sareste come Dio”. Un’analisi storica e filosofica dell’ultima mutazione di un sogno secolare: l’uomo aumentato

Jean François Braunstein, Bioetica o filosofia della medicina?

Non sembra che l’opera di Georges Canguilhem debba servire come argomento per una filosofia della cura o per una bioetica. La nascita della bioetica è dovuta più a una sorta di sconcerto etico che a problemi radicalmente nuovi posti alla medicina. Di conseguenza una vera «filosofia della medicina», che s’interessasse alla storia dell’etica e della deontologia medica, dovrebbe poter fornire delle vie più interessanti per risolvere le questioni, che sono in fondo questioni tradizionali in medicina, poste dalla bioetica. L’etica medica non è materia di «esperti», essa è una questione dei medici e dei pazienti.

It is unlikely that a philosophy of care or bioethics could draw support from Georges Canguilhem's work. The emergence of bioethics results more from some sort of an ethical dismay than from radically new problems facing medical practice. If so, a genuine “philosophy of medicine”, which would pay attention to the history of deontology and medical ethics, should be able to provide more interesting avenues for solving the questions addressed by bioethics, which in fact turn out to be traditional questions within medicine. Medical ethics is not a matter reserved to “experts”, it is a matter that devolves both on physicians and patients.

Ivan Cavicchi, Il giudizio di necessità in medicina e in sanità nel tempo dei conflitti

Negli ultimi anni il ruolo del paziente nei Servizi Sanitari è cambiato. In conseguenza di ciò anche il ruolo dei medici e degli operatori sanitari in generale necessita oggi di essere ripensato. Questo articolo desidera suggerire un modo per riformare l’agire di medici e operatori sanitari sulla base di un ripensamento di cosa sia «necessità» nel contesto della pratica medica e di cura.

In the last years, the role of the patient in the Health Services is changed. As a result of this fact, also the role of physicians and health workers in general need to be rethought. This paper aims to suggest a way to reform the behaviour of physicians and health workers on the basis of a rethought of what is «necessary» in the medical and care practice.

Guido Cusinato, La formatività antropologica della «care». Salute e cura del desiderio

Il concetto di salute è stato finora prevalentemente interpretato dal punto di vista farmacologico della «cure». In questo contributo si considera il concetto di salute dal punto di vista della «care». Questo consente di ripensare la salute in riferimento alla cura del desiderio, cioè a un processo di coltivazione delle emozioni che grazie al superamento dell'egocentrismo e dell'invidia diventa cura del mondo.

The concept of health has been mainly interpreted from the pharmacological point of view of «cure», so far. In this paper I consider the concept of health from the viewpoint of «care». This allows to think the health with reference to the care of desire, that is to say to a process of cultivation of emotions that, thanks to an act of overcoming egocentricity and envy, becomes care of the world.

Sergio Racca, Pluridimensionalità festiva ed esclusività disciplinare. La lotta assiale e la normalità sociale secondo Charles Taylor

L'obiettivo del mio saggio è mostrare come, secondo il filosofo canadese Charles Taylor, il concetto di “normalità” si manifesti in Occidente all'interno di differenti “immaginari sociali”, dando forma a una molteplicità di percezioni dell'identità umana e delle pratiche quotidiane consentite. Attraverso l'esame de *L'età secolare* e delle opere tayloriane a essa successive, il ragionamento intende infatti evidenziare come questa pluralità abbia avuto, e continui ad avere, il proprio luogo di manifestazione privilegiato nella dicotomia tra due specifici immaginari, il “disciplinare” e il “festivo”: una dicotomia la cui origine è individuata nel persistere della lotta tra, rispettivamente, il vettore della cosiddetta epoca assiale, processo di rivoluzione antropologico-religiosa situato nel I millennio a. C., e la precedente visione preassiale. In questo senso, il saggio vuole mettere in luce l'evoluzione e le tensioni interne a questa alternativa, descrivendone la genesi, le figure storiche di realizzazione e, soprattutto, le manifestazioni contemporanee.

According to Charles Taylor's most recent works, “social imaginaries” shape human identities and collective behaviors: the aim of my paper is to show how this taylorian conception gives rise, in western society, to several standards of “social normality”. In this regard, my analysis wants to describe the two most important western understandings of normality: on the one hand the “disciplinary” perspective, on the other hand the “festive” vision of reality. More particularly, the paper describes how these two social imaginaries originate from the continuous struggle between the Axial revolution and the Preaxial worldview. For this purpose, it describes the historical origin, the evolution, the inner tensions and the contemporary manifestations of the alternative between the disciplinary and the festive attitudes.

Stefano Pilotto, Quale normatività? Vita e malattia fra naturalismo e antiriduzionismo

Questo articolo si propone di illustrare i limiti e le implicazioni pratiche della teoria *biostatistica* formulata dal filosofo della scienza Christopher Boorse. La *biostatistica* infatti vuole fornire in ambito biomedico uno strumento concettuale che si presti alle esigenze operative della medicina; ricorrendo alla nozione di *progetto di specie* tale teoria pretende di oggettivare i concetti di *normalità* e di *salute* e di offrire una comprensione altrettanto oggettiva dei fenomeni patologici. Seguendo però le coordinate fornite dal neurofisiologo tedesco Kurt Goldstein (1878-1965) e i fondamentali contributi del filosofo francese Georges Canguilhem, si metterà in luce come i due concetti di *normalità* e *patologia*, centrali tanto per la teoria che per la pratica medica, non possano essere ricondotti esclusivamente al piano della spiegazione meccanicista delle dinamiche del vivente, poiché, esprimendo la plasticità della *vita*, tali concetti possono essere compresi meglio a partire dalla rete di rapporti che coinvolge gli individui e l'ambiente.

This paper aims to illustrate not only practical, but even theoretical boundaries and implications in the *biostatistic* theory by the science philosopher Christopher Boorse. The *biostatistic* theory indeed conveys a conceptual instrument, which fits with operational needs of medicine; resorting to the notion of *species design*, this theory pretends to objectify the concepts of *normality* and *health*, so to provide an even more actual comprehension of disease phenomena. Following the guidelines given by the German neurophysiologist Kurt Goldstein (1878-1965), and the French philosopher Georges Canguilhem's capital contribution, it will be highlighted how *normality* and *pathology*, key concepts as well in theoretical as in practical medicine, in the explanation field of the living being's dynamics, cannot exclusively be reduced to a mechanistic level, because expressing the plasticity of life themselves, such concepts can be better understood by analyzing the relationship's net which involves entities and environment.

Iván Moya Diez, Matteo Vagelli, L'unità della filosofia di Georges Canguilhem. Dalla norma medica alla normatività storica

Con *Il normale e il patologico* (1966) Georges Canguilhem introduce nel dominio della riflessione filosofica una delle diadi concettuali meta-scientifiche più pregnanti e pervasive della storia del pensiero occidentale. La sua disamina storico-critica mette in luce i limiti di ogni concezione quantitativa della norma che miri a fare dell'anormale il risultato della deviazione da una media statistica. A tale concezione Canguilhem oppone il riconoscimento dell'intrinseca normatività della vita come fondamentale attività d'instaurazione e conflitto di valori. Parallelamente alla sua riflessione sulla categoria di "normale" e ai suoi lavori di epistemologia delle scienze della vita, Canguilhem ha prodotto una riflessione storiografica tra le più acute del XX secolo, incentrata sull'idea di una storia normativa delle scienze. Scopo del presente articolo è

tematizzare l'unione tra questi due aspetti della filosofia di Canguilhem e stabilire così una connessione esplicita tra “la logica del vivente” e la “logica della conoscenza”, tra la normatività della vita e quella dei concetti scientifici. E' quest'unione, infatti, a dare luogo a quella caratteristica sintesi di filosofia e storia della scienza in cui consiste l'epistemologia storica canguilhemiana.

With *The normal and the pathological* (1966) Georges Canguilhem introduces within the domain of philosophy one of the richest and pervasive conceptual meta-scientific dyads of the history of Western thought. His historical and critical analysis sheds light upon the limits of any quantitative conception of norms aiming to define the abnormal as the result of the deviation from a statistical mean. He opposes to this conception the acknowledgement of the intrinsic normativity of life as an essential activity of establishment and conflict of values. Beside his reflection on the category of “normal” and his epistemological works on the life sciences, Canguilhem has produced one of the sharpest historiographical reflections of the twentieth century, centered on the idea of a normative history of science. Aim of the present paper is to address the union between these two aspects of Canguilhem's philosophy, thus establishing an explicit connection between the “logic of the living” and the “logic of knowledge”, that is, between the normativity of life and the normativity of scientific concepts. This union instantiates that distinguishing synthesis of philosophy and history of science in which the historical epistemology of Canguilhem consists.

Gabriele Vissio, «La vita preferisce l'asimmetria». Ripensare la salute tra medicina e anti-medicina

Il processo storico della medicalizzazione è il prodotto di tre trasformazioni all'interno della teoria e della pratica medica: la naturalizzazione, la normalizzazione e l'istituzionalizzazione della medicina. Dopo una ricostruzione storica di queste trasformazioni, il saggio analizza alcune delle critiche classiche al dispositivo della medicalizzazione. Nonostante esse siano da molto tempo presenti all'interno del dibattito pubblico, esse non sembrano essere all'altezza dei propri obiettivi. Una migliore risposta ai problemi della medicalizzazione può essere invece trovata in una ridefinizione radicale del concetto moderno di «salute».

The medicalization historical process is the result of three transformations into the medical theory and practice: the naturalization, normalization and institutionalization of medicine. After an historical outline of these transformation, the paper analyse some classical critiques of the dispositive of medicalization. Despite their long survival as public arguments, these classical analyses don't seems to be adequate to their goals. Instead, a better answer to the medicalization's problems could be find in a radical redefinition of the modern concept of «health».

Monia Andreani, Le sfide della medicina di fronte alle diagnosi infauste nelle malattie neurodegenerative croniche e progressive: tra questioni epistemologiche e dilemmi etici.

L'articolo prende spunto da una ricerca di bioetica applicata svolta nell'anno 2013 nella Regione Marche e dedicata a conoscere la storia di cura di pazienti e famiglie con malattie croniche neurodegenerative. Si prendono in esame le problematiche comunicative inerenti le diagnosi infauste di queste malattie che mettono in evidenza la dimensione etica della condivisione delle scelte "di fine vita" ma rilevano anche un problema epistemologico nella pratica clinica della *Evidence Based Medicine*. Di fronte a malattie inguaribili che non hanno quindi protocolli di cura validati come efficaci, emerge una difficoltà comunicativa che rivela anche un limite nella visione normativa della medicina basata sulle prove di efficacia. La risposta a tale difficoltà si può trovare in una nuova attenzione alla relazione di cura più centrata sul caso clinico individuale e sull'intervento della medicina palliativa.

The article draws on an applied bioethics research dating back to 2013 in the Italian Marche Region and dedicated to learning about the medical history of patients and families with chronic neurodegenerative diseases. The article examines the problems pertinent to communicating ominous diagnosis in case of terminal diseases, exposing the ethical dimension of sharing decision on "end of life" care and procedures as well as detecting an epistemological problem in Evidence Based Medicine clinical procedures. Faced with incurable diseases, that currently lack effective treatment protocols, what emerges is a communication breakdown revealing a limit in decision-making and the current legislative framework regulating Evidence Based Medicine. Effective answers can be found by renewing attention on individual care and treatment based on individual clinical cases and the direct intervention of palliative medicine.

Maurizio Balistreri, La medicina e il dogma della normalità nel dibattito sul potenziamento morale

Possiamo immaginare che, nel prossimo futuro, sarà possibile sviluppare interventi o sostanze che potenzieranno le nostre capacità cognitive ed empatiche. A prescindere, però, dal grado di sviluppo scientifico e tecnologico che raggiungeremo, non si potrà mai arrivare a rendere gli esseri umani virtuosi semplicemente ricorrendo alle biotecnologie. Anche per questa ragione è effettivamente difficile immaginare cosa possa significare essere una persona che, a causa del potenziamento, avrà una vita prestabilita. Questo programma di perfezionamento morale non soltanto non è realizzabile, indipendentemente dallo sviluppo scientifico e tecnologico che possiamo sperare, ma rischia anche di creare aspettative del tutto ingiustificate circa il futuro. La nostra preoccupazione è che l'illusione per perfezionamento morale per via biotecnologica alimenti la convinzione che la crescita morale della società passi

necessariamente attraverso una maggiore uniformità negli atteggiamenti morali dei cittadini.

In the near future, we can already foresee that it may be possible to develop interventions or substances which will enhance our cognitive and empathetic abilities. Quite apart from the level of scientific and technological development we achieve, we can never make human beings virtuous by simply using interventions or medications that act on their biological nature. For this reason too, it is difficult to imagine what it would mean to be a person who has a pre-established life due to enhancement. This program of moral improvement not only is not feasible, regardless of the scientific and technological development that we can imagine, but could also create totally unjustified expectations about the future. Our concern is that the illusion for moral improvement by biotech foods the belief that the moral growth of the society inevitably means more uniformity in the moral attitudes of citizens.

Davide Sisto, “Stroncato da un male incurabile”: come la morte tecnica ha prevalso sul morire

Nel presente saggio il mio intento consiste nello spiegare il motivo per cui nella società contemporanea si è imposta una concezione tecnica della morte. In primo luogo, vengono descritte brevemente le caratteristiche che il rapporto tra la vita e la morte ha assunto nello spazio pubblico odierno; in secondo luogo, tento di spiegare le ragioni filosofiche a fondamento di tali caratteristiche, a partire da un'interpretazione di Bichat da parte di Foucault. Infine, voglio mostrare come la rimozione sociale della morte sia strettamente legata a una sua interpretazione meccanica legata al principio del funzionamento. Sulla base di tali considerazioni, ritengo necessario tornare a pensare alla morte come criterio e misura della vita, quindi come aspetto che definisce e struttura da un punto di vista esistenziale e pedagogico ogni singolo uomo.

In this essay, my intention is to explain why a technical conception of death has become predominant in contemporary society. Firstly, I will briefly describe the features that the relationship between life and death has acquired in present-day public space; secondly, I will try to explain the philosophical reasons which are at the basis of those features, starting from Foucault's reading of Bichat. Lastly, I intend to show how the social repression of death is strictly bound to its mechanical interpretation, based on the principle of functioning. From these observations, I believe it is necessary to go back to conceiving death as criterion and measure of life, so as an aspect that defines and structures every single individual from an existential and pedagogical point of view.

Cristina Rebuffo, «Ricordati che devi morire!»; «Tu non morirai!». Terapie e strategie dinanzi alla paura della morte

Questo breve saggio tratta delle strategie che, in senso terapeutico, sono state escogitate nel corso della storia, per sfuggire, per quanto possibile alla paura della morte. Dopo una breve premessa, il primo paragrafo è, in particolare, dedicato a una ricostruzione storica dall'Antichità all'Ottocento sotto il segno dell'emblematica esortazione "Ricordati che devi morire!", mentre il secondo si concentra esclusivamente sulla postmodernità, il cui approccio è a mio parere riassumibile nella formula marceliana del "Tu non morirai". Il *leitmotiv* della seconda parte, infatti, è proprio il pensiero del filosofo francese, le cui riflessioni intorno alla morte di sé e di coloro che si amano o, meglio, che si sono amati, offrono una lettura quanto mai puntuale dell'approccio dell'uomo del Novecento nei confronti della morte.

This short essay deals with all the main strategies that men used during the history – in a therapeutic way – to elude the fear of the death. After a short Introduction, in the first paragraph I have tried to offer a historical reconstruction from the ancient times to the Nineteenth century based on the emblematic exhortation "Remember you must die!". The second paragraph is then exclusively dedicated to the postmodern age and its typical approach which can be – I guess – condensed in Gabriel Marcel's sentence "You will not die!". The *leitmotiv* of this second part is, in fact, exactly Marcel's thought and his reflections around the death of itself and the death of those we love (or better, we have loved) because those reflections really offer an accurate vision of the typical approach of the Twentieth century man in front of the death.

Indice

QUESTIONI

- G. Wolters, *“Voi sareste come Dio”. Un’analisi storica e filosofica dell’ultima mutazione di un sogno secolare: l’uomo aumentato*
- J.-F. Braunstein, *Bioetica o filosofia della medicina?*
- I. Cavicchi, *Il giudizio di necessità in medicina e in sanità nel tempo dei conflitti*
- G. Cusinato, *La formatività antropologica della «care». Salute e cura del desiderio*
- S. Racca, *Pluridimensionalità festiva ed esclusività disciplinare. La lotta assiale e la normalità sociale secondo Charles Taylor*

RICERCHE

- S. Pilotto, *Quale normatività? Vita e malattia fra naturalismo e antiviriduzionismo*
- I. Moya Diez, M. Vagelli, *L’unità della filosofia di Georges Canguilhem. Dalla norma medica alla normatività storica*
- G. Vissio, *«La vita preferisce l’asimmetria». Ripensare la salute tra medicina e anti-medicina*
- M. Andreani, *Le sfide della medicina di fronte alle diagnosi infauste nelle malattie neurodegenerative croniche e progressive: tra questioni epistemologiche e dilemmi etici.*
- M. Balistreri, *La medicina e il dogma della normalità nel dibattito sul potenziamento morale*
- D. Sisto, *“Stroncato da un male incurabile”: come la morte tecnica ha prevalso sul morire*
- C. Rebuffo, *«Ricordati che devi morire!»; «Tu non morirai!». Terapie e strategie dinanzi alla paura della morte*

RECENSIONI

- [R. Franzini Tibaldeo] E. Nowak, *Experimental Ethics. A Multidisciplinary Approach*
- [F. Benenati] J. Habermas, *Verbalizzare il sacro. Sul lascito religioso della filosofia*

“Voi sareste come Dio”

Un’analisi storica e filosofica dell’ultima mutazione di un sogno secolare: l’uomo aumentato

Gereon Wolters*

1. Origini bibliche di sogni utopici

Sin dalle origini l’*Homo Sapiens* è stato insoddisfatto del proprio equipaggiamento fisico e mentale. Nell’Antico Testamento, il libro della *Genesi* ci informa delle cose che Dio ha dovuto fare durante i sei giorni della creazione dell’universo, tra cui l’uomo. Con una leggera differenza rispetto a ciò che ci dicono le attuali teorie della formazione delle specie, ci fu un primo uomo, un maschio per la precisione: Adamo. Adamo, inoltre, venne all’essere già adulto, e lo stesso fu per Eva. Come apprendiamo nel terzo capitolo, Eva ha appena raggiunto Adamo nel Giardino dell’Eden, quando il diavolo in forma di serpente appare e la informa di un costitutivo difetto della natura umana che potrebbe essere sanato con grande facilità. Senza dare alcuna spiegazione, Dio ha consentito ad Adamo e Eva di prendere e mangiare ogni frutto degli alberi del giardino, tranne che di quello nel mezzo. A questo punto il diavolo dice a Eva: «Dio sa che il giorno in cui voi ne mangiaste si aprirebbero i vostri occhi e sareste come Dio, conoscendo il bene e il male»¹. Ognuno di voi sa come prosegue la storia:

Allora la donna vide che l’albero era buono da mangiare, gradevole agli occhi e desiderabile per acquistare saggezza; prese del suo frutto e ne mangiò, poi ne diede anche al marito, che era con lei, e anch’egli ne mangiò. Allora si aprirono gli occhi di tutti e due e conobbero di essere nudi; intrecciarono foglie di fico e se ne fecero cinture (*Gen.* 3, 6-7).

Il guadagno cognitivo causato dal frutto dell’albero nel mezzo può essere considerato come una sorta di neuro-potenziamento vegetale ereditario.

* Questo articolo traduce una conferenza tenuta all’Académie des Sciences di Parigi nel Febbraio 2014 con il titolo: «“Vous serez comme Dieu – une analyse historique et philosophique de la dernière mutation d’un rêve séculaire : l’homme augmenté». Esso è già comparso come contributo all’interno del volume collettaneo a cura di Edgardo D. Carosella, *Nature et Artifice : l’homme face à l’évolution de sa propre essence*, Hermann, Paris 2014. Traduzione dall’inglese a cura di Gabriele Vissio.

¹ *Gen.* 3, 5. Per tutte le traduzioni bibliche si è fatto riferimento al testo della *Bibbia di Gerusalemme*, a cura del Centro editoriale dehoniano (EDB – Bologna) nell’edizione del gennaio 2009 (seconda ristampa del settembre 2010), conforme al testo biblico della «editio princeps» 2008 (*NdT*).

Proprio alla fine del terzo capitolo, veniamo a conoscenza del frutto di un altro albero, di cui Dio non aveva ancora parlato: l'Albero della Vita. Pensando ai suoi frutti Dio diviene così preoccupato da decidere di espellere l'*Homo Sapiens* dal Paradiso:

Poi il Signore Dio disse: «Ecco, l'uomo è diventato come uno di noi quanto alla conoscenza del bene e del male. Che ora egli non stenda la mano e non prenda anche dall'albero della vita, ne mangi e viva per sempre!». Il Signore Dio lo scacciò dal giardino di Eden, [...]. Scacciò l'uomo e pose a oriente del giardino di Eden i cherubini e la fiamma della spada guizzante, custodire la via all'albero della vita (*Gen. 3, 22-24*).

Non vi è alcuna indicazione sul fatto che Adamo ed Eva, una volta scacciati dal Paradiso, sapessero che cosa avevano perduto: l'immortalità, apparentemente il miglior potenziamento che si possa pensare. Dio desiderava mantenerla per sé. Si potrebbe vedere, nel fatto che ad Adamo fu concesso di vivere per 930 anni, terzo solo a Iered e Matusalemme, che arrivarono rispettivamente a 962 e 969 anni², un risarcimento per l'immortalità perduta. Solo dopo molte di queste longeve generazioni Dio decise – a causa di alcune dubbie attività sessuali delle donne – di ridurre il limite massimo dell'arco della vita umana a 120 anni³. Di lì innanzi esso è rimasto tale.

Veniamo a conoscenza che sin dalle primissime origini della razza umana – così come ci viene riportato nella tradizione religiosa occidentale – gli uomini hanno dovuto vivere con limiti cognitivi e fisici. Essi hanno tentato di superare i deficit cognitivi appropriandosi del neuro-potenziamento dell'Albero nel mezzo. Essi avrebbero certamente provato anche il frutto dell'Albero della Vita, se solo avessero avuto conoscenza del suo effetto di immortalità. Possiamo concludere che sin dall'inizio della propria esistenza gli esseri umani hanno sognato di liberarsi delle restrizioni fisiche e cognitive della vita. Essi hanno sognato di essere come Dio. Nelle pagine seguenti mi occuperò delle variazioni di questo sogno primordiale, ultima delle quali lo "*human enhancement*". Non sorprende che queste variazioni emergano come sogni *utopici*, cioè sogni che non trovano posto nel mondo così come lo conosciamo.

² *Gen. 5,5; 18; 27*. Curiosamente non abbiamo informazioni circa l'età raggiunta dalle donne.

³ *Gen. 6, 3*: «Il mio spirito non resterà sempre nell'uomo, perché egli è carne e la sua vita sarà di centoventi anni». (L'originale francese cui fa riferimento l'Autore dice, in realtà: «Je ne peux pas laisser les hommes profiter indéfiniment du souffle de vie que je leur ai donné; ils ne sont après tout que des être mortels. Désormais ils ne vivront pas plus de cent vingt ans» che si avvicina di più – anche se non in piena coincidenza – alla versione italiana della *Bibbia Interconfessionale*: «Allora il Signore disse: “Non lascerò che il mio alito vitale rimanga per sempre nell'uomo perché egli è fragile. La sua vita avrà un limite: centovent'anni”». *NdT*).

2. Considerazioni concettuali

Vorrei distinguere tra due tipi fondamentalmente diversi di *enhancement*: l'*enhancement* individuale e quello collettivo. L'*enhancement* individuale consiste nel migliorare le condizioni standard – fisiche e cognitive – degli individui umani. Ciò può essere ottenuto attraverso allenamenti fisici o mentali, o mediante l'aiuto di sostanze, chirurgia *et similia*.

L'*enhancement* collettivo, così come mi piacerebbe definirlo ai fini del presente saggio, si suppone implichi sia un ampio numero di esseri umani, sia cambiamenti biologici significativi, derivati da modifiche del corredo genetico. Questo significa che l'*enhancement* collettivo condurrebbe, a tempo debito, a una considerevole trasformazione del *pool* genetico. A questo proposito la lettura anglofona parla in questo contesto di «*posthumanity*» e «*transhumanism*».

Dieter Birnbacher ha offerto un'analisi critica e concettuale dei termini «*posthumanity*» e «*transhumanism*», e consiglia di intenderli «come degli slogan più che come dei concetti ben definiti»⁴. Come idea approssimativa, egli intende «*posthumanity*» come un'«etichetta per una forma di esistenza umana radicalmente trasformata dalle più avanzate tecniche mediche e dall'uso di neuro-, bio-, nano-, e altre tecnologie per il potenziamento umano», mentre «*transhumanism*» un processo, ossia «un movimento che desidera condurci sulla via alla postumanità, andando *oltre* l'umanità nella sua forma attuale»⁵. In breve: la postumanità è lo *stato* raggiunto dal *processo* del transumanesimo. Birnbacher, inoltre, argomenta in maniera convincente che non vi è «chiara demarcazione tra ciò che è specificamente umano e ciò che non lo è» e che il «concetto di umanità è dinamico e non statico» e include innanzitutto «aperture sistematiche ai cambiamenti e alle modifiche culturali»⁶. In questa prospettiva il parlare anglofono e di «*posthumanity*» e «*transhumanism*» appare semplicemente, a mio modo di vedere, un'esagerazione dagli intenti promozionali. La storia del genere umano può essere vista, in effetti, come una serie di infiniti tentativi di potenziare *la condition humaine*⁷ sia attraverso interventi medici in senso lato, sia mediante l'auto-perfezionamento intellettuale e spirituale. Ciò che è cambiato negli ultimi anni è solo il fatto che i significati medici e tecnici dell'*enhancement* si sono moltiplicati e intensificati in maniera straordinaria.

Torniamo all'*enhancement* collettivo. Vorrei parlare di due sogni di potenziamento dell'*Homo Sapiens*: la dinamizzazione della fino allora statica *Scala naturae*, compiuta da Charles Bonnet nel XVIII secolo, e il programma eugenetico di Francis Galton nel XIX. Il progetto di Bonnet sembra più un gioco intellettuale che

⁴ D. Birnbacher, *Posthumanity, Transhumanism and Human Nature*, in B. Gordijn, R. Chadwick (a cura di), *Medical Enhancement and Posthumanity*, Springer, New York-Heidelberg 2008, p. 96; 105.

⁵ Ivi, p. 95

⁶ Ivi, p. 105

⁷ Si è scelto di mantenere nella traduzione le espressioni che appaiono in francese nel testo originale. Quando lo si è ritenuto necessario alla comprensione del testo, si è provveduto a segnalarne la traduzione in nota (NdT).

una teoria scientifica basata sui fatti, mentre Galton delinea un programma politico su presunte basi scientifiche.

3. *La scala mobile del potenziamento di Charles Bonnet*

Il grande naturalista ginevrino Charles Bonnet (1720-1793) sviluppò l'idea di una «*échelle des être naturelles*»⁸. Questa *Scala naturae* serviva come strumento per ordinare tutte le cose secondo il loro grado di perfezione. Il grado di perfezione delle cose, a sua volta, viene compreso nei termini del loro livello di “organizzazione”:

La perfezione nelle macchine della Natura si misura, come nelle artificiali, dal numero dei pezzi, e dalla diversità degli effetti; quella essendo più perfetta, che con meno pezzi produce maggior numero di effetti⁹.

Bonnet giunge con questo a una completa e continua messa in ordine del mondo: da le «*matières plus subtiles*» ai piedi della scala, sino a «*l'homme*» alla sommità, preceduto dall'orango. C'è di che stare attenti, credo. L'«*échelle*» di Bonnet non implica una messa in ordine temporale progressiva e evolucionistica delle cose, secondo il momento della loro venuta all'essere. Tutte sono state create durante i sei giorni della creazione, e l'inventario del mondo è perciò ordinato solo ed esclusivamente in senso spaziale, secondo il loro grado di perfezione. Solo in una delle sue ultime opere, *La Palingénésie philosophique*, Bonnet include un'idea di miglioramento degna di nota e completamente speculativa: l'Uomo, gli animali e persino le piante sono «*êtres mêlés*»¹⁰. Essi sono composti di corpi materiali e immateriali e pertanto di anime immortali. Il mondo dei corpi è governato dalle leggi della meccanica, mentre il regno delle anime è spirituale: solo nel regno spirituale è possibile il miglioramento. Non possiamo perfezionare i nostri corpi, poiché valgono le leggi eterne della fisica, ma possiamo e dobbiamo lavorare sulla perfezione delle nostre anime. In un complicato processo, poi, la perfezione raggiunta dalle anime in questo eone – che è iniziato con il diluvio di Noé e si concluderà con la Seconda Venuta di Cristo – guiderà la resurrezione dei corpi nel prossimo. Di conseguenza s'intravede un reale miglioramento collettivo, ma solo nel prossimo eone. In questo modo la statica «*échelle des être naturelles*» è, nell'eterna visione di Dio, una scala mobile che si ferma per un eone a ogni gradino. Nel prossimo eone, per esempio, essa trasporterà l'uomo verso la perfezione dell'angelo e – come prevede Bonnet:

L'Uomo, trasportato allora in un altro luogo più adatto all'eccellenza delle sue Facoltà, lascerà alla Scimmia o all'Elefante quel primo posto che occupava tra gli Animali del nostro

⁸ Ciò che segue lo riprendo da G. Wolters, *The Idea of Progress in Evolutionary Biology: Philosophical Considerations*, in A. Burgen, P. McLaughlin, J. Mittelstraß, *The Idea of Progress*, Walter de Gruyter, Berlin-NewYork 1997, pp. 201-217. Nella storia della biologia Bonnet è conosciuto soprattutto per la sua scoperta della partenogenesi (negli afidi), una sorta di via naturale all'immortalità.

⁹ Ch. Bonnet, *Contemplazione della natura* (1764), tr. it. di L. Spallanzani, Montanari, Modena 1769, p. 70

¹⁰ Letteralmente «esseri misti» (*NdT*).

Pianeta. In questa universale Restaurazione degli Animali, si potranno dunque trovare dei Newton e dei Leibniz tra le scimmie e gli Elefanti; dei Perrault o dei Vauban tra i Castori, ecc.¹¹

Ciò che non va in questa meravigliosa idea di un potenziamento collettivo è che nessuno vivrà abbastanza per vederlo e trarne vantaggio. Questo a differenza dell'*enhancement* collettivo nella forma dell'eugenetica, proposta un secolo dopo Bonnet dal cugino di Charles Darwin, Sir Francis Galton (1822-1911)¹².

4. *Sir Francis Galton sulle orme di Platone*

L'eugenetica di Galton è fondamentalmente una versione – aggiornata in termini statistici ed evolucionistici – della bizzarra idea di Platone di allevare gli esseri umani come gli animali, selezionando “i migliori” per la riproduzione¹³. Nella *Repubblica* di Platone la procedura di selezione stessa deve essere posta sotto il controllo dello stato e consiste in una finta lotteria:

In forza dei principi convenuti, ripresi, i migliori devono unirsi alle migliori più spesso che possono, e, al contrario, i più mediocri con le più mediocri; e si deve allevare la prole dei [e] primi, non quella dei secondi, se il nostro gregge dovrà essere quanto mai egregio. E tutto ciò deve avvenire senza che alcuno lo sappia, eccetto gli stessi governanti [... (460a)]. Si deve allora ricorrere, secondo me, a ingegnosi sorteggi sì che quella persona mediocre incolpi la fortuna per ciascuna unione, ma non i governanti¹⁴.

Sfortunatamente Platone non ci dice con precisione quali caratteristiche rendono le persone “*d'élite*”. Più di 2000 anni dopo Sir Francis aveva idee decisamente più elaborate. In *Hereditary Talent and Character*, il documento di fondazione della moderna eugenetica¹⁵ – con chiara allusione alla *Repubblica* platonica¹⁶ – Galton immagina un'utopia eugenetica, dove i maschi sono i migliori per la combinazione di eccellenze in riferimento a «talento, carattere e vigore fisico, che si sono dimostrati – nel complesso – il maggior onore e il miglior servizio alla nostra razza». Le “migliori” femmine si distinguono per «grazia, bellezza, salute, buon temperamento,

¹¹ Ch. Bonnet, *La Palingénésie philosophique ou idées sur l'état passé et sur l'état future des êtres vivants* (1770), in Id. *Œuvres*, vol. VII, Fauche, Neuchâtel 1783, p. 150

¹² Ciò che segue si trova in G. Wolters, *Darwinistische Menschenbilder*, in A. Reichhardt, K. Kubli (a cura di), *Menschenbilder*, Peter Lang, Bern 1999, pp. 95-115.

¹³ Platone, *Repubblica*, Libro V, 459a e ss. Platone cita esplicitamente cani, uccelli e cavalli.

¹⁴ Platone, *Repubblica*, Libro V, 459d-460a. [Per la traduzione dei passi da *La Repubblica* di Platone si fa riferimento alla versione di Platone, *La repubblica*, tr. it. a cura di F. Sartori, Laterza, Roma-Bari 1994¹, 2008¹²; *NdT*].

¹⁵ Galton stesso coniò il termine «eugenetica» nel 1883; Cfr. F. Galton, *Inquiries into Human Faculty and Its Development* (1883), AMS Press, New York, 1907¹, 1973², p. 17 (nota). L'edizione indicata inalterata ristampa inalterata della prima edizione del 1883.

¹⁶ Galton prevede, per esempio, matrimoni collettivi sul genere di quelli di cui parla Platone in *Repubblica* [459e e ss.]. Egli sposta leggermente l'età del matrimonio per le donne da 20 a 21 anni, mentre lascia l'età degli uomini ai platonici 25 anni. Cfr. F. Galton, *Hereditary Talent and Character* (1865), in «McMillan's Magazine», n. 12, 1865, p. 165; Platone, *Repubblica*, 460e.

completo governo della casa e liberi sentimenti, in aggiunta alle nobili qualità del cuore e del cervello»¹⁷. Si riconoscono facilmente gli ideali dell'alta società inglese dell'Età Vittoriana, incluso il fatto che le donne dovessero soddisfare dei requisiti più dettagliati degli uomini, non essendo le «nobili qualità del cervello» probabilmente solo le ultime della lista ma anche le meno importanti.

Nel suo contributo del 1909 al primo volume di *Eugenics Review* – rivista pubblicata sino al 1968! – Galton si concentra sull'opposizione tra comunità in «prosperare» [*prospering communities*] e «decadenti» [*decaying communities*]. Sebbene non offra alcun esempio concreto, e faccia semplicemente appello alla nostra «esperienza [...] tanto per diretta osservazione che per letture storiche»¹⁸, è chiaro ciò che intende. Come ci dice in un altro passaggio, dobbiamo pensare, a livello internazionale, alle «razze civilizzate» nei confronti dei «selvaggi» o dei «barbari» e, a livello nazionale, alle «classi alte» nei confronti delle «classi basse». Galton connette il livello internazionale e quello nazionale, osservando come ci sia poco «che distingua nettamente la natura delle classi basse dell'uomo civile da quelle dei barbari»¹⁹.

Non c'è spazio qui per entrare nei dettagli dell'argomentazione razzista e classista di Galton. Il più importante punto *etico* di questa visione è in ogni caso mancante. In nessun punto Galton chiede *quali* persone, con quale giustificazione morale universalizzabile, potrebbero essere titolate a decidere su *quali* caratteristiche dovrebbero essere eliminate nelle generazioni future (eugenetica negativa) e *quali* debbano essere aumentate (eugenetica positiva).

Già al tempo di Galton l'eugenetica passa dall'essere un'idea più o meno scientifica a un movimento politico globale su basi apparentemente scientifiche. Nei contesti democratici esso arrivò al proprio vertice negli Stati Uniti, nei primi tre decenni del XX secolo, con leggi sull'immigrazione eugenicamente motivate, leggi matrimoniali contenenti criteri eugenetici tra cui la sterilizzazione forzata, e così via²⁰. In ogni caso l'eugenetica raggiunse il suo punto più basso in Germania, sotto il Nazismo, quando coloro che erano giudicati inadatti alla riproduzione vennero uccisi²¹.

5. Posthumanity – l'ultima mutazione di un sogno antico

È di nuovo soprattutto negli Stati Uniti, dove la Bibbia fa da fondamento al sogno utopico del perfezionamento della natura umana, che si celebra la sua ultima ripresa sotto l'insegna del «transhumanism» e della «posthumanity». Ci sono, ad ogni modo, notevoli differenze con il programma eugenetico. In primo luogo, il

¹⁷ F. Galton, *Hereditary Talent and Character*, cit., p. 165.

¹⁸ F. Galton, *Eugenic Qualities of Primary Importance*, in «Eugenics Review», I, n. 2, 1909, p. 74 e ss.

¹⁹ F. Galton, *Hereditary Talent and Character*, cit., p. 326.

²⁰ Un'ampia rassegna è offerta da D. J. Kevles, *In the Name of Eugenics. Genetics and the Uses of Human Heredity*, Alfred A. Knopf, New York 1985.

²¹ Questo ebbe anche un grande impatto sui futuri sviluppi dell'eugenetica in Inghilterra e negli Stati Uniti: «Dopo la Seconda Guerra Mondiale, “eugenetica” divenne una parola da evitare con cura in Inghilterra e una quasi una parolaccia negli Stati Uniti, dove venne a lungo identificata con il razzismo» (ivi, p. 251).

transumanesimo preferisce ambire al potenziamento *individuale volontario*, piuttosto che al potenziamento *collettivo forzato*. In secondo luogo, le proprietà da potenziare sono per lo più connesse al benessere individuale e non al progresso della classe, della nazione o della razza, cui l'utopia eugenetica ha in primo luogo dedicato se stessa. Ecco qui una brevissima lista di proprietà del tipo di quelle fornite da un aspirante postumano:

Supponiamo che vi siate evoluti in un essere che abbia un stato di salute postumano [cioè un'estensione della vita sana] e capacità cognitive ed emozionali postumane. [...] Vi sentite più forti, più energici, più equilibrati. La vostra pelle appare più giovane ed è più elastica. [...] Scoprite inoltre una maggiore chiarezza mentale. Vi potete concentrare più facilmente su argomenti complicati e questi acquistano senso per voi. [...] La vostra mente è capace di ricordare fatti, nomi e concetti non appena ne avete bisogno. [...] I vostri amici notano quanto sia piacevole la vostra compagnia [...] Quando ascoltate la musica percepite livelli di struttura e una sorta di logica musicale di cui eravate prima ignari; questo vi procura un'immensa gioia²².

E così via.

In questa prospettiva postumanista, il grandioso piano delle utopie tradizionali ha lasciato il posto a una visione del futuro che si innalza dagli idilliaci sogni degli individui della classe media bianca e dell'alta società a una vera e propria *science fiction*²³. Preferirei non entrare nei dettagli della vivace discussione dei singoli punti dell'approccio transumanista e limitarmi solo a tre osservazioni principali.

Primo, ormai da qualche tempo le benestanti società occidentali sono già in un processo di transumanesimo. Si pensi semplicemente al significativo prolungamento della durata della vita sana, conseguenza soprattutto di progressi medici, igienici e alimentari, o si consideri il potenziamento cognitivo generato dall'educazione scolastica obbligatoria. Tali processi transumanisti possono aumentare e accelerare considerevolmente in futuro. Non sono tuttavia nuovi in linea di principio. A essere nuova è solo la recente martellante pubblicità anglofona in merito al transumanesimo e alla postumanità. La mia seconda riflessione poggia sull'osservazione che l'*enhancement* è essenzialmente ambivalente: un'estesa durata della salute, migliori abilità cognitive *et similia* possono essere anche utilizzate in attività nocive e addirittura in modi criminali. La mia terza riflessione è di per sé una meta-riflessione. Ha a che fare con il fatto che l'inglese è diventato una *Lingua franca*²⁴ non solo nelle scienze naturali, ma anche nelle discipline umanistiche. Le riviste "di punta" sono anglofone, e i loro comitati editoriali sono composti

²² N. Bostrom, *Why I Want to Become a Posthuman When I Grow Up* (2008), in B. Gordijn, B. Chadwick (a cura di), *Medical Enhancement and Posthumanity*, cit., pp. 107-136: 111. L'epica lista di possibili potenziamenti di Bostrom, solo per ciò che concerne le categorie dello stato di salute, della cognizione e dell'emozione, occupa all'incirca 10 pagine.

²³ R. Kurzweil, T. Grossman, *Fantastic Voyage: Living Long Enough to Live Forever*, Rodale, Emmaus (PA) 2004. Gli autori uniscono i tradizionali programmi di fitness e salute con la *science fiction*. Entrambi possono essere annoverati tra i profeti americani del *transhumanism*.

²⁴ In italiano e in corsivo nel testo.

soprattutto di studiosi anglofoni. Sono loro a dettare l'agenda. Di conseguenza, visioni piuttosto campaniliste in paesi anglofoni sono state a volte globalizzate, mentre temi meno limitati, nella discussione filosofica o culturale in Francia o in Germania, non superano il confine nazionale. Ho altrove chiamato questo fenomeno «campanilismo globalizzato» [*global parochialism*]²⁵. A mia opinione la questione postumanista/transumanista è, nei suoi aspetti positivi quanto in quelli negativi, un argomento tipico soprattutto dell'ambiente culturale degli Stati Uniti e, in maniera ridotta, della Gran Bretagna. Noi europei dovremmo lasciarlo lì e occuparci meglio di meno vistosi ma più pressanti e concreti “*enhancements*” nella sanità pubblica, nell'educazione, nell'impiego, nell'*housing*, nell'integrazione dei migranti, e in molti altri settori.

²⁵ G. Wolters, *Is There a European Philosophy of Science? – A Wake-Up Call*, in F. Stadler, M. C. Galavotti, *Philosophy of Science in Europe – European Philosophy of Science and the Viennese Heritage*, Springer, Dordrecht-Heidelberg 2013, pp. 277-293: 280.

Bioetica o filosofia della medicina?

Jean-François Braunstein*

Nella misura in cui è, effettivamente, il fondatore della filosofia della medicina, è oggi grande la tentazione, a cui alcuni cedono, di far ricoprire a Georges Canguilhem un ruolo all'interno di quei due domini «emergenti» dove si suppone si uniscano filosofia e la medicina: quello della bioetica e quello della «filosofia della cura». Sembra che una tale connessione sia, però, un po' rapida e che il rapporto di Canguilhem alla bioetica come alla filosofia della cura sia quantomeno problematico.

1. Canguilhem, la «cura» e la bioetica

Innanzitutto per delle questioni di fatto. È certo che Canguilhem non potesse avere la minima idea di una filosofia della cura, d'invenzione molto recente: si può inoltre notare che la parola «cura» non si incontra nemmeno una sola volta ne *Il normale e il patologico*, cosa che mostra con evidenza come la filosofia della medicina classica non si sia affatto preoccupata di questa nozione. Per ciò che riguarda la bioetica, invece, Canguilhem è stato contemporaneo all'arrivo della stessa in Francia. Se si sceglie come data di nascita ufficiale della bioetica in Francia la creazione del *Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé* nel 1983, Canguilhem – venuto a mancare nel 1995 – avrebbe senza dubbio potuto interessarsi di essa. Alla domanda che gli è stata posta su questa questione egli ha risposto, l'anno della propria morte: «La bio-etica! Aspettate! Guardate ciò che sta scritto su questo dossier: bio-etica. Ma si tratta più di cose che mi vengono inviate che di cose che faccio io, non ho fatto nulla al riguardo. Sono stato invitato e ho assistito molte volte alle riunioni del comitato presieduto da Jean Bernard. Sono stato convocato un giorno senza che ne abbia compreso la ragione dal professor Mattei della Facoltà di Medicina di Aix che, sotto il governo Balladur, è stato incaricato di questi problemi, alla fine ci sono andaro¹». E continuava: «La bioetica, a mio avviso, non ha un interesse, se non quando è fatta seriamente e non per sembrare alla moda»².

* Questo articolo è apparso originariamente con il titolo «Bioéthique ou philosophie de la médecine?» sulla *Revue de métaphysique et de morale*, n. 82, 2014/2, pp. 239-256. DOI: 10.3917/rmm.142.0239.

Traduzione dal francese a cura di Gabriele Vissio.

¹ F. Bing, J.-Fr. Braunstein, *Entretien avec Georges Canguilhem*, in F. Bing, J.-Fr. Braunstein, É. Roudinesco, *Actualité de Georges Canguilhem. Le normal et le pathologique*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris 1998, p. 134

² *Ibidem*

L'impressione che Canguilhem non abbia desiderato impegnarsi in questo campo di ricerca «alla moda» si rinforza se ci si riferisce ai suoi archivi, conservati al Caphés³. In una risposta all'editore della prestigiosa rivista *Bio-éthique*, pubblicata all'inizio degli anni '90, che gli chiedeva un articolo, Canguilhem scrive: «Ho attualmente una certa opinione della rivista *Bio-éthique*, di cui ho letto attentamente gli articoli. Alcuni sono eccellenti, e non ne sono sorpreso avendo conoscenza degli autori. Trovo tuttavia che, nel suo insieme, questa rivista sia più preoccupata dell'attualità che del rigore. Non gliene contesto il diritto, chiaramente. Ma non vedo alcuna ragione di abbandonare le mie abituali riserve e vi prego di voler rinunciare al progetto, di cui vi ringrazio, di pubblicare articoli da me firmati»⁴.

Vi è però una ragione più profonda per la quale si può sostenere che Canguilhem non è in alcun caso associato alla filosofia della cura e alla bioetica. Ci si ricorderà che ne *Il normale e il patologico*, già settant'anni fa, Canguilhem denunciava le cattive ragioni per cui un filosofo poteva allora interessarsi di medicina. Un primo atteggiamento che egli critica è quello di quei filosofi che hanno «l'insolenza di pretendere di rinnovare la medicina incorporandovi una metafisica»⁵. Non è proprio questo il senso di una «filosofia della cura», che si oppone a una medicina giudicata troppo tecnica, disumanizzata, troppo ostinatamente rivolta verso la «guarigione» a discapito della «cura»? Quanto alla «vulnerabilità» umana che è al cuore della filosofia della cura, essa non pare essere al centro delle preoccupazioni dei medici della generazione di Canguilhem. La medicina non evoca a quel tempo tanto la «vulnerabilità» dell'uomo quanto i suoi successi nella lotta contro la malattia e la morte: come dirà Foucault, la medicina parla all'uomo di quel «mondo tecnico che è la forma armata, positiva e piena della propria finitudine»⁶. Anche Canguilhem è un ammiratore di questa medicina conquistatrice: «La razionalità medica, l'esperienza critica, l'ingegnosità tecnica che i mezzi efficaci hanno donato ai medici son ciò che questi ultimi hanno da sempre sognato, poiché questo sogno è stato quello dei loro malati: guarire dalle malattie, prolungare la durata della vita»⁷.

Quanto alla seconda cattiva ragione per cui un filosofo potrebbe interessarsi alla medicina, questa sarebbe, secondo Canguilhem, quella di voler «formulare un sull'attività medica un giudizio normativo»⁸. La filosofia non deve imporre alla medicina né una metafisica, né un'etica. Non sta al filosofo dire al medico ciò che gli conviene fare in questo o in quel caso concreto della sua attività. Non è in fondo proprio il progetto della bioetica questa idea che l'attività medica possa essere

³ Il Caphés è il *Centre d'Archives en Philosophie, Histoire et Éditions des Sciences*, struttura di competenza del CNRS – Centre national de la recherche scientifique e dell'ENS – École Normale Supérieure di Parigi, dove sono conservati, tra gli altri, i fondi dell'Archivio Georges Canguilhem (Ndl).

⁴ Lettera del 23 settembre 1991 a Amar Khadir, Archivi del Caphés. L'articolo «Qualità della vita, dignità della morte» sarà tuttavia pubblicato nel numero di dicembre del 1991 di questa rivista.

⁵ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico* (1943), tr. it. D. Buzzolan, Einaudi, Torino 1998, p. 10

⁶ M. Foucault, *Naissance de la clinique*, Puf, Paris 1963, p. 211 italiano

⁷ *Communication du professeur honoraire Georges Canguilhem*, in «GSSOS Informations, Bulletin du groupement des sociétés scientifiques odonto-stomatologiques», n. 5, settembre 1979, p. 9.

⁸ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, cit., p. 10

chiarita da non-medici, al fine di evitare il debordare dell'*hybris* medica, al fine di porre delle «frontiere» alla ricerca biomedica? È chiaro che nulla è più estraneo alle preoccupazioni di Canguilhem e di tutti i medici “all’antica”, della «cura» e della bioetica.

Le reticenze di Canguilhem riguardo alla bioetica sono tuttavia ancora più profonde, se facciamo riferimento all’unico testo di Canguilhem che tratta specificamente di bioetica. Si tratta, significativamente, di un progetto di conferenza mai pronunciata: Canguilhem ha infatti intitolato il dossier che conserva questo documento «Reggio Emilia, mai 1993 ?, acte manqué»⁹. Canguilhem era stato invitato da Mauro Bertani a partecipare a Reggio Emilia a un ciclo di conferenze su «Il ritorno dell’etica. Etica e medicina a confronto». Bertani gli aveva chiesto di confrontare «medicina e etica (contro, se così posso dire, le imposture dei moralisti o le caricature della bioetica)» e gli aveva proposto di intervenire nel maggio 1993 su «L’etica medica: tra potere, dovere e sapere», poiché «Lei è il solo ad avere l’autorità scientifica, intellettuale e morale» per intervenire su tale argomento¹⁰. Canguilhem accettò, ricordando il proprio «debito di riconoscenza verso gli accademici italiani che sono sempre state molto indulgenti nei [suoi] confronti», ma dovette, per ragioni di salute, annullare la sua partecipazione a quella conferenza¹¹. Nel manoscritto della conferenza, Canguilhem spiega che la bioetica non ha in effetti molto a che vedere con la medicina, ma è completamente trainata dalla biologia. Dopo l’invenzione di Potter il «termine ormai universale di *Bio-ethics*, non è più soltanto un elemento di ordine linguistico, ma è il riconoscimento di una nuova visione della condizione umana» che non si richiama più al «rispetto ippocratico» dinanzi al singolo malato, ma al contrario «ricerca una legge generale nella quale il malato non è altro che un “caso”»¹². Le conseguenze sono maggiori sulla «condizione umana»: «I progressi della biologia che, sotto il nome di genetica, sono di fatto rivoluzioni che riguardano i suoi oggetti e i suoi metodi, dovevano inevitabilmente provocare cambiamenti in medicina, che sono di fatto tentativi di rivoluzione nella condizione umana. Tutto accade come se esistesse un surrealismo medico, ovvero la possibilità di fare dell’uomo come si fa della pittura, decomponendo e ricomponendo il dato naturale»¹³. Canguilhem è preoccupato da questa sostituzione della medicina con la biologia: «Ciò che conferisce oggi alla questione dell’etica medica la propria preoccupante importanza è la crescente presa in carico da parte della biologia, con un’intenzione di controllo, degli oneri tradizionalmente attribuiti alla medicina»¹⁴. Mentre «la morale del medico era – è senza dubbio ancora – di dedicarsi, di proteggere e di curare, cercando le condizioni

⁹ Archives du Caphés, GC. 29.5 Éthique médicale.

¹⁰ Lettera del 17 ottobre 1992 a Georges Canguilhem, Archives du Caphés, GC. 29.5 Éthique médicale.

¹¹ Lettera del 9 novembre 1992 a Mauro Bertani, Archives du Caphés, GC. 29.5 Éthique médicale.

¹² Conférence, *L’éthique médicale: entre pouvoir, devoir et savoir*, Archives du Caphés, GC. 29.5 Éthique médicale.

¹³ *Ibidem*. Canguilhem è più reticente a proposito di questo «surrealismo medico» di quanto non lo fosse il suo allievo François Dagognet, che, secondo le sue stesse parole, è «un neo, neo integrale», pronto a tutte le sperimentazioni (cfr. F. Bing, J.-F. Braunstein, *Entretien avec Georges Canguilhem*, cit., p. 134).

¹⁴ *Ibidem*.

di guarigione», Canguilhem si preoccupa «ci sarà in futuro un compito di epurazione, di eliminazione di organismi umani geneticamente mal riusciti¹⁵». L'errore della biologia consiste nel prendere in considerazione il vivente e non l'uomo. Per Canguilhem, «l'etica è la protezione e la difesa del senso e della finalità di ciò che è umano, e non soltanto vivente nella vita umana [...] L'umanità dell'uomo [...] è il contrario di una natura, è un'apertura, e di conseguenza una creazione di rischi¹⁶». Questa tendenza al rimpiazzo della medicina dalla biologia sarà illustrata dalla stessa storia del *Comité consultatif national d'éthique*: «la breve storia di questo Comitato fino ad oggi è rivelatrice del senso secondo il quale evolve la medicina. Il suo primo presidente è stato un grande clinico, il suo attuale presidente è un neurobiologo¹⁷. Non pare che il passaggio dal medico Jean Bernard al neurobiologo Jean-Pierre Changeaux sembri essere un progresso per Canguilhem. Dal 1984, alla lettura di un numero di *Débat* dedicato alla bioetica, Canguilhem non nascondeva d'altronde la propria preoccupazione dinanzi una bioetica che manifestava una tendenza «ad assimilare i doveri del curante ai doveri del ricercatore e quindi a orientare a priori la deliberazione intima del curante dinanzi a un singolo caso. Alla quale si può rispondere che non spetta che al curante di difendere l'integrità della propria responsabilità¹⁸».

Possiamo al contrario avanzare l'ipotesi che ciò che ha interessato Canguilhem della bioetica non siano stati i suoi precetti, ma le condizioni della sua emergenza, e i cambiamenti di cui essa è il segno. In occasione del rapporto del 1984 sui lavori del *Comité d'éthique*, che costituisce la sua unica partecipazione ufficiale ai lavori di questo comitato, Canguilhem si è d'altronde interrogato sul «perché e il come» della bioetica: «Per ciò che riguarda il “come”, la risposta è venuta dall'Ovest, ossia dagli USA. Sono gli USA che hanno conferito il tono, è la che si è conosciuta la forma più violenta, in un certo senso la più esasperata, della denuncia della scienza come strumento di potere¹⁹. Quanto al «perché», Canguilhem insiste sulla crescita in potenza, al cuore delle conoscenze scientifiche, della biologia: «tra il 1950 e il 1960-61, cioè il momento in cui vengono scoperti la struttura del DNA e il codice genetico, questa scienza progressivamente surclassa, nell'interesse sociale per gli effetti tecnici delle conoscenze scientifiche, l'atomo che era in prima linea dopo Hiroshima²⁰. È per questa ragione che è senza dubbio utile ritornare brevemente su questa invenzione della bioetica ma anche sulla storia, ben più antica, dell'etica e della deontologia medica. Un'alternativa alla bioetica si presenterà allora come una riscoperta della filosofia della medicina, senza dubbio più conforme alle visioni di Georges Canguilhem.

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ G. Canguilhem, *Antiquité et actualité de l'éthique médicale*, in «Bulletin officiel du Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes», IV trimestre 1984, p. 71.

¹⁹ G. Canguilhem, in AA.VV. *Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, Rapport 1984*, La Documentation française, Parigi 1985, p. 182.

²⁰ *Ibidem*.

2. L'invenzione della bioetica: inquietudine e religione

Le origini del termine «bioetica», per quanto non manchino d'interesse, sono evocati solo brevemente dagli attuali manuali. Il termine «bioetica» è stato forgiato, più o meno nello stesso momento, in due luoghi differenti, per evocare due questioni apparentemente distinte. Secondo Warren Reich, converrebbe distinguere in questi esordi una «bioetica globale» – la «visione del Wisconsin» – e una «bioetica medica» – la «visione di Georgetown»²¹. È tuttavia possibile notare che, in entrambi i casi, l'invenzione della bioetica avviene in un clima intellettuale e in risposta a preoccupazioni largamente comparabili.

2.1. La «visione del Wisconsin»: la bioetica globale.

L'effettivo inventore del termine «bioetica» è l'oncologo americano Van Rensselaer Potter, professore all'università del Wisconsin, il quale, nel 1970, pubblica un articolo – «Bioethics or the Science of Survival» – ripreso l'anno successivo nel suo libro *Bioethics or Bridge to the Future*. Si sottolinea spesso che, con questo libro, Potter si augura la costruzione di una nuova disciplina, una «scienza della sopravvivenza», che permetta di superare la celebre opposizione rilevata da C. P. Snow tra le «due culture», quella delle scienze e quella delle discipline umanistiche. Questa scienza della sopravvivenza dovrebbe essere «costruita sulla scienza biologica e includere degli elementi di scienze umane e sociali». Questa nuova disciplina permetterebbe così di «costruire un ponte verso il futuro». Potter propone di conseguenza, seguendo qui una visione utopica di Margaret Mead, di creare nelle università delle «cattedre del futuro» multidisciplinari e di costituire un «Consiglio del futuro». Questo tema della «multidisciplinarietà» sarà d'altronde ossessivamente ripetuto da tutta la bioetica successiva.

La principale preoccupazione di Potter è quella della sopravvivenza della «biosfera», minacciata dall'inquinamento e dal sovrappopolamento²². Potter si richiama esplicitamente all'opera di Aldo Leopold, autore nel 1949 dell'*Almanacco di un mondo semplice*, libro culto tra gli ecologisti. Il libro di Potter è dedicato «ad Aldo Leopold, che ha anticipato l'estensione dell'etica alla bioetica», e si apre con una lunga citazione dove Leopold auspica un'«etica che tratti la relazione dell'uomo con la terra e con gli animali e le piante che vivono su di essa»²³.

Leggendo del libro di Potter, si può constatare che la bioetica è nata in un clima allo stesso tempo inquieto e tinto di religiosità. Potter insiste sull'importanza della propria esperienza di oncologo per l'origine del libro: «questo libro è un

²¹ Si veda W. Reich, *How Bioethics Got its Name*, in «Hastings Center Report», Supplemento speciale, novembre-dicembre 1993.

²² Van R. Potter, nei suoi scritti successivi, parlerà di «bioetica globale». Si veda *Global Bioethics. Building on the Leopold Legacy*, East Lansing, 1988.

²³ V. R. Potter, *Bioetica: ponte verso il futuro*, tr. it. di R. Ricciardi, Sicania, Messina 2000, p. 5.

sottoprodotto di trent'anni di ricerca sul cancro», anni appassionanti ma che sono «rimasti lontani dall'obiettivo di eliminare il flagello del cancro dall'orizzonte umano»²⁴. L'oncologo si interroga sull'anarchica moltiplicazione delle cellule e si chiede se non siamo noi stessi «come delle cellule cancerose»: «Non cessiamo di moltiplicarci ed è questo il destino dell'umanità, di essere per la terra vivente ciò che il cancro è per l'uomo?»²⁵.

Il libro è analogamente attraversato dall'idea che la «conoscenza» sia «pericolosa», nella misura in cui essa si accumula più velocemente della «saggezza» che la dovrebbe dirigere: «cresce la sensazione che gli scienziati abbiano sempre più delle difficoltà a prevedere le conseguenze del proprio lavoro, che la tecnologia sia diventata l'apprendista stregone della nostra epoca»²⁶.

Tutto il libro di Potter è pervaso da una diffusa religiosità. Una «professione di fede bioetica individuale», composta di cinque «credo» e di cinque «impegni», è inquadrata all'inizio e alla fine del libro. Uno dei riferimenti essenziali di Potter è l'opera di Teilhard de Chardin: un capitolo è dedicato a «Teilhard de Chardin e il concetto di funzione», dove Potter spiega di non condividere le critiche che i biologi classici hanno rivolto a Teilhard. Egli conclude che grazie a Teilhard il problema del «futuro dell'uomo è oggi divenuto oggetto di legittimo dibattito»²⁷.

2.2. La «visione di Georgetown»: la «bioetica medica»

L'uso del termine «bioetica», nel senso di Potter, è stato presto soppiantato da una seconda accezione del termine, ancora oggi la più diffusa. Questa seconda invenzione è attribuita a André Hellegers, professore all'università gesuita di Georgetown, ostetrico e specialista della fisiologia fetale, membro della Commissione pontificia per il controllo della popolazione e delle nascite. È nel 1971 che egli fonda, con il filosofo cattolico Daniel Callahan, il “Joseph and Rose Kennedy Center for the Study of Human Reproduction and Bioethics”, riccamente finanziato dalla famiglia Kennedy. Nel 1969 viene fondato l'altro principale centro di ricerca sulla bioetica, l'“Intstitute of Society, Ethics and the Life Sciences”, più noto con il nome di “Hastings Center”.

Anche in questo caso la bioetica nacque sotto il segno dell'inquietudine e degli impegni religiosi. L'elemento scatenante per la creazione dell'Istituto fu lo smarrimento di questi cattolici modernisti dinanzi alle posizioni estremamente tradizionaliste sull'aborto e sulla contraccezione che il papa Paolo VI aveva riaffermato nell'enciclica *Humanae vitae*. Essi tenteranno di fornire alla Chiesa una risposta più adatta al mondo moderno. Queste questioni cattoliche incontravano quelle dei teologi protestanti, scandalizzati dalle recenti rivelazioni sulle derive della medicina contemporanea, in particolare nell'ambito della sperimentazione umana:

²⁴ Ivi, p. 8

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ Ivi, p. 95

²⁷ Ivi, p. 77

nel 1966, un articolo di Beecher nel *New England Journal of Medicine*, «Ethics and Clinical Research», aveva avuto una risonanza considerevole. Alle sue origini la bioetica medica si consacrerà essenzialmente a questi due problemi, dell'inizio e del fine-vita e della sperimentazione medica.

Si può notare, come fa il migliore tra gli storici del movimento, Albert Jonsen, che la bioetica medica è, ai suoi esordi, l'opera di una «trinità di teologi»²⁸: un episcopale liberale, Joseph Fletcher, un metodista conservatore, Paul Ramsey, un gesuita moderato, Richard McCormick²⁹. Un altro pioniere della disciplina sottolinea con umorismo questo legame tra la nascente bioetica e la teologia: «In risposta a un amico (un distinto filosofo) che mi chiedeva l'origine della parola “eticista”³⁰, ho risposto in maniera dispregiativa: “un eticista è un vecchio teologo che non ha le competenze professionali per fare della filosofia morale”»³¹. A questa prima era – teologica – della bioetica sarebbe succeduto un secondo periodo, caratterizzato dall'entrata in scena dei «filosofi» [*philosophes*], dalla metà degli anni '70 alla fine degli anni '80, e poi una terza epoca, alla fine degli anni '80, dove appariranno gli «economisti»³². Se è possibile caratterizzare l'epoca «filosofica» con la comparsa di una nozione di autonomia, estranea al pensiero religioso, è tuttavia più difficile caratterizzare l'apporto dei teologi, al di là dell'idea tutto sommato piuttosto banale che i progressi della medicina non debbano far dimenticare il rispetto della persona umana³³.

3. «Risveglio» etico o «rivoluzione biologica»?

La questione che si pone è sapere che cosa ha implicato la comparsa della bioetica sotto le sue due forme. È difficile determinare se la bioetica risponda in primo luogo a minacciosi avanzamenti della biologia e della medicina, o se essa sia il risultato di una nuova situazione morale e religiosa. Si tratta di sapere, secondo la formula di

²⁸ A. Jonsen, *The Birth of Bioethics*, Oxford 1998, p. 41. Jonsen fu uno dei pionieri della disciplina e partecipò alla redazione del rapporto Belmont.

²⁹ J. Fletcher è l'autore, nel 1954, di *Morals and Medicine*; P. Ramsey è autore, nel 1970, di *Patient as Person*.

³⁰ [Per mantenere il senso della frase traduco con «eticista» il francese «*éthicien*», che corrisponde all'inglese «*ethicist*», ma che non trova in italiano un uso ugualmente diffuso. Si intenda qui lo studioso o il professionista di etica (NdT)].

³¹ J. M. Gustafon, «Theology confronts Technology and the Life Sciences», in S. E. Lammers e A. Vervey (a cura di), *On Moral Medicine. Theological Perspectives in Medical Ethics*, Grand Rapids – Cambridge 1998, p. 46

³² Questo schema in tre periodi offerto da Jonsen recupera un'altra rappresentazione tripartita della storia della bioetica, quella della sociologa Renée Fox che distingue un primo periodo dove la riflessione si concentra sulla sperimentazione medica, un secondo periodo dove le preoccupazioni sull'inizio e il fine vita divengono centrali, e un terzo periodo in cui la bioetica diviene progressivamente economica (R. C. Fox, «The Evolution of America Bioethics: a Sociological Perspective», in G. Weisz (a cura di), *Social Science Perspective on Medical Ethics*, Dordrecht-Boston-Londra 1990.

³³ Per il periodo dei filosofi, si veda in particolare l'opera principale di H. T. Engelhardt, *Manuale di Bioetica* (1986), tr. it. di M. Meroni, Il Saggiatore, Milano 1991. La seconda edizione di questo libro fondatore di una morale laica conduce tuttavia allo scacco della morale nata dall'Illuminismo. Engelhardt ha pubblicato in seguito *The Foundations of Christian Bioethics*, Swets & Zetlinger, Lisse-Exton 2000.

François-André Isambert, se si abbia a che fare con una «rivoluzione biologica» o con un «risveglio etico»³⁴.

3.1. *Pluralismo e competenza*

La sociologa Judith Swazey è incline alla seconda soluzione, sull'esempio di Ramsey, che cita: «Se c'è una crisi nell'etica medica, questa non consegue dai recenti trionfi della ricerca medica o dalle grandi promesse o grandi rischi provenienti dalla tecnologia medica. Ne è la ragione fondamentale la continua crisi morale della cultura moderna che traspariva in tutte le professioni»³⁵. Se si dà credito ai primi bioeticisti, il tratto distintivo di questa crisi potrebbe essere descritto con i termini, ripetuti incessantemente, di «secolarizzazione» e «pluralismo». È curioso notare che i teologi sono i più eloquenti su questa costante, mentre sono molto più discreti sul proprio impegno religioso, tendendo a «secolarizzarsi» loro stessi a discapito dei religiosi più tradizionali. Sarebbe questo pluralismo a costituire l'originalità delle nostre società occidentali contemporanee. È però possibile dubitare che esse siano le prime società storiche a essere state pluraliste.

Questo pluralismo va di pari passo con l'idea di «comunità»³⁶: secondo quest'idea i punti di vista morali non sarebbero di una diversità infinita, essi sarebbero quelli di un certo numero di «comunità» religiose o filosofiche. Questa idea è stata ripresa in Francia nel decreto costitutivo del *Comité consultatif national d'éthique* con la formula, molto particolare per il diritto francese, di «rappresentati delle principali famiglie filosofiche e spirituali». Trattandosi della Francia, può sembrare che un tale pluralismo sia il risultato di una «costruzione» più che di un dato di fatto. È d'altronde notevole che le opposizioni che attraversano il comitato di etica, quando non sono superate, com'è nella maggior parte dei casi, non corrispondono meccanicamente alle differenze tra le presunte «famiglie spirituali».

La bioetica apparirà così, dai propri esordi, come una procedura complessa di negoziazione tra queste differenze, il cui rispetto ha ormai valore di dogma. Come ha sottolineato François-André Isambert, «il dibattito [...] appare come costitutivo della bioetica stessa, in una società pluralista come la società americana e, più in generale, le società occidentali»³⁷. Per arbitrare queste posizioni divergenti, la bioetica americana ritiene che si debbano costituire delle commissioni di esperti, in larga parte estranei al mondo medico. C'è una volontà molto esplicita di spossessare i medici dell'etica medica. Gilbert Hottois se ne felicita e critica «la riduzione della bioetica all'etica medica» che «tende a confermare il potere medico nel suo

³⁴ F.-A. Isambert, «Révolution biologique ou réveil éthique?», *Cahiers S.T.S.*, 11, 1986, *Éthique et biologie*.

³⁵ P. Ramsey, citato in J. Swazey, «But Was it Bioethics?», *Hastings Center Report*, supplemento speciale, novembre-dicembre 1993.

³⁶ Al plurale nel testo originale: «communautés» (NdT).

³⁷ F.-A. Isambert, *Éthique et innovation biomédicale*, in «Prospective et santé», n. 31, 1984, p. 69. Lo sviluppo degli «ospedali confessionali» nella società americana sarà il segno di questa esistenza di comunità divise sulle questioni mediche fondamentali.

monopolio etico tradizionale»³⁸. Lo storico David Rothman si rallegra anche dell'evoluzione che, sempre di più, fa sì che intervengano «degli sconosciuti al letto del malato». Oltre alle famiglie dei pazienti e ad altri medici, oltre al medico curante, egli cita alla rinfusa «giornalisti, giudici, filosofi professionisti, amministratori, universitari specializzati in bioetica»³⁹. Sono questi «attori esterni» coloro che devono ormai decretare i principi normativi, mentre «nei tempi antichi l'etica medica era scritta da medici, per medici e letta da pochi, pochissimi altri medici». L'etica medica sarebbe stata «insulare com'era la professione medica»⁴⁰.

Questo movimento sarebbe contemporaneo alla progressiva scomparsa della relazione tradizionale tra medico e malato nella medicina americana, della quale sarebbe testimone, per esempio, il declino della pratica delle visite a domicilio. I legami tradizionali di amicizia e di fiducia tra il paziente e il suo medico sarebbero spezzati. Lungi dal criticare questo anonimato, un certo numero di bioeticisti se ne rallegrano. Così Robert Veatch nota che la relazione anonima «medico-paziente», che mette in difficoltà l'etica medica ippocratica, è in effetti un «ideale»⁴¹. Ma gli esempi citati sono quantomeno particolari: aborto, malattie veneree o mentali. Sembra che si possa dire che questa evoluzione verso l'anonimato, sebbene sia una tendenza reale, non sia per questo automaticamente un bene.

3.2. Problemi tradizionali in etica medica

L'altra spiegazione possibile della comparsa della bioetica sarebbe l'inquietudine dinanzi a tecniche biologiche e mediche radicalmente nuove, che mettono in questione la natura stessa del vivente e dell'uomo. È chiaro che ci troviamo in un contesto generale di sfiducia nei confronti della scienza, ben descritta da Anne Fagot-Largeault: c'è «una forte presa di coscienza, negli anni 1968-1970 dei considerevoli pericoli che le nuove tecnologie comportano per l'ambiente e la stessa specie»⁴². La bioetica può allora apparire come un movimento regressivo, un tentativo di «moratoria», uno sforzo per ritardare i progressi tecnici: è in questo senso che essa viene criticata da François Dagoguet che la considera come caratteristica di un'epoca in cui la tecnofobia è «realmente trionfante»⁴³.

³⁸ G. Hottois, art. «Bioéthique», in G. Hottois e J.-N. Missa (a cura di), *Nouvelle encyclopédie de bioéthique. Médecine. Environnement. Biotechnologie*, Bruxelles 2001, p. 129.

³⁹ D. J. Rothman, *Strangers at the Beside. A History of how Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making*, Basic Books, New York 1991, p. 3.

⁴⁰ D. J. Rothman, *Three Views of History*, «Hastings Center Report», supplemento speciale, novembre-dicembre 1993.

⁴¹ R. Veatch, *The Physician as a Stranger: the Ethics of the Anonymous Patient-Physician Relationship*, in E. Shelp, *The Clinical Encounter. The Moral Fabric of the Patient Physician Relationship*, Springer, Dordrecht-Boston-Lancaster 1983.

⁴² A. Fagot-Largeault, *L'Homme bio-éthique. Pour une déontologie de la recherche sur le vivant*, Maloine, Maloine, Parigi 1985, p. 22.

⁴³ F. Dagoguet, *Pour une philosophie de la maladie*, Textuel, Parigi 1996; p. 83. Sulla biopolitica che Dagoguet oppone alla bioetica, si veda J.-Fr. Braunstein, *Biopolitique contre bioéthique*, in R. Damien (a cura di), *François Dagoguet, médecin épistémologue philosophe, une philosophie à l'œuvre*, Les Empêcheurs de penser en rond, Parigi 1997.

È tuttavia possibile dubitare che i problemi sollevati dagli avanzamenti medici in questi anni siano completamente nuovi. La medicina ha sempre dovuto fronteggiare con difficoltà etiche comparabili. È ciò che Christiaan Barnard spiegava nel 1968 dinanzi alla commissione mondiale del Senato americano sugli «avanzamenti medici»: «Questi problemi di cui voi vi occupate oggi, i medici li hanno dovuto affrontare da molti anni. Non si tratta di nuovi problemi. Non potete citarmi un solo nuovo problema nel trapianto cardiaco che non ci siamo trovati ad affrontare già da anni»⁴⁴.

Se si considerano i grandi capitoli tradizionali della bioetica – problemi della procreazione, eutanasia, sperimentazione umana, trapianti d'organi, manipolazioni genetiche – è possibile vedere che si tratta di questioni molto antiche, che vengono semplicemente trattate in scala diversa. La medicina beneficia di una lunga tradizione di innovazioni su un gran numero di questioni di cui si occupa la bioetica. Per ciò che riguarda la contraccezione e l'aborto, e dunque della nozione di «persona umana», i dibattiti sono estremamente antichi: come ha ricordato Anne Fagot-Largeault, la riflessione sulla nozione di persona inizia con Boezio⁴⁵. Dal lato del «fine vita», occorre ricordarsi che il termine «eutanasia» è stato inventato da Bacone nel 1605, per spiegare che «è compito della medicina non soltanto far ritrovare la salute, ma anche attenuare la sofferenza e i dolori» e, qualora non si possa guarire, «d'aiutare a trapassare in pace e con facilità»⁴⁶. La storia della sperimentazione umana e dei problemi etici che essa pone è stata più volte raccontata: è sufficiente ricordarsi dei dibattiti intorno alla vaccinazione nel XVIII secolo o delle esperienze sulle malattie venere nel XIX secolo⁴⁷. Quanto alla donazione d'organi, senza risalire addirittura a S. Cosma e S. Damiano, che trapiantarono la gamba di un etiope a uno dei loro servitori allorché un cancro ne aveva divorato la gamba, ci si può rammentare dei dibattiti sui trapianti di rene o sulla trasfusione di sangue, a partire dai primi tentativi fatti sugli animali da Jean-Baptiste Denis nel XVII secolo, fino ai giorni nostri⁴⁸. La questione delle manipolazioni genetiche, come ha mostrato Jean-Nöel Missa, non è nient'altro che una nuova tappa degli antichi dibattiti sul miglioramento dell'uomo e l'eugenetica, illustrati in particolare da Francis Galton⁴⁹.

⁴⁴ Ch. Barnard, citato in D. Rothman, *Strangers at the Beside. A History of how Law and Bioethics transformed Medical Decision Making*, cit., p. 172

⁴⁵ Si veda A. Fagot-Largeault e G. Delaisi de Perseval, *Les droits de l'embryon (foetus) humain, et la notion de personne humaine potentielle*, in «Revue de Métaphysique et de Morale», n. 3, 1987, pp. 361-385.

⁴⁶ F. Bacone, *Della dignità e del progresso delle scienze*, in *Opere filosofiche*, (a cura di F. De Mas), Laterza, Roma-Bari 1965, vol. II, p. 214. Nel 1887, W. Munk pubblicò a Londra un trattato sull'eutanasia.

⁴⁷ Si veda su questo F. Dagognet, *L'expérimentation thérapeutique: pluralisme et structure*, in «Les Études philosophiques», XV, n. 3, 1960, pp. 365-373; F.-A. Isambert, *L'expérimentation sur l'homme comme pratique et comme représentation*, in «Actes de la recherche en science sociale», LXVIII, n. 1, 1987, pp. 15-30; G. Chamayou, *Les Corps vils. Expérimenter sur les être humains au XVIII^e et XIX^e siècles*, Éd. De la Découverte, Parigi 2010.

⁴⁸ Si veda M.-A. Hermitte, *Le Sang et le Droit. Essais sur la transfusion sanguine*, Éd. du Seuil, Parigi 1996. Si veda anche R. Carvais, M. Sasportes (a cura di), *La Greffe humaine. Incertitudes éthiques: du don de soi à la tolérance de l'autre*, Puf, Parigi 2000.

⁴⁹ Si veda ad esempio D. J. Kevles, *Au nom de l'eugénisme*, Puf, Parigi, 1995; A. Carol, *Histoire de l'eugénisme en France: les médecins et la procréation: XIX^e-XX^e siècle*, Éd. du Seuil, Parigi 1995; J.-N. Missa, *De l'eugénisme d'Etat à l'eugénisme privé*, De Boeck, Bruxelles 1999.

Quanto ai dilemmi etici che il medico incontra nella propria pratica, gli esempi sono innumerevoli e dimostrano bene che principi come il rispetto della vita, il segreto medico, l'informazione del paziente non sono mai stati principi semplici ma sempre questioni complesse. Un argomento largamente discusso nell'antichità fu così quello di sapere chi si dovesse salvare in caso di parto difficile: Sorano di Efeso si pronunciava a favore della madre, Tertulliano per il bambino. Il segreto medico, come ha sottolineato François Dagognet, solleva una serie di «antinomie» tra le cure da dare al paziente e il servizio che il medico deve alla società⁵⁰. In riferimento al «pieno consenso» di colui che partecipa alla ricerca non si possono sempre evitare delle conseguenze «a scoppio ritardato» non previste e non auspicabili⁵¹.

Questi pochi esempi rapidamente evocati mostrano che l'etica medica è tanto antica quanto la medicina, e in un senso, anche più antica di tutte le altre etiche occidentali, essendo il famoso *Giuramento* di Ippocrate la prima espressione di una morale nell'antichità. La storia del *Giuramento* di Ippocrate e dei diversi giuramenti medici inizia a essere ben conosciuta. Allo stesso modo sono state riscoperte da poco le opere più recenti che codificano l'etica medica, in particolare nell'Inghilterra del XVIII e del XIX secolo, ad esempio coi trattati dello scozzese John Gregory o di Thomas Percival⁵². I commentatori contemporanei hanno dimostrato che esiste un legame tra l'opera di Gregory e la filosofia della simpatia di Hume⁵³. È stato spesso rimarcato che il medico inglese, nella misura in cui è un «gentleman» o aspira a esserlo, non ha bisogno di codici scritti: più che di etica, conviene allora che si parli di etichetta, di codice di buona educazione, che regola i rapporti del medico con i suoi pazienti o con gli altri medici. Questa etichetta, talvolta resa oggetto di derisione, sembra al contrario essere il segno di un tatto ben più raffinato e umano delle articolate e noiose deliberazioni di certi bioeticisti professionisti.

4. Per una filosofia della medicina

La curiosità storica di numerosi autori contemporanei per l'etica medica indica senza dubbio che esiste, nella pratica stessa della professione medica un'eredità più ricca di quel che appare ai suoi avversari. Questa riflessione sull'arte medica in quanto tale è

⁵⁰ Fr. Dagognet, *Corps réfléchis*, Odile Jacob, Parigi 1989, p. 64 e ss.

⁵¹ Fr. Dagognet, *Le Cerveau citadelle*, Les Empêcheurs de penser en rond, Parigi 1992, p. 132.

⁵² Lo stesso Canguilhem si è interessato alla storia dell'etica medica, citando Percival ma anche Rodrigo de Castro, Bard, o Pagel allorché si trattava di porre la questione dei «doveri dei medici nei confronti delle collettività di cui i poteri politici hanno l'onere» (*Antiquité et actualité de l'éthique médicale*, cit., p. 69).

⁵³ John Gregory è autore, nel 1722, delle *Lectures on the Duties and Qualifications of a Physician*. Thomas Percival ha pubblicato nel 1803 il suo influentissimo *Medical Ethics or a code Code of Institutes and Percepts Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons*, che il codice dell'Associazione medica americana. I lavori sulla storia dell'etica medica sono in sviluppo da qualche anno: R. Baker, D. Porter e R. Porte (a cura di), *The Codifications of Medical Morality in the Eighteenth and Nineteenth Centuries*, 2 voll., Kluwer Academic, Dordrecht-Boston-Lancaster 1993; L. Haakonsen, *Medicine and Morals in the Enlightenment: John Gregory, Thomas Percival and Benjamin Rush*, Ed. Rodopi, Amsterdam 1997; L. MacCullough, *J. Gregory's Writings on Medical Ethics and Philosophy of Medicine*, Dordrecht-Boston-Lancaster 1998.

all'origine di un rinnovamento della filosofia della medicina⁵⁴. L'interesse costante che Canguilhem manifestò per l'etica medica e i suoi problemi è un segnale in questa direzione. Oltre ai suoi articoli più noti su questo tema, come «*Thérapeutique, expérimentation, responsabilité*» o «*Puissance et limites de la rationalité en médecine*», ripresi poi in *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, egli si è occupato spesso di questioni di etica medica discutendone con medici di ogni tipo. Nel 1969, egli interviene sul tema: «il rianimatore e la morte» durante un convegno organizzato dagli anestesisti-rianimatori; nel 1973, discute di «autoritarismo e dogmatismo» in medicina al *Centre catholique de médecins français*; nel 1974, tratta la questione: «qualità della vita, dignità della morte» al convegno mondiale «Biologia e futuro dell'uomo»; nel 1975 discute su France Culture, con Henri Péquignot, del «diritto alla morte»; nel 1979 affronta la questione del potere medico e dei suoi critici davanti a dei chirurghi dentisti; nel 1984, ancora davanti a dei chirurghi dentisti, tratta dell'«Antichità e attualità dell'etica medica»⁵⁵.

Una corretta considerazione della medicina e della storia dell'etica medica dovrà allora condurre a due obiettivi che permettano di definire un'etica medica propriamente umana. L'etica medica dovrà sforzarsi di preservare l'orizzonte della relazione tra un medico e un malato. Essa dovrebbe lasciare che ciascuno di noi sia padrone delle proprie scelte etiche.

4.1. *La deontologia medica*

Sembrirebbe assennato tornare alla definizione della professione medica per fondare l'etica medica. È ciò che ha fatto, in particolare, Edmund Pellegrino, che fu direttore del Kennedy Institute, ma che, a differenza dei suoi predecessori teologi e filosofi, è innanzitutto un medico. Questo neo-aristotelico critica il carattere eccessivamente «astratto» della bioetica classica, basata sul famoso «quarto principio» di Beauchamp e Childress⁵⁶. La sua filosofia della medicina riposa sull'idea che la filosofia e l'etica medica debbano essere fondate sulle realtà della pratica clinica, sui «fatti della malattia, l'atto della professione e l'atto della medicina», ossia la «cura», che è per lui un «principio architettonico»⁵⁷. Anche se la semplice

⁵⁴ Oltre ai classici lavori di G. Canguilhem, si veda su questo tema D. Von Engelhardt; H. Schipperges, *Die innere Verbindungen zwischen Philosophie und Medizin im 20. Jahrhundert*, Darmstadt 1980; R. A. Carson; C. R. Burns, *Philosophy of Medicine and Bioethics. A Twenty-year Retrospective and Critical Appraisal*, Kluwer Academic, Dordrecht-Boston-Londra 1997; E. Pellegrino, *What the Philosophy of Medicine is*, in «Theoretical Medicine», XIX, n. 4, 1998, pp. 315-336.

⁵⁵ L'articolo «Qualité de la vie, dignité de la mort» è stato poi pubblicato negli atti del convegno mondiale su «Biologia e futuro dell'uomo» (C. Galpérine (a cura di), *Biology and the Future of Man*, Universities of Paris, Ediscience-McGraw Hill, Paris-New York 1976). Esso è anche stato ripreso nella rivista *Bio-éthique* (II, n. 6, dicembre 1991, pp. 306-308). L'intervista con Henri Péquignot è stata pubblicata recentemente nella raccolta di M. Gaille, *Philosophie de la médecine. Frontière, savoir, clinique*, Vrin, Parigi 2011. Gli altri articoli, pubblicati da riviste professionali, e le interviste radiofoniche saranno ripresi nel V tomo delle *Œuvres complètes* de Georges Canguilhem, edite a cura di Camille Limonges.

⁵⁶ T. L. Beauchamp; J. P. Childress, *Principi di etica biomedica* (1979), tr. it. S. Buonazia, Firenze 1999.

⁵⁷ E. Pellegrino, *The Healing Relationship: The Architectonic of Clinical Medicine*, in E. E. Shelp, *The Clinical Encounter. The Moral Fabric of The Patient Physician Relationship*, cit., pp. 153-172. Si veda soprattutto E. Pellegrino,

relazione tra un medico e un paziente è oggi meno centrale, essa rimane nondimeno un ideale. Per Pellegrino la relazione tra medico e malato non è assolutamente comparabile alla relazione commerciale classica: egli sarebbe in totale disaccordo con Rothman che fa della relazione medica una relazione simile a «tutte le relazioni adulte in cui si acquistano dei servizi»⁵⁸. È su questa «fenomenologia» della relazione di cura, che implica fragilità e benevolenza, che Pellegrino si appoggia per fondare l'etica medica.

Questa relazione di cura può tuttavia, secondo noi, essere spogliata del significato cristiano che Pellegrino desidera darle: essa è anche al centro della «morale professionale laica», che ha forse una più alta dignità filosofica di quanto si creda abitualmente. Il termine «deontologia», che si è imposto nel XIX secolo per designare questa morale, ha un'origine filosofica, in quanto è uno dei pochi neologismi di Bentham a essere sopravvissuto. Bentham spiega di aver coniato questo termine perché non esiste altra parola inglese per designare «quella branca dell'arte e della scienza che ha per oggetto di fare in ogni occasione ciò che è giusto e conveniente fare»⁵⁹. Di questa deontologia fanno allo stesso modo parte le «buone maniere», e Bentham cita le lettere in cui Lord Chesterfield chiarisce a suo figlio ciò che un *gentleman* deve essere. Come sottolinea Paul Ricoeur, il Codice di deontologia medica è «il codice di una professione», che in quanto tale ha un forte aspetto «prudenziale». La pratica medica è legata a «situazioni», essa «si esercita in situazioni in cui un paziente individuale e un medico individuale sono impegnati in una relazione interpersonale»⁶⁰.

4.2. *Affinché «i pazienti divengano agenti»*

In un articolo molto pessimista McIntyre constatava il venir meno dell'«autorità» del medico, che paragona al professore della scuola secondaria, che ha perso tutta la propria autorità dopo che gli si ha insegnato che «il contenuto di ciò che deve trasmettere è divenuto meno importante dell'insegnamento di una certa abilità nelle relazioni umane»⁶¹. Ormai il paziente non può più «rimettersi nelle mani del medico» come avveniva tradizionalmente; egli «si accosta al medico come uno sconosciuto farebbe con uno sconosciuto». L'unica soluzione, in questo paesaggio di «rovine» che ci impone il pluralismo morale, sarà allora quella di rivendicare che nessuno prenda la decisione al posto mio. «I problemi dell'etica medica devono diventare i problemi di ciascuno. [...] Si deve invitare i pazienti a diventare agenti morali attivi

D. C. Thomasma, *For the Patient's Good: the Restoration of Beneficence in Health Care*, Oxford University Press, Oxford 1988.

⁵⁸ M. R. Haug; B. Lavin, *Practitioner or Patient – Who's in charge?*, citato in D. Rothman, *Strangers at the Bedside*, cit., p. 2.

⁵⁹ La *Deontologia* è stata per la prima volta pubblicata postuma nel 1834. Si veda oggi J. Bentham, *Deontology. Together with a Table of the Springs of Action and the Article on Utilitarianism*, Clarendon Press, Oxford 1983, p. 249.

⁶⁰ P. Ricoeur, *Code de déontologie médicale*, préface, Éd. De Seuil, Parigi 1996, p. 10.

⁶¹ A. McIntyre, *Patients as agents*, in S. F. Spicker; H. T. Engelhardt Jr., *Philosophical Medical Ethics: its Nature and Significance*, Reidel, Dordrecht-Boston 1977, p. 203.

in un campo in cui erano passivi; i pazienti devono divenire agenti⁶². MacIntyre ne conclude che i medici devono «manifestare» le proprie scelte etiche e religiose, di modo che il pazienti possano scegliere in cognizione di causa.

Lungi dal vedere in questa necessità di una scelta individuale un declino, è possibile pensare al contrario che sia un diritto, il diritto di ognuno a determinare ciò che, secondo lui, è morale o non lo è, in questa o in quella situazione. Da questo punto di vista il paziente non può essere ridotto a un'«appartenenza» comunitaria, religiosa o filosofica che non descriverà mai altro che la parte più stereotipata, più comune, della sua personalità, e che non tiene conto delle circostanze entro cui si pone la questione che egli deve risolvere. Questa scelta deve essere tuttavia illuminata dal riferimento, dal punto di vista medico, alla deontologia medica, storicamente codificata e sostenuta dalla legge.

Questa appropriazione dell'etica da parte di ognuno di noi conduce a una critica dell'idea che l'etica possa essere affidata a degli esperti. Si può anche pensare che quest'idea di competenza [*expertise*] morale sia «incompatibile con le virtù della modestia e dell'umiltà», così come con la democrazia⁶³. Gli specialisti che offrono il proprio servizio nella riflessione bioetica sono in gran parte filosofi: è lecito dubitare che essi siano i più adatti a dare consulti di tal genere. In un libro corrosivo, di ispirazione wittgensteiniana, Anne McLean dimostra che le teorie bioetiche, in particolari utilitariste, implicano l'«eliminazione della moralità». Ciò che Comte chiamava «l'abuso della logica deduttiva» conduce a conclusioni, certo relativamente originali, ma assolutamente immorali. Così la raccolta di testi di bioetica diretta da Helga Kuhse e Peter Singer⁶⁴ si sforza di giustificare delle conclusioni che la coscienza comune riconosce senza fatica come immorali. L'articolo più caratteristico – e più celebre – è quello di John Harris sulla «lotteria della sopravvivenza», che afferma con la più grande serietà che qualora due malati X e Y abbiano bisogno di un organo per sopravvivere, è del tutto morale uccidere un soggetto sano Z per prelevare i suoi organi che permetterebbero a X e Y di sopravvivere e, così, di «massimizzare» la vita. Questo esempio è il più caricaturale, ma la raccolta comprende un gran numero di dimostrazioni del medesimo tenore: così la «privacy medica» sarebbe un «concetto decrepito», converrà abbandonare il consenso informato, si dovrà «uccidere piuttosto che lasciar morire», «dire la verità al malato» in ogni caso, ecc. Non si tratta affatto di proposizioni paradossali, formulate *cum grano salis*, ma di dimostrazioni molto serie e rilevanti. Inoltre, quando i bioeticisti ci chiedono «per quale ragione trattiamo i bebè in questa o quella maniera e, per esempio, non come se la loro vita fosse a nostra disposizione» si deve concludere, con Anne McLean che «loro non capiscono che non vi sono ragioni – o, per dirlo in

⁶² Ivi, p. 211.

⁶³ A. L. Caplan, *Moral Experts and Moral Expertise*, in B. Hoffmaster, B. Freedman, G. Fraser (a cura di), *Clinical Ethics: Theory and Practice*, Humana Press, Clifton 1989, pp. 59-87.

⁶⁴ H. Kuhse; P. Singer, *Bioethics. An Anthology*, Blackwell, Malden, Oxford 1999.

un altro modo, il fatto che essi sono dei bebè è la ragione, tutta la ragione al mondo»⁶⁵.

Quindi, piuttosto che cercare di dimostrare ai medici che non esiste soluzione al di là dell'appello a questi autoproclamatisi «esperti» che sarebbero i bioeticisti, converrà loro, senza dubbio, ricordarsi che essi conoscono già le soluzioni, così come ciascuno di noi le conosce, a patto di essere un umano sufficientemente illuminato e civilizzato. Canguilhem notava che, per illuminare la decisione medica in situazioni complesse, si è fatto spesso ricorso «alla Religione, alla Tradizione, alla Legge». Ma, aggiungeva, nella misura in cui queste istanze non sono oggi più al riparo della «contestazione», è necessario che il medico si riferisca innanzitutto alla tradizione medica stessa: «Ci si può domandare se non sia compito della medicina cercare innanzitutto in se stessa i fondamenti delle proprie decisioni etiche»⁶⁶. Il meno che possiamo chiedere alla filosofia è di lasciare in pace la medicina, ed è in questo senso che ci pare che la bioetica non dovrebbe in alcun caso richiamarsi all'opera di Georges Canguilhem.

⁶⁵ A. McLean, *The Elimination of Morality. Reflections on Utilitarianism and Bioethics*, Routledge, Londra-New York 1993, p. 36. Ringrazio Sandra Laugier per avermi fatto conoscere questo libro estremamente originale.

⁶⁶ G. Canguilhem, *Antiquité et actualité de l'éthique médicale*, cit., p. 71.

Il giudizio di necessità in medicina e in sanità nel tempo dei conflitti

Ivan Cavicchi

1. La necessità quale principio regolatore

Due sono i principali principi regolatori dell'agire professionale:

- ciò che è necessario al malato è vero perché non può essere altro, per cui il necessario per l'operatore è a un tempo una verità scientifica, un obbligo morale e un condizionale pragmatico;
- ciò che è necessario è sempre orientato a un fine di cura; quello che conta è la sua soddisfazione. La sua soddisfazione è prevalentemente una necessità etica;

Oggi, ma già da molti anni, tali principi, soprattutto per i medici – da sempre i titolari assoluti sulle necessità del malato – non sono più così prescrittivi e questo per almeno cinque ragioni:

- La necessità di cura in questi ultimi decenni è stata reinterpretata in molti modi: si pensi alla complessa questione dell'appropriatezza, della razionalizzazione delle cure, della selettività dell'accesso, ecc.;
- Il fine della cura, perseguito da sempre dalle professioni sanitarie, ha perso il suo carattere apodittico, dovendo essere compatibile con i limiti di risorse e con tante altre cose, compreso l'opinione del malato o – meglio – le trasformazioni socio-culturali che hanno interessato la figura tradizionale del paziente;
- Il medico, in particolare, non è più il solo a giudicare sullo stato di necessità dal momento che da una parte i soggetti gestionali e tecnocratici ma anche altre professioni, e dall'altra numerosi soggetti sociali hanno cambiato l'interpretazione delle "occorrenze", cioè quello che deve essere, che va fatto o che obbligatoriamente accompagna un qualche concetto di cura;
- La tendenza da tempo è di *predefinire* le necessità in procedure *ante oculus*, cioè standardizzare il giudizio clinico per ragioni di affidabilità, ma anche le

operatività dei vari operatori nella logica della *trivial machine*, cioè di assicurarsi comportamenti professionali prevedibili e il meno costosi possibile;

- Spesso il criterio della necessità è stravolto da logiche opportunistiche di tipo precauzionale degli operatori – come la medicina difensiva – dettate dai rischi professionali nei quali gli operatori possono incorrere. La necessità che prevale rispetto al malato è quella dell’operatore.

Tesi 1:

Oggi la necessità è sempre meno e sempre più in modo diverso, un principio regolatore; molti problemi di regressività della medicina attuale, intesa come corpo dottrinale, sono riconducibili alle sue problematiche.

2. Il giudizio di necessità tra pazienti ed esigenti

In medicina e in sanità la nozione di necessità del malato è organizzata in un *giudizio* che assume significati diversi in funzione di due variabili:

- 1) Il problema alla base della necessità, cioè la condizione di malattia che esprime un bisogno reale di cura, di assistenza, e di salute dell’individuo;
- 2) Il criterio guida in base al quale la cura o la salute è giudicata necessaria.

Il primo criterio coincide in tutto e per tutto con la necessità reale del malato, quindi con la malattia, ed è stato sino ad ora soddisfatto principalmente dalla clinica quindi con le sue modalità classiche principalmente ruotanti intorno alle idee di diagnosi e di terapia.

Il secondo criterio ancor prima di essere clinico è morale e nel tempo – in particolare in ragione della crescita della cultura dei diritti e della cittadinanza – si è configurato come un criterio politico assumendo la configurazione del diritto, degli imperativi deontologici più o meno categorici, delle norme, delle organizzazioni sanitarie cioè dei condizionali che rendono possibile la cura, ecc..

Rispetto al primo criterio la necessità reale del malato con il tempo si è espansa in modo extra-clinico ammettendo nel suo dominio tradizionale altri bisogni del malato, in virtù del fatto che la figura tradizionale di paziente è profondamente cambiata e affermando sempre più in modo spiccato la figura *dell’esigente*, che ha necessità diverse rispetto a quelle del *paziente*. Oggi la necessità per il malato “*esigente*” è qualcosa di più della necessità classica per un *paziente*. Per rendersene conto è sufficiente riflettere sul linguaggio che si usa nei convegni e nei congressi: complessità, persona, centralità, “alleanza terapeutica”, “prendersi cura”, “relazione con il malato”, “*empowerment*”. Tali espressioni denotano certamente un profondo mutamento ontologico del soggetto malato, ma anche un profondo mutamento delle sue necessità. Si tratta del mutamento più importante della post-modernità, quello che è alla base di molte problematiche della medicina, di molte inadeguatezze, di molte difficoltà, di molte aporie. Oggi il paziente è un malato

“*esigente*”, quale soggetto consapevole dei propri diritti, con un grado alto d’informazione e di autonomia, deciso ad affermare la sua condizione di cittadinanza. Esso non è più il classico “*beneficiario*” passivo, ma è il “*contraente*” che usa e utilizza ciò che la fiscalità o il reddito gli permette di comprare, sia in forma pubblica che privata, per accedere a ciò che lui considera *necessario* e *possibile*. Il *contraente* è colui che, più di ogni altro, ha innovato il significato filosofico di “*necessità*”, ponendo ai medici inediti problemi di ripensamento. *L’esigente* è colui che incarna più di chiunque altro il significato heideggeriano di “*cura*”. Egli usa la medicina per “*poter essere*” in quella particolare situazione di “*decadimento*” definita “*malattia*”, nel senso che se il “*poter essere*” dell’uomo dipende dalla cura che l’uomo ha di se stesso, allora la medicina è lo strumento che l’uomo usa per “*rimediare*” alla propria condizione di “*decadimento*” o di “*relativa finitudine*”. Nella post-modernità la cura – in senso, ribadisco, heideggeriano – è la “*necessità della possibilità*” per l’uomo di *essere comunque*, con la sua dignità, la sua autonomia, la sua cittadinanza, pur dentro una condizione di malattia. La cura oggi è la necessità di una qualche possibilità ontologica.

Tesi 2:

Oggi il concetto di necessità si è allargato includendo in esso l’idea di salute, di persona, di cittadinanza, che va ben oltre l’idea di cura della malattia ma, nello stesso tempo, tale concetto è diventato sempre più ipotetico e relativo, trovandosi a dipendere dalle condizioni reali che lo dovrebbero soddisfare.

A fronte di tale allargamento, tuttavia, soprattutto a causa dei condizionamenti economici ma non solo, la necessità acquisisce sempre più un *carattere ipotetico* perdendo pian piano il suo carattere vincolante e quindi divaricando sempre più una idea di *necessità ipotetica* o *relativa* da una idea di *necessità assoluta* e *imperativa*. Quella ipotetica sussiste solo se esistono certe condizioni, quella assoluta per sussistere dovrebbe prescindere dalle condizioni di contesto, il che oggi è praticamente impossibile. Oggi il diritto alla salute dichiarato dall’art. 32 della Costituzione non rappresenta più una necessità assoluta, come non lo sono più certi valori deontologici che pur si continuano a ribadire; di conseguenza anche la necessità reale della malattia non è più come era una volta: essa perde cioè il suo carattere di *necessità apodittica* e, per questo, vincolante.

Oggi quindi “*necessità reali*” e “*necessità ipotetiche*” tendono a essere in conflitto, che a ben vedere è conflitto, alla fine, tra due modalità: il *possibile* e il *necessario*, con la tendenza a ridurre il *possibile* per il malato a una *sopravvenienza* di valori, di bisogni diversi e quindi a qualcosa di più, e per le politiche sanitarie a *subvenienze* economiche, organizzative e quindi a qualcosa di meno. Il più è in conflitto con il meno.

3. Necessità e possibilità

Tesi 3:

Oggi il concetto di necessità coincide, come sempre, con quello di possibilità; ma il punto è che se prima il possibile coincideva interamente con le possibilità della clinica oggi il possibile va oltre la clinica e, a volte, è clinicamente limitato da vincoli economici.

Per i medici questo profondo cambiamento culturale comporta non pochi problemi. Non si tratta più di circoscrivere la propria azione alla biologia della malattia, ma di ripensarla dentro le nuove complessità ontologiche imposte dalla società attuale e quindi di fare i conti con una nuova idea di malato e, nello stesso tempo, rispondere ai limiti economici loro imposti. Da come è vista ontologicamente la questione della necessità dipendono i costi del trattamento clinico, le probabilità di sbagliare, i rischi ai quali è esposto il malato, il grado di legittimazione o delegittimazione sociale della medicina, la possibilità di diagnosticare malattie rare o ad alta complessità, la possibilità di personalizzare i trattamenti, le forme delle organizzazioni, i modelli operativi, ecc..

In fin dei conti, se pensiamo che la medicina dal punto di vista logico è essenzialmente un sapere ragionato, che opera per congetture e inferenze, ponendo a premessa dei propri ragionamenti la necessità riconducibile alla malattia e/o al malato, si comprende facilmente che, variando la premessa ontologica, “dovrebbero” variare le conseguenze del procedimento deduttivo. Il condizionale è d’obbligo, perché le cose non vanno in questo modo.

Tesi 4:

Oggi nei confronti della necessità di cura e di assistenza la maggior parte dei problemi gnoseologici, epistemologici e prassiologici della conoscenza medica derivano dal fatto che i ragionamenti clinici continuano a riferirsi come se la premessa costituita dal malato non fosse cambiata, cioè come se fosse a ontologia invariante.

La medicina ha davanti degli *esigenti* ma continua a ragionare come se davanti avesse dei *pazienti* e, per di più, deve fare i conti con le limitazioni delle risorse. Cioè oggi la medicina nega le premesse dell’attualità e sceglie le premesse che più sono confacenti alla sua ortodossia dottrinale, quella che ancora si continua a insegnare nelle università. Questo assomiglia molto alla storiella della chiave che l’ubriaco perde all’osteria ma che cerca sotto la luce del lampione perché solo in quel posto c’è luce. Oggi per un medico conoscere un malato e la sua malattia significa cercare la chiave nell’osteria, non dove gli è più comodo o dove è più abituato a cercare, dal momento che oggi malattia e malato sono embricati da implicazioni molto strette. Sono queste implicazioni che sollecitano il medico a integrare la conoscenza clinica con una conoscenza sovra-clinica. Per cui l’atto di conoscenza diventa sempre più complesso perché diventa sempre più un atto bio-culturale, che mette in discussione quello che non viene mai meno e che resiste a tutto, vale a dire l’accentuato

“*scientismo*” della medicina. Lo scientismo medico è un certo tipo di atteggiamento da parte di chi considera la conoscenza biologica come unica forma valida di sapere e quindi superiore a qualsiasi altra forma di conoscenza e soprattutto come un sapere in sé sufficiente. Oggi il medico – ma anche l’infermiere – faticano ad adeguarsi alla postmodernità e insistono nel proporsi come bio-operatori, che ignorano la complessità ontologica, antropologica, culturale e sociale del malato e tutto il resto.

Tesi 5:

Oggi la medicina insiste a considerare la necessità del malato solo come un problema di bio-verità e di bio-evidenze, a spiegare la necessità solo e unicamente attraverso la classica razionalità clinica, indipendentemente dai problemi posti sia dalla post-modernità che dal post-welfarismo, cioè dai limiti economici, e a essere nei confronti della necessità del malato prevalentemente scienziati, cioè più orientati a farsi carico della necessità clinica attenendosi a vecchie concezioni di malattia.

Lo *scientismo della necessità* in pratica è un orientamento che decontestualizza il discorso scientifico e pensa alla scienza solo come a un discorso autoriferito, interessato solo alla bio-conoscenza della malattia. Oggi lo scientismo resta uno dei più grossi ostacoli al ripensamento della medicina e quindi qualcosa che se non si risolve e non risolverà mai la questione controversa della necessità nelle sue varie forme: welfaristiche, professionali, organizzative, culturali.

Non siamo messi bene. Siamo come dentro una teoria di conflitti che si inseguono, si urtano, si sovrappongono.

Ci troviamo:

- in una società che chiede, in tutti i sensi, all’operatore molto di più rispetto al passato;
- nel bel mezzo di una dolorosa contraddizione tra diritti e risorse;
- con una medicina – che a parte i suoi importanti e per certi versi straordinari progressi scientifici – è rimasta epistemicamente ferma ad uno scientismo tardo ottocentesco.

Tesi 6:

Sono visibili i segni di una crisi della medicina che però, in quanto crisi, sino ad ora non è mai stata dichiarata.

Si tratta di quel genere di crisi che, nel tempo, ha fatto la storia della medicina e che grosso modo ha segnato tutti i suoi più importanti passaggi evolutivi, e che in ogni contingenza storica certamente ha a che fare – come dicono tutti i manuali di storia delle medicina – con le scoperte scientifiche, ma anche con un pensiero che in un modo o nell’altro si confronta con la questione della necessità.

4. I diversi tipi di necessità in medicina

Uno dei mutamenti più significativi del nostro tempo consiste nel fatto che tanto la *necessità* quanto la *possibilità* sono diventate qualcosa che si deve *negoziare* con il malato e – per estensione – con la società civile, ma anche con le aziende, con i problemi della spesa pubblica, ecc..

Tesi 7:

Oggi ciò che è necessario e possibile in medicina è negoziabile: questo vuol dire che la nozione di necessità è il risultato di una transazione sociale.

Ma su cosa si basa la transazione e quindi questa specie di negoziato? Per rispondere serve rammentare ciò che si diceva in apertura, e cioè che la nozione di necessità dipende dallo stato di necessità che pone la malattia e dal criterio in base al quale si dice che lo stato di necessità è un problema da risolvere.

Sulla base dello stato di bisogno in sanità è cresciuta nel tempo la distinzione tra *necessità reale*, che è necessità di esistenza, e *necessità ideale*, che è necessità teorica, razionale, logica. Si rammenta che sino a non molto tempo fa i due tipi di necessità tendevano a sovrapporsi, cioè che ciò che si sarebbe dovuto fare e ciò che si sarebbe fatto nella realtà, in ragione dei mezzi disponibili, tendevano a coincidere. Se si guarda all'evoluzione dei livelli garantiti di tutele, si ha chiaro che a fronte di un set di bisogni teorici di cura, cioè di cose delle quali i malati avrebbero bisogno, ciò che viene concesso sono i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), che altro non sono se non necessità convenzionali in continua ridefinizione contingentante. Quando i LEA sono ad esempio definiti con i criteri di appropriatezza cambia il profilo delle necessità: ciò che prima era considerato necessario diventa relativamente necessario, cioè necessario in rapporto a certi casi e non ad altri, o diventa relativamente non necessario rispetto a certi limiti di bilancio e quindi escluso dalle tutele pubbliche.

Sulla base del criterio in base al quale lo stato di bisogno è ammesso come problema in sanità ormai da tempo si distinguono, soprattutto per ragioni economiche, le necessità in base a dei criteri di evidenza: sono ammesse quelle che sono autorizzate da un ragionevole criterio di evidenza, criterio che è sempre di tipo statistico epidemiologico, quindi convenzionale, e che viene estratto dalla massa dei dati statistici disponibili con delle meta-analisi che riguardano la letteratura clinica.

Ma la distinzione in medicina tra *necessità ipotetiche* e *assolute* serve in particolare non tanto a distinguere i casi, le situazioni, gli stati di bisogno, i gradi di gravità, i tempi di attesa, ecc. – che a dir il vero rappresentano una distinzione non nuova per la medicina – ma a evidenziare un fenomeno tipico del nostro tempo, sollecitato in modo particolare dalla penuria di risorse e che riguarda il divario sempre più crescente tra quello che si “*fa*” e quello che si “*dovrebbe fare*” o si “*potrebbe fare*”, quindi tra le *necessità logiche* della medicina e le *necessità pratiche* del suo esercizio.

La *necessità logica* per un medico equivale a una *necessità ideale* perché vale come coerenza razionale, come rispetto per l'ortodossia, come principio di scienza e

coscienza, come obbligo morale e quindi come qualcosa che non si può non fare. Essa entra spesso in conflitto con quella pratica in senso generale, perché nella pratica la necessità ideale deve giustamente adattarsi rispetto soprattutto a quella gestionale di chi deve amministrare dei limiti ma anche a quella soggettiva dell'esigente. L'esempio più diffuso è la somministrazione di un farmaco che in teoria deve rispondere a delle necessità logiche tutte riferite alle caratteristiche del bisogno terapeutico, ma nella pratica deve rispondere a delle necessità gestionali, cioè curare ma al minor costo possibile.

A fondamento della necessità logica del medico in genere vi è il “*principio di non contraddizione*”: assunte certe premesse cliniche per il medico sarà necessariamente logico fare tutto ciò che va fatto, cioè tutto ciò che non entra in contraddizione con le premesse; nella pratica questo viene sostanzialmente rispettato ma mediando molto tra bisogni del malato e costi dei trattamenti, per cui si esce dalla necessità logica ammettendo delle contraddizioni controllabili o sopportabili. Per restare all'esempio della somministrazione del farmaco, il ricorso al farmaco generico (è un farmaco che ha lo stesso principio attivo di un altro ma che costa meno) spesso si sacrifica una buona *compliance* terapeutica; ma un trattamento con una bassa *compliance* terapeutica non è più un trattamento logico o ideale, è un trattamento che media le necessità con le possibilità per contenere i costi.

Tesi 8:

Oggi nella pratica corrente della medicina la necessità logica del medico deve mediare con altre razionalità diverse da quella clinica in modo dialettico, nel senso che deve fare i conti con altri generi di necessità, principalmente quelle economiche legate all'azienda e quelle personali del malato.

In sostanza, se per un medico la necessità è un principio regolativo questo principio si trova in mezzo a due fuochi incrociati, cioè le scelte della scienza si trovano a fare i conti sulla necessità tanto con l'economia che con l'etica.

5. Necessità clinica quale impensabilità

Abbiamo definito “necessità logica” quello che in genere è per l'ortodossia medica, la metodologia clinica, la trattatistica semplicemente il necessario, ciò che bisognerebbe fare.

Per cui per il medico è:

- impensabile che non lo si faccia;
- impensabile che sia contraddittorio con le necessità rilevate;
- impensabile che venga fatta una cosa diversa dalle necessità.

Il ragionamento per il medico è semplice:

- non essendo pensabili altre premesse dalle necessità, nulla di diversamente necessario si potrebbe concepire;
- la necessità logica per il medico si basa essenzialmente sul contenuto della necessità, cioè sull'essenza della necessità, sul genere di necessità.

Ma vi è un altro modo di intendere la necessità logica della clinica – anche in considerazione del fatto che la clinica è fondamentalmente un procedimento logico diagnostico e terapeutico – ed è quello che si debba ammettere come necessario qualcosa di *coerente* alla diagnosi e al trattamento della necessità. In questo caso il fondamento della necessità non è più il contenuto del bisogno da assumere come vincolo di ciò che è pensabile fare, ma è un *principio metodologico* secondo il quale si deve stabilire rispetto a un bisogno, cosa sia necessario fare o non fare, in ragione di altre considerazioni che prescindono dal contenuto del bisogno stesso, come sono quelle che riguardano ad esempio i limiti economici. Il problema nuovo sorge quando il principio della coerenza si estende ai problemi extra-clinici, come sono quelli sociali dell'esigente e quelli di bilancio delle aziende.

In questo caso l'esigente da una parte e il limite economico dall'altra arrivano a condizionare il principio metodologico della coerenza, per adattarlo non tanto al contenuto del bisogno *tout court*, ma alle condizioni di fattibilità e di plausibilità del contesto nel quale quel bisogno deve essere soddisfatto. In questo ambito di questioni rientra una problematica che comincia a creare aporie piuttosto importanti e che è quella del *proceduralismo*, cioè la definizione di linee guida, protocolli diagnostici e terapeutici, l'uso e l'applicazione dell'EBM (Medicina Basata sull'Evidenza) ecc. quale mediazione tra le necessità dell'esigente e le necessità dell'azienda.

La differenza tra necessità logica basata sui contenuti del bisogno e necessità logica basata su principi metodologici è importante:

- nel primo caso ai contenuti di necessità del malato corrispondono contenuti di possibilità;
- nel secondo caso si tratta di legare le possibilità della risposta al bisogno alle possibilità del sistema, cioè alle possibilità consentite.

In questo secondo caso rientrano gli standard di necessità, gli indicatori, i volumi di servizio, i parametri di appropriatezza, ecc. Il problema nuovo che sorge è collegare la necessità definita attraverso degli standard di necessità che delimitano le possibilità di un sistema o più parti di un sistema a soddisfare una necessità in un certo modo (*necessitudo*), con la necessità di un malato definita sul contenuto del suo bisogno (*necessitas*).

Tesi 9:

Oggi prevalgono nella realtà medico-sanitaria sempre più standard di necessità, che una volta definiti hanno lo scopo di condizionare in modo stringente le necessità logiche della clinica.

Il vantaggio che offrono gli “*standard di necessità*”, soprattutto al gestore delle aziende, è quella di poter controllare l’operato di gruppi di operatori e interi servizi dedicati, anche se questo vantaggio è contraddetto da una enormità di problemi. Se il gestore ricava vantaggi dalla regolazione del sistema delle necessità, non è detto che lo stesso vantaggio valga per il malato e per l’operatore, allo stesso modo e nella stessa quantità. Il primo e più cospicuo inconveniente degli standard di necessità è che aumentano i casi in cui prevalgono le discordanze tra *necessitudo* e *necessitas*.

6. *Necessitarismo*

I problemi che esistono nell’armonizzare la *necessitudo* del sistema con la *necessitas* del malato ci dicono che ormai sta declinando quello che è sempre stato un principio alla base dell’agire professionale, vale a dire il “*necessitarismo*”. Anzi, in particolare la “*questione medica*” (che approfondiremo fra un po’), come si definisce quella congerie di problemi alla base del processo di delegittimazione sociale del medico, nasce proprio come conseguenza del declino del necessitarismo. Di che si tratta? Per il necessitarismo ciò che si deve fare – vuoi per ragioni scientifiche, vuoi per ragioni morali, vuoi per ragioni pratiche – non può non esser fatto, va cioè fatto per forza. Quindi, in ragione di ciò, il possibile coincide con il necessario e viceversa.

Questa posizione, come si può vedere, non ammette nessuna sorta di condizionamento o di influenza e colloca l’idea di necessità quasi come fosse un’idea metafisica, cioè un’idea oltre e al di sopra della realtà concreta o – meglio detto – della contingenza che esiste nella realtà concreta. Ancora oggi si dice comunemente che la “*salute non ha prezzo*”, quasi a dire che le necessità di salute devono essere soddisfatte prima di ogni altra cosa. Ancora oggi si dice che “*la salute viene prima di tutto*”, stabilendo con ciò un ordine prioritario di tipo morale. Soprattutto oggi il valore metafisico della necessità, cioè qualcosa che è al di là e al di sopra, è stato collocato nell’idea di diritto. Il diritto alla salute dell’art. 32 è un dichiarare la necessità di salute come qualcosa di fondamentale e inalienabile, appunto quasi metafisica. Più si sottolinea la priorità della necessità di salute su qualsiasi altra forma di necessità e più si rafforza la tesi necessitaristica; meno si considera la salute una priorità nel senso che è comunque condizionabile e più si indebolisce l’idea di necessitarismo.

Il punto delicato è che oggi in sanità non è facile affermare che il possibile coincide con il necessario, per il semplice fatto che un ragionamento del genere ha senso se esiste una soluzione senza alternative. Se per curare una malattia si deve per forza usare un certo tipo di farmaco vuol dire che non c’è un’altra alternativa; ma se la cura può avvalersi di diversi tipi di farmaco vuol dire che vi sono più alternative: in questo caso il necessitarismo flette e perde la sua imperatività. Se in più le

alternative sono tali semplicemente perché meno costose le cose si complicano. Si complicano ancora di più se le alternative diventano la privatizzazione del bisogno o la tassazione dei cittadini o le selezioni dei bisogni comunque rappresentate dalle liste di attesa.

Tesi 10:

Oggi la tendenza in atto è di privare il necessitarismo di soluzioni obbligate e vincolate offrendo alternativa di cura, più modalità nell'uso delle cure, diverse soluzioni possibili, diversi costi di riferimento. Oggi il necessitarismo è ridefinito da modalità vicarianti, cioè le necessità di cura si possono soddisfare in modi diversi, con mezzi diversi, con approcci diversi e anche, recentemente, con operatori diversi (il riferimento è alla questione delle competenze avanzate degli infermieri) e all'estremo delle eventualità si possono anche non soddisfare pubblicamente, delegando la soddisfazione al privato.

Anche in questo caso si pone il problema se la vicarianza sia a somma positiva o negativa. Letteralmente la *vicarianza* è quando sostituisco degli elementi con altri elementi senza cambiare la sostanza della cosa. L'esempio già citato è il farmaco generico rispetto alla specialità: per vicarianza essi sono interscambiabili, ma non è detto che essi siano, almeno sul piano esperienziale del malato, egualmente efficaci rispetto alle necessità terapeutiche da soddisfare, anche se biochimicamente equivalenti.

Ci pare di poter dire quindi che assistiamo ad un passaggio piuttosto significativo per ciò che riguarda la necessità delle cure e che è ben testimoniato dall'evoluzione del concetto di LEA (Livelli Essenziali di Assistenza garantiti dallo Stato):

- da una idea tradizionale di necessità, quella cioè che stabilisce che qualcosa non può essere altrimenti;
- a una idea in cui la necessità è ridotta e ridimensionata a “*ciò di cui non si può fare a meno*”.

Tesi 11:

Oggi la tutela della malattia attraverso la definizione dei LEA, a seconda delle disponibilità economiche, sta sempre più diventando minima, essenziale, in alcuni casi salva-vita. La vecchia idea di necessità è quindi fortemente ridiscussa da idee neoliberali sulla priorità assistenziali, sull'universalismo selettivo, tendendo a ridurre il concetto di necessità al salva-vita, e alle grande necessità ospedaliere.

Il rischio che stiamo correndo è che l'idea di ciò che è necessario sta sempre più definendosi con limitate possibilità di possibilità. Il rischio che stiamo correndo, cioè, è di non poter più parlare appropriatamente di necessità.

7. Le problematiche del giudizio di necessità

Cosa vuol dire nella situazione descritta giudicare la necessità di salute e di cura e soprattutto quale tipologia di giudizio se ne può dedurre?

Andiamo per ordine. Per prima cosa chiariamo cosa vuol dire *giudicare* qualcosa: giudicare per un medico vuol dire soprattutto mettere in campo un atto cognitivo attraverso il quale egli coordina il suo pensiero, le sue conoscenze e le sue esperienze con le varie forme di necessità espresse, quindi con i soggetti che esprimono tali necessità – siano esse cliniche o personali o gestionali – e inevitabilmente con i contesti rispetto ai quali le necessità vengono affermate e condizionate.

Il *giudizio di necessità* in sostanza è:

- 1) Una *sintesi* con la quale il medico riassume la sua appercezione del mondo a molti mondi della necessità, in tutti i suoi aspetti, nel tentativo di risolvere il problema dei valori di verità che si accompagnano a un qualsiasi bisogno di cura o di assistenza;
- 2) Un'*operazione* che tenta di unificare molte cose: le convinzioni di un medico, quelle del malato, quelle dell'azienda e di tante altre cose;
- 3) Un *parere* su ciò che si ritiene vero e a quale condizione lo sia, che in qualche modo riduce la complessità di ciò che si crede o no necessario.

L'intera problematica del giudizio clinico dovrebbe essere una questione soprattutto di *appercezione*, ma in realtà – come abbiamo detto prima – oggi è sempre meno appercettivo e sempre più un ragionamento che media e interconnette i vari aspetti della necessità.

I giudizi di necessità in medicina si possono distinguere e classificare:

- 1) Secondo la *quantità* della necessità (le necessità di salute della popolazione non sono la stessa cosa delle necessità di salute di un cardiopatico); vi sono quindi necessità *universali*, che riguardano ad esempio il diritto alla salute; *particolari*, che riguardano certe malattie; *singolari*, che riguardano un caso particolare; e *individuali*, che riguardano genericamente le persone. Il giudizio in base alla quantità si articolerà in tanti giudizi diversi: epidemiologico, patologico, specialistico, clinico, ecc.;
- 2) Secondo la *relazione* tra necessità e metodo. Un esempio sono i codici adottati dal pronto soccorso (rosso, giallo, bianco, ecc.), dove la necessità è definita in ragione di un predicato di gravità e di urgenza, le liste di attesa, la programmazione delle cure, gli interventi chirurgici, ecc.;
- 3) Secondo la *relazione in sé* della necessità, secondo cioè la qualità prevalente della necessità. Un esempio sono i diversi tipi di giudizi clinici: *categorici* (questa malattia ha necessità di essere curata in un solo modo); *ipotesici* (questa

terapia è condizione per un certo trattamento); *disgiuntivi* (questa malattia o è x o è y quindi la necessità è o l'una o l'altra), ecc.;

- 4) Secondo la *modalità della relazione* “*se necessario*”. In questo caso i giudizi possono essere diversi: *apodittici* (la necessità di cura per questa malattia deve essere antibiotica quindi questa malattia non può essere curata con altri farmaci); *assertori* (questo malato è un codice bianco quindi non può essere un codice rosso); *problematici* (questo malato può essere sia un caso che un altro caso, per cui si potrebbe curare con questa o con quella terapia).

In medicina a complicare le cose, come abbiamo già detto, è che queste 4 categorie di giudizi sulla necessità – che sono quelli che in generale sono descritti nei manuali di filosofia – devono fare i conti non solo con i limiti economici, ma con i problemi delle professioni, con i loro conflitti interni, con quella che è stata definita la “*questione professionale*”, che riguarda le prassi che ruotano principalmente intorno a un ridimensionamento tutt'altro che marginale, del rapporto tra giudizio medico e necessità.

8. La necessità e i problemi delle professioni

In medicina, per quanto appaia paradossale, la “*necessità*”, che in genere si oppone a *libertà* – in quanto considera gli atti professionali come necessitati dal bisogno del malato – per secoli ha coinciso esattamente con la *libertà professionale*, innanzitutto del medico. È vero che gli atti professionali sono relativamente eteronomi (il medico ricava dal bisogno del malato la norma della propria azione), è vero che le scelte del medico sono “*relativamente*” necessitate e quindi “*relativamente*” determinate dai problemi dei malati, ma è altrettanto vero che, comunque, la nozione di necessità è – per quanto eteronoma – alla base dell'autonomia professionale. Perché?

La risposta ovviamente non è nel ridurre gli operatori come in una caricatura a macchine azionate o istruite linearmente dai bisogni dei malati, ma è nel fatto che la “*necessità*” è una “*modalità*” attraverso la quale e per mezzo della quale il medico afferma una *particolare relazione* tra di lui (l'operatore che opera) e il malato (il predicato della sua opera). Il dominio di questa relazione è il dominio dell'autonomia professionale.

Tesi 12:

Oggi il dominio della relazione tra medico e malato, mediata dalla necessità, tende sempre più a ridursi perché la modalità tende sempre più, per diverse ragioni, ad essere ridiscussa.

Un operatore nella pratica non è mai solo ciò che sa, i suoi titoli di studio, le sue competenze normate dalle leggi e dai contratti, il suo profilo professionale (operatore formale) ma è anche i propri modi di essere, le sue esperienze, il suo contesto di lavoro, la sua collocazione nel servizio, i limiti e le condizioni che l'azienda gli impone di rispettare; per cui il suo modo di essere pragmaticamente

finisce per dipendere da tante cose, al punto che il suo modo di essere certamente diventa parte costitutiva del suo essere operatore, ma soprattutto coemerge continuamente da contesti e contingenze, cioè da fattori che esorbitano la nozione di necessità.

Tesi 13:

La necessità del malato quale modalità che caratterizza l'essere operatore resta certamente una parte importante della sua professionalità, perché caratterizza atti, scelte, giudizi e quindi resta una parte importante del suo modo di essere; ma se la necessità del malato quale modalità viene resa relativa a... o è condizionata da..., o limitata con..., o inficiata attraverso..., allora cambiando il modo di essere della necessità cambia il modo di essere dell'operatore, cioè il grado di autonomia nel giudizio e di conseguenza cambia l'essere operatore.

Sino ad ora i *modi di essere* del medico, o dell'infermiere, sono stati considerati come impliciti alle loro definizioni formali o normative, cioè tautologici e quindi inutili da definire; ma oggi non è più così. Oggi ad esempio i medici – stretti e assediati da mille problemi – tentano disperatamente di difendersi cercando di definire ciò che non hanno mai avuto bisogno di definire cioè *l'atto medico*, perché ciò che era implicito – l'autonomia di giudizio sulle necessità del malato – non lo è più. L'autonomia del giudizio è stata in qualche modo ridimensionata. L'atto medico è un tentativo di difendere delle prerogative professionali nei confronti di ciò che è considerato necessario e che in quanto tale implica esclusività di giudizio, autonomia di giudizio, libertà decisionale. Ma lo stesso significato ha per gli infermieri la questione della loro autonomia professionale, soprattutto dopo il superamento del principio di ausiliarità che li poneva sotto la potestà scientifica dei medici (L 26 febbraio 1999 n.42, "Disposizioni in materia di professioni sanitarie").

Tesi 14:

Oggi l'autonomia delle professioni nei confronti della necessità del malato comporta che queste siano spesso in conflitto tra loro o almeno che, venendo meno l'assoluta titolarità del medico, si sia aperti a fatto la questione della loro redistribuzione. Questo non vuol dire altro se non lo spartirsi la necessità del malato per titolarità differenziate e, purtroppo, spesso tra loro indipendenti, con la conseguenza di far venire meno la visione ontologica del malato quale "tutt'uno".

La ricerca di una definizione di atto medico, da una parte, e la ricerca da parte degli infermieri di una maggiore autonomia professionale e i loro conflitti giuridici sulle loro definizioni professionali ci dicono semplicemente una cosa:

Tesi 15:

Oggi la necessità del malato è l'oggetto di un contendere tra professioni che riguarda la titolarità del giudizio su ciò che è necessario o non necessario, oggi decidere ciò che è necessario o ciò che non lo è per un malato, a parte i risvolti sulla spesa, sul controllo sul lavoro, determina il grado di

autonomia o di dipendenza di una professione e quindi i loro rapporti, ma soprattutto le forme di tali rapporti.

Per un medico o per un infermiere avere la titolarità circa la necessità di un malato significa avere autonomia circa la sua predicazione. Questo vuol dire che i soggetti che decidono sulla necessità sono inevitabilmente diversi. Vi sono soggetti professionali, gestionali, tecnici in vario modo, sociali, economici, politici, ecc.. Ebbene, è questo uno dei principali fattori che ha modificato profondamente l'autonomia professionale ad esempio del medico, che fino ad ora è stato il solo e l'unico ad avere autonomia di giudizio sulla necessità. Oggi la “*questione professionale*” per tutte le più importanti professioni di cura e di assistenza sorge perché il loro grado di autonomia nei confronti della necessità è stato radicalmente ridimensionato.

Ma ciò che è necessario o non necessario nella discussione in atto sulle professioni si riduce alle occorrenze cliniche del malato, cioè esclude dalla definizione di necessità altri tipi di necessità del malato – che pur esistono – e che sono tutte di tipo extra clinico: personali, sociali, culturali, relazionali, di comprensione del senso, decisionali, ecc..

Tesi 16:

La necessità del malato quale “modo di essere” della persona – sino ad ora – non è rientrata nelle determinazioni essenziali dell'operatore. Ancora prevale la cultura dei compiti, delle competenze e delle mansioni; dei titoli di studio, considerati “qualità permanenti”, insostituibili, rispetto alle occorrenze cliniche, mentre i “modi di essere” professionali sono stati considerati determinazioni “non costitutive”, cioè “determinazioni non necessarie”, “qualità professionali secondarie” e per questo escluse dalle definizioni professionali.

Tesi 17

Modificare per mille ragioni la necessità del malato quale modalità significa modificare la necessità quale principio regolatore dell'agire professionale, ma anche dell'agire aziendale, dell'agire della sanità pubblica come risposta ai diritti della persona, ecc.. Tale modifica cambia il modo di essere del medico, dell'infermiere, dell'azienda, della sanità e quindi dei diritti, a dimostrazione di come la nozione di necessità sia, rispetto ai cambiamenti in atto, una nozione esplicante radicale.

9. *Necessità denotante e necessità denotata*

Ma in pratica cosa vuol dire tale radicalità esplicativa? Vuol dire che:

- Tutte le politiche adottate sinora di razionalizzazione e di ottimizzazione, che rientrano negli approcci marginalisti del miglioramento e del risparmio, hanno funzionato come ridefinizioni di necessità;

- Tutte le politiche di compatibilizzazione si muovono all'insegna di una ridefinizione delle necessità, nel senso che qualora questa non fosse compatibile, in tale caso dovrebbe adattarsi ai limiti imposti;
- Le tante *occorrenze* economiche, gestionali, cliniche, personali, etiche entrano tra loro in competizione perché diverso è il loro approccio alle necessità; ciò che è necessario per un clinico non è detto che lo sia per un gestore;
- Il proceduralismo, a partire dall'EBM per continuare con le linee guida, con i protocolli terapeutici, è pensato nella logica della predefinizione degli *standard di necessità*;
- Nel momento in cui la necessità non è più letta *ad oculos*, prevale una forte diffidenza nei confronti di coloro che autonomamente dovrebbero leggere quella necessità (i LEA sono necessità organizzate in funzioni, i DRG sono necessità organizzati come tariffe, i protocolli terapeutici sono necessità farmaceutiche, ecc.);
- I conflitti tra professioni, le cosiddette “*competenze avanzate*”, sono conflitti che riguardano il grado di autonomia della professione su ciò che è necessario. Vuol dire che quello che rientrava nell'ambito del necessario per qualcuno – il medico ad esempio – viene ricollocato nell'ambito del necessario per qualcun altro – l'infermiere ad esempio. Quindi il conflitto sulle competenze in realtà è un conflitto sul controllo delle necessità del malato, al quale segue quello sulle autonomie e sulle responsabilità.

Tutto questo a un tempo, quindi contestualmente, sinergicamente – ma anche in modo quasi caotico e promiscuo – modifica l'idea di necessità quale principio regolatore della medicina prima e della sanità dopo.

Tesi 18:

L'essenza del cambiamento si può riassumere in un passaggio che va da un genere di necessità dove il bisogno del malato denota l'operatore, a un genere di necessità dove è l'operatore – il suo grado di autonomia – a denotare il bisogno del malato.

Nel primo caso la lettura della necessità non ha limiti a parte quelli naturali e scientifici per cui l'operatore agisce in scienza e coscienza; nel secondo caso la lettura della necessità oltre ai limiti naturali e scientifici ha quelli che derivano dalle condizioni di lavoro, dalle risorse disponibili, dalle varie competenze imposte agli operatori, dai conflitti inter professionali, ecc.

Tesi 19:

Oggi, oltre i conflitti tra professioni, vi è un nuovo conflitto tra la necessità vista dalla società civile, e quindi da ogni singolo malato, e la necessità vista dal sistema sanitario nel suo complesso.

Dal punto di vista della società civile la necessità che oltretutto tende ad allargarsi includendo più tipi di necessità (relazionali, informazionali, decisionali, partecipative, umanizzanti, palliative, domiciliari, sociali) si scontra con una necessità amministrata dall'azienda che tende a restringersi, tendendo a limitarsi alle necessità cliniche essenziali della cura, con la tendenza a sottodimensionarla a seconda dei limiti finanziari di riferimento e dei contesti di riferimento. Dopo i tagli lineari alla sanità degli ultimi anni, i piani di rientro imposti alle regioni per obbligarle a rientrare dai disavanzi, e dopo la fissazione da parte del governo di un piano di definanziamento programmato nel tempo (fino al 2020), ormai la tendenza che prevale è la crescita incontrollata delle diseguaglianze sociali di accesso al soddisfacimento delle necessità e rispetto all'eguaglianza di trattamento. Alla fine la necessità diventa, suo malgrado, il riferimento delle discriminazioni di reddito: chi ha reddito soddisfa le sue necessità con il ricorso al privato o ai fondi o alle mutue integrative; chi non ha reddito rispetto alle proprie necessità subisce gli effetti di una restrizione sempre più crescente dell'offerta pubblica.

Nel passaggio tra la necessità che idealmente denota l'operatore e l'operatore che praticamente denota – come può – la necessità ammessa, si colloca la problematica della prassi e quindi i problemi che riguardano gli atti concreti degli operatori. Sono gli atti concreti che si trovano loro malgrado nel bel mezzo del conflitto ormai innegabile che si è creato tra società e sanità e che ribadiamo è un conflitto, che ha a che fare con visioni diverse di necessità.

10. Il giudizio quale atto

L'indagine intorno al *giudizio di necessità* in medicina non è diversa da quella generalmente descritta dalla filosofia, con la differenza che questa rientra nell'ambito della conoscenza clinica. Per la medicina l'atto di giudicare è stato interpretato, come per altri ambiti di conoscenza, sostanzialmente in due modi:

- Il giudizio è l'atto attraverso il quale il medico riconosce e afferma che una certa necessità è stata colta (*simplex apprehensio*), e che quindi è in grado di attribuirle ad una malattia e a un malato (*iudicium*);
- Il giudizio è l'atto con cui il medico applica a una presunta necessità la propria conoscenza, per farne oggetto di trattamento intellegibile.

Se si guarda al contenuto del *giudizio di necessità*, il medico è semplicemente colui che agisce dopo che ha messo in rapporto le necessità del malato con le proprie conoscenze cliniche (l'infermiere con i concetti di assistenza), ma anche dopo aver valutato le condizioni soprattutto economiche di fallibilità. Il suo giudizio prima di ogni cosa è:

- *Razionale*, nel senso che sono considerati e assunti secondo un canone di regole razionali definite dalla metodologia clinica e da quella del *nursing*;

- *Pratico*, nel senso che il giudizio serve a guidare l'azione clinica tenendo conto dei contesti in cui opera;
- *Etico e morale*, quale tentativo di conciliare un ordine morale con dei limiti naturali e non solo.

La domanda da porre è la seguente: in quale modo e in quale misura il giudizio clinico sulla necessità del malato nei contesti descritti conduce all'atto? Abbiamo visto che oggi il detentore della verità non è più solo il medico e che vi sono altri detentori di verità, i limiti ad esempio sono i più implacabili detentori di verità, i quali puntano a condizionarne il giudizio e gli atti conseguenti.

Il giudizio quale atto funziona come un motore che dipende dall'interpretazione della necessità e dall'intenzione di soddisfarla, dai contesti organizzati in cui una necessità deve essere soddisfatta e infine dagli scopi di soddisfazione della necessità che si vuole perseguire.

Tanto il giudizio che l'atto, quindi, non sono regolati solo dal valore transitivo della necessità (se è necessario x , allora devo fare y) ma sono regolati anche da altri valori transitivi (se i contesti sono x , allora devo fare y).

L'atto che consegue al giudizio di necessità – se rammentiamo la distinzione aristotelica “*ciò che è in potenza*”, quindi non deliberato, e “*ciò che è agito*” quindi deliberato è il passaggio che produce il giudizio di necessità dall'indeliberato al deliberato, quindi è un mutamento. Così l'assistenza dell'infermiere è in potenza nel suo profilo e passa all'atto con la pratica di tutti i giorni. La stessa cosa vale per il medico. Questo vuol dire che tra l'indeliberato e il deliberato in mezzo c'è il deliberante che interpreta la necessità nei contesti in cui opera, il vero autore di quel mutamento che burocraticamente chiamiamo “atto”.

Tesi 20:

L'atto che deriva da un giudizio di necessità non dipende tanto dai compiti degli operatori, dai loro profili, cioè dalla descrizione del lavoro formale, ma da come gli operatori in certi contesti organizzati trasformano il giudizio di necessità in prassi effettiva, secondo il noto principio che “il modo di operare di ciascuna cosa segue il suo modo di essere”.

Se consideriamo ora la nozione di “*operazione*” che vuol dire sostanzialmente attività svolta dagli operatori in una attualità, comprendiamo l'importanza del ruolo di chi fa, di chi delibera, di chi agisce per rispondere alla necessità di chi interpreta la necessità e, come diceva S. Tommaso, del suo “*modo di essere*”. Il “*modo di essere*” di chi giudica la necessità e agisce in base a questo giudizio è molto più importante – specialmente oggi che la necessità è una questione ad alta complessità – di qualsiasi conoscenza, competenza formalmente descritta. Il “*modo di essere*” degli operatori vuol dire certo conoscenze ma anche sensibilità, capacità, esperienza, abilità, saper fare.

Tesi 21:

L'atto che consegue dal giudizio di necessità dipende principalmente dall'agente che interpreta la necessità ma non in vuoto cosmico ma dentro contesti per loro natura fortemente limitanti.

11. Agente di necessità

In genere non vi è discorso che in sanità non parta dal malato, sottintendendo che le sue necessità siano il presupposto di ogni cosa: organizzazione, professione, risorse ecc. Ma questo, rispetto alla realtà, resta una petizione di principio. Abbiamo visto il peso notevole che hanno i contesti. Ciò significherebbe che anziché far derivare gli atti della professione dalla definizione formale delle competenze come è la pratica corrente bisognerebbe far derivare l'atto dalla definizione di *agente* dentro un contesto cioè di colui che compie l'atto deducendolo dalla necessità quale postulato del giudizio professionale dell'agente.

Dedurre l'autonomia di un giudizio da un'interpretazione di necessità da parte dell'agente in un contesto e dedurre l'autonomia del giudizio da una definizione burocratica di atto sono due cose diverse:

- Nel primo caso definire la professione per dedurre l'atto significa prima di ogni altra cosa definire la necessità e dedurre il medico o l'infermiere più adeguato a giudicarla. La professione è definita sulla base del rapporto tra autonomia di giudizio, necessità e contesto;
- Nel secondo caso la necessità è extra-contestuale, per cui gli atti professionali sono definiti in mansioni o profili e definiscono automaticamente la professione, lasciando intendere che la professione è quella che è descritta dalle norme.

Come abbiamo visto molti sono i condizionamenti che gli atti professionali subiscono perché molti sono i condizionamenti che subiscono la lettura della necessità. Per cui nella pratica succede che le definizioni formali degli atti professionali non corrispondano mai perfettamente alle letture reali della necessità del malato, nel senso che le autonomie di giudizio degli operatori non sono mai conformi alle norme che definiscono i loro atti.

Riassumiamo le questioni anche questa volta seguendo il pensiero aristotelico:

- Ogni atto è l'espressione di una volontà e di un pensiero in rapporto a una necessità;
- Ogni atto è qualcosa di potenziale e di intenzionale e quale giudizio autonomo viene prima di un'azione;
- L'atto è qualcosa a cui partecipa l'azione, ma non è riducibile ad azione;
- L'atto è qualcosa che non può prescindere dal soggetto pensante, cioè dalla sua autonomia di giudizio sulla necessità.

Se tutto questo è vero, allora è il giudizio contestualizzato sulla necessità – cioè il suo grado effettivo di autonomia – a definire il *carattere* di una professione e a deciderne le caratteristiche dei suoi atti.

Detto sinteticamente:

- L'attività professionale, qualunque essa sia, ha obbligatoriamente un *relativo carattere autonomo* perché essa in certi contesti deve *decidere* le rappresentazioni delle necessità dei malati e *scegliere* come operare, fare ed agire;
- Il carattere intellettuale non è il sapere del medico o dell'infermiere, ma sta nel *decidere* nei confronti dei propri contesti come *scegliere* e *usare* le proprie conoscenze in rapporto a certi limiti per soddisfare delle necessità;
- Come *decidere* e *scegliere* è inevitabilmente una questione di *autonomia del giudizio*, sapendo che l'autonomia è sempre condizionata.

Tesi 22:

L'autonomia di giudizio di chi interpreta la necessità non consiste in una questione di compiti e di competenze, e neanche in una questione primaria di conoscenze, ma nella capacità intellettuale del soggetto – sia esso medico o infermiere – che si definisce nei confronti dei limiti che deve gestire, oltretutto sulla base delle conoscenze in suo possesso con un grado di volontà, di pensiero, di autonomia, di decisione, di responsabilità.

12. Autore

La necessità è un principio esplicativo radicale, perché a partire dai suoi problemi ci permette di comprendere quelli principali del sistema medico-sanitario. Questo è possibile perché i problemi della necessità si ripercuotono immediatamente sugli atti professionali, e quindi sulle prassi agite per la sua soddisfazione che a loro volta si ripercuotono sul sistema organizzato di tutela. Se è così è ragionevole e plausibile ritenere che un eventuale pensiero riformatore volto a soddisfare al meglio le necessità di un malato, nonostante i limiti, debba partire dalle prassi, quindi dagli atti, da un loro ripensamento, per ripercuotersi – questa volta in positivo – sulla soddisfazione della necessità. Se i problemi della necessità condizionano le prassi, perché non ripensare le prassi per risolvere i problemi della necessità? Sino ad ora tutte le politiche sanitarie adottate in questi ultimi 40 anni hanno tentato di affrontare i problemi della necessità, altrimenti detti della domanda, evitando di fare i conti con le prassi, anzi pensando di imporre alle prassi semplicemente limiti e condizionamenti. In questo modo il lavoro ha subito una pesante quanto incredibile svalutazione. Non si è mai pensato di assumerlo come un mezzo per il cambiamento, attraverso il quale soddisfare di più e meglio il soddisfacibile. Noi, al contrario, pensiamo che le prassi siano un mezzo fondamentale di cambiamento, a condizione di riformarle e pensiamo anche che delle prassi riformate possano

costituire una soluzione efficace ai problemi della necessità. A questa convinzione abbiamo fatto seguire una proposta alla quale abbiamo dato un nome: *autore*.

Tesi 23:

L'autore è un intellettuale che giudica una necessità dentro un contesto non casuale coniugando auto-nomia e re-sponsabilità, accettando di farsi valutare pragmaticamente sulla base dei risultati prodotti.

L'autore prende il posto del “*compitiere*” cioè di un “*tecnico impiegato*” (non un intellettuale con autonomia di giudizio e di scelta) pagato in base ai compiti che svolge cioè pagato in base alle proprie definizioni burocratiche di professione e per questo completamente decontestualizzato. L'autore quale agente è colui che con “*tutto se stesso*”, in un contesto dato, definisce e caratterizza i propri atti. Se è così, anziché scrivere come si continua a scrivere che l'atto professionale è deducibile dai compiti e dalle competenze ecc., si dovrebbe scrivere che esso è deducibile dalle necessità, lasciando ampia autonomia circa i modi di soddisfarla.

Tesi 24:

L'atto è definito attraverso l'autore quindi attraverso le attività che egli deduce direttamente dalla lettura delle necessità in certi contesti organizzati.

Come si vede si tratta di una ridefinizione di tipo pragmatico quindi molto diversa da quelle burocratiche in vigore che non esplicitano le necessità di riferimento.

L'autore è una proposta che tenta di rispondere ai cambiamenti della nozione di necessità riformando il rapporto tra autonomia del giudizio e responsabilità dell'atto. L'atto secondo l'autore, consente di definire non solo le attività ma anche il *modo di operare* della professione, di cui abbiamo parlato più avanti, nei confronti delle necessità e dei suoi contesti. È l'autore, con i suoi modi di essere, che consente di definire l'atto esplicando la necessità dal suo proprio contesto. In questo caso l'autonomia di giudizio non è assoluta, non è metafisica, non è solo riferita in senso stretto alle necessità del malato, ma deve tener conto delle condizioni di contesto compreso i condizionamenti della gestione e delle disponibilità delle risorse. Intendere l'atto professionale come espressione di un autore che sa giudicare la necessità nel proprio contesto diventa la proposta di un nuovo scambio tra professione, società e azienda. *Auto-re* vuol dire qualcuno che di fronte a una interpretazione di necessità in cambio di *auto-nomia* garantisce *re-sponsabilità*. Il fine dell'autore non può essere genericamente la salute ma deve essere la soddisfazione di un sistema di necessità. Tra l'atto e la necessità vi sono un mucchio di cose: giudizi, attività, i modi di essere della professione, organizzazioni, le cooperazioni con gli altri, senza le quali non si va da nessuna parte. L'autore, da un punto di vista deontologico, va certamente concepito come titolare di *doveri* professionali nei confronti della necessità, ma anche come titolare di *diritti* nei confronti di tutto

quanto dal punto di vista organizzativo, di contesto, consente l'espletamento dei doveri. È del tutto inutile definire doveri nei confronti della necessità e non creare condizioni sufficienti al loro espletamento. Oggi abbiamo bisogno di una nuova formazione per ridiscutere vecchie professioni. Se la professione nei suoi caratteri e nei suoi modi operativi non cambia al fine di adeguarsi al cambiamento della nozione di necessità, è molto difficile che si arrivi a un ripensamento dell'atto professionale.

13. Necessità e organizzazione

I problemi che si accompagnano alla nozione di necessità non inducono solo un ripensamento delle prassi, ma le prassi agite dalle professioni devono poter disporre di una organizzazione del lavoro adeguata. L'esperienza insegna che una professione non è mai la semplice messa in atto di conoscenze di compiti e di competenze, ma è sempre fortemente condizionata dalle organizzazioni in cui opera.

Tesi 25:

L'organizzazione del lavoro è parte integrante di una professione e le organizzazioni che frammentano la necessità in tanti parti suddividendole secondo i criteri della divisione tayloristica tra le professioni in campo hanno fatto il loro tempo. Oggi per cogliere la complessità della nozione di necessità bisogna integrare nel giudizio di necessità più giudizi, più conoscenze, più esperienze, più professionalità. Cioè nei confronti di una nuova figura di autori servono organizzazioni del lavoro interconnessionali, quindi una forma di cooperazione tra professioni basata sulle relazioni interdisciplinari, sulla mobilità funzionale, sul lavoro di gruppo, sulla continuità ed evolutività delle cure e dei trattamenti.

Giusto per dare l'idea di quale organizzazione avremmo bisogno per soddisfare le necessità dei malati nei contesti in atto ci limitiamo a dare degli spunti:

- Non conviene più mantenere un'organizzazione concepita con logiche divisionali. Le divisioni, dividendo lo spazio sanitario in tanti spazi divisi, costituiscono dei veri e propri “insiemi” che a loro volta danno luogo a “sottoinsiemi” divisi, a loro volta, in “sub insiemi”. La divisione altro non è che un'idea di necessità, *concepita come somma di tante sub necessità*. Oggi quest'idea vecchia di necessità penalizza la professionalità perché ostacola una migliore soddisfazione delle necessità;
- Per soddisfare le necessità del nostro tempo non conviene più mantenere un'organizzazione concepita per giustapposizioni cioè il “porre a fianco”, “mettere accanto”, “accostare” qualcosa con qualcos'altro. L'idea di sola contiguità ostacola l'integrazione e l'*interdipendenza*;
- Per soddisfare al meglio le necessità del nostro tempo conviene ripensare delle organizzazioni, inter-relandole con delle relazioni organizzate. Le “relazioni” ridiscutono la divisionalità. La relazione, per definizione è la

“non-divisione”, la “non giustapposizione”. Se sino ad ora abbiamo “diviso per operare” e “operato per dividere”, con la relazione si tratta di “operare per riunire” e quindi di “riunire per operare”. In queste due contrapposte antitesi c’è tutta la complessità del cambiamento organizzativo nei confronti della necessità.

14. *Tesi conclusiva per dimostrare la necessità di un pensiero riformatore*

Posta la necessità del malato quale principio regolatore che da sempre regola le prassi medico-sanitarie si può dire che:

- L’analisi dei suoi problemi permette di comprendere profondamente le principali questioni che riguardano oggi la medicina quale corpo dottrinale e la sanità quale organizzazione finalizzata al trattamento delle malattie;
- Se intendiamo per “*regressività*” della medicina lo spiazzamento di certe teorie, nel nostro caso quelle che le si riferiscono, ad opera di altre teorie o ad opera di altri fattori, allora la maggior parte degli attuali problemi delle prassi medico-sanitarie, sono riconducibili ai suoi cambiamenti;
- Sta cambiando, cioè è sottoposta da tempo a profondi mutamenti sociali e economici, a forti sollecitazioni e a forti “*torsioni*” del suo significato e, per retroazione, ad altri condizionamenti che riguardano le prassi professionali e i loro conflitti interni;
- Quale modalità clinica è sempre meno assoluta, cioè sempre meno un principio imperativo o categorico e sempre più “*relativa a..., condizionata da..., limitata con..., inficiata attraverso...*”;
- È dentro una dolorosa contraddizione: da una parte si è espansa, includendo in sé una idea più complessa di salute, di persona, di cittadinanza, di bisogni sovra biologici e di bisogni biologici soddisfacibili in modo diversamente biologico, e dall’altra essa è sottoposta a forti limitazioni, sia di carattere culturale che economico;
- In ragione di tale contraddizione e di tali limitazioni essa, in quanto principio regolatore è diventata sempre più ipotetica e sempre più “*relativa a...*”, quindi non è più clinicamente autosufficiente. Per la prima volta essa non coincide più con il possibile scientificamente disponibile o, meglio, il possibile scientifico è condizionato da fattori extra clinici.
- Oggi la razionalità clinica che la sovrintende deve mediare con altre razionalità (statistiche procedurali, finanziarie, amministrative, tecniche, economiche, professionali, ecc.), nel senso che deve fare i conti con altri “*generi di necessità*”;
- Le epistemologie che la assumono come oggetto di conoscenza sono spesso in conflitto, anche se il principale conflitto è soprattutto tra la necessità vista dalla società civile – e quindi da ogni singolo malato – e la necessità vista dal sistema sanitario nel suo complesso;

- Venendo meno l'assoluta titolarità del medico a leggerla e a interpretarla, si è aperta di fatto la questione della sua redistribuzione o spartizione per titolarità differenziate, con ciò facendo venir meno la visione ontologica del malato quale "tutt'uno";
- Essa ha sempre svolto una funzione unitiva del malato; la sua ridiscussione di fatto moltiplica le ontologie fino a definire un malato per l'economista, per il clinico, per il manager, per il malato stesso, per questa o per quest'altra professione, ecc.;
- La frantumazione ontologica oggi implica molti problemi di efficacia, di costi, di qualità dei trattamenti, al punto da porre, quasi in modo paradossale, la questione della riunificazione della necessità, cioè del ritorno a un'idea di malato quale tutt'uno, o quanto meno di trovare soluzioni organizzative per integrare tra loro le tante concezioni di necessità in campo.

Ma a parte le frantumazioni ontologiche e la moltiplicazione delle titolarità a "gestire" la necessità, il problema più delicato resta quello della modifica delle prassi medico-sanitarie, perché tale modifica investe direttamente i diritti delle persone malate. Si tratta di un problema che in modo giustificato ha fatto sorgere una nuova questione, definita non a caso "professionale". Per "*questione professionale*" intendiamo tutti i problemi che a partire dai mutati assetti del principio di necessità in qualche modo delegittimano, ridimensionano, ridiscutono le facoltà professionali a partire dalle loro autonomie, e quindi le prassi come sono esercitate nella realtà e che circolarmente ricadono in ogni caso sul malato.

Posta la necessità del malato quale principio regolatore che da sempre regola le prassi medico-sanitarie, si può dire che i problemi che si rifanno alla questione professionale sono diversi:

- Cambiando il modo di essere della necessità cambia il modo di essere dell'operatore e di conseguenza cambia l'essere operatore;
- Se la necessità diventa un sistema eterogeneo di necessità sorge il problema della titolarità del giudizio su ciò che è necessario o non necessario; è dal grado di titolarità del giudizio sulla necessità che dipende il grado di autonomia o di dipendenza di una professione, i rapporti tra le professioni, le loro forme, e anche i conflitti tra di esse;
- Se la necessità quale presupposto del ragionamento clinico muta ontologicamente dovrebbero mutare, nel senso di adeguarsi, i ragionamenti teorico-pratici della medicina, ma in realtà ciò non avviene. La medicina a prassi invariante continua a riferirsi come se la premessa costituita dalla necessità del malato fosse a ontologia invariante, cioè continua a essere prevalentemente scienziata, finendo con il sentirsi perseguitata e oppressa dall'aziendalismo e dal suo smaccato economicismo, ma anche dal malato e

quindi dal contenzioso legale, trovando rifugio nella medicina difensiva, stravolgendo così radicalmente il concetto di necessità, cioè il proprio principio guida.

Se le prassi professionali sono sollecitate dal principio di necessità e se le prassi professionali mediano e interconnettono i mondi della medicina e quelli della sanità, allora significa che attraverso le prassi professionali il principio di necessità influenza tanto la medicina – cioè l'uso delle conoscenze – quanto la sanità – cioè le organizzazioni che ne permettono l'applicazione. Lo studio dei problemi della prassi medica diventa così una porta privilegiata di accesso allo studio dei problemi del sistema medico-sanitario nel suo complesso. Nello stesso tempo la prassi diventa il principale terreno su cui intervenire con dei cambiamenti riformatori per rispondere ai mutamenti che interessano il principio regolatore della necessità, dal momento che sarebbe poco realista pensare di ribaltarli.

Posta la necessità del malato quale principio regolatore che da sempre regola le prassi mediche-sanitarie è necessario al fine di adeguare le prassi ai nuovi profili della necessità riformare prima di tutto i soggetti professionali per riformarne le prassi. Il fine è di adeguarle al principio di necessità, perché il principio di necessità va comunque esplicitato al meglio e come meglio possibile. Questo cambiamento riguarda l'idea di prassi professionale e non può essere concepito come un banale aggiornamento, un riordino giuridico, una razionalizzazione, ma come un salto paradigmatico, perché i mutamenti che interessano la necessità costituiscono un salto paradigmatico.

Il salto paradigmatico è affidato all'idea di "autore". Si tratta di un'idea che consiste in realtà in un ribaltamento dell'attuale modo di definire il lavoro professionale.

Il ragionamento è il seguente:

- Partendo dal presupposto che la ridiscussione della necessità per le professioni comporta una crescita del grado di complessità da governare, una crescita delle abilità, non solo delle conoscenze, e una crescita dell'autonomia del giudizio e dell'esercizio delle prassi;
- Ammesso che se crescono i problemi relativi alla necessità non si può rispondere, come stanno rispondendo da anni le politiche sanitarie, con il riduzionismo professionale, con meno autonomia, con meno capacità, bloccando il lavoro e svalutandolo, ma si deve fare esattamente il contrario;
- Accettato quindi che la prassi professionale debba essere più professionale (non meno), e con ciò valere di più, perché oggi rispetto a ieri un medico o un infermiere devono rispondere alle necessità del malato, dell'azienda, dell'economia, della società.

Allora l'idea di "autore" è una idea che:

- Accresce le capacità e le abilità di chi lavora, e molto semplicemente si pone come una nuova transazione tra chi lavora, l'azienda e la società. L'azienda riconosce alla professione più autonomia, in cambio la professione si impegna a garantire più responsabilità, e tutto viene verificato sulla base di esiti e risultati. Auto-re, auto-nomia e re-sponsabilità;
- De-burocratizza il lavoro medico sanitario nel senso che l'atto professionale non dipende tanto dai compiti degli operatori, dai loro profili, cioè dalla descrizione burocratica del lavoro, ma da *come* gli operatori in certi contesti organizzati trasformano il giudizio di necessità in *prassi effettiva*, secondo il noto principio tomista: “*il modo di operare di ciascuna cosa segue il suo modo di essere*”;
- Deriva l'atto che consegue dal giudizio di necessità principalmente dall'agente che va formato per essere riformato;
- Cambia i rapporti tra conoscenze e prassi, nel senso di spostare sempre più la definizione di professione e di professionalità sulla capacità intellettuale del soggetto che opera – cioè dell'autore – oltretutto sulle sue conoscenze disponibili;
- Si definisce attraverso il grado di autonomia del giudizio dell'operatore, cioè il suo grado di intellettualità, per fare in modo che l'atto che consegue al giudizio di necessità sia definito attraverso le capacità del soggetto, che danno all'autore una lettura reale e realistica delle necessità.

È del tutto illusorio ritenere che basti riformare l'idea classica di “*compitiere*” in autore per risolvere i problemi che sorgono relativamente alla soddisfazione delle necessità del malato. Gli operatori operano dentro organizzazioni che ne condizionano pesantemente le prassi, al punto che si può dire che l'organizzazione del lavoro è parte integrante di una professione. L'esperienza ci dice che la forza dell'organizzazione dei servizi è tale da condizionare pesantemente le prassi professionali, anche a dispetto delle norme.

Per cui ribadito che la necessità del malato quale principio regolatore da sempre regola le prassi medico-sanitarie, e che l'idea di autore ha una funzione unitiva e ricompositiva del concetto di necessità è necessario che :

- L'autore, per essere tale, sia sostenuto da una nuova organizzazione del lavoro;
- Le organizzazioni che storicamente hanno frammentato la necessità in tante parti, suddividendola secondo i criteri della divisione tayloristica, siano ricomposte e riaggregate;
- Le organizzazioni, essendo l'autore un concetto connessionale di conoscenze capacità e abilità professionali, diventino a loro volta connessionali dando corso a una forma nuova di cooperazione tra professioni, basata sulle

relazioni interdisciplinari, sulla mobilità funzionale, sul lavoro di gruppo, sulla continuità ed evolutività delle cure e dei trattamenti.

Concludendo, oggi:

- Il cambiamento più importante nella nostra società riguarda la nozione di necessità di salute e di cura; questo mutamento non può che diventare il principale *explanandum* di un cambiamento riformatore;
- La tendenza in atto, ma solo per mancanza di un pensiero riformatore, spinge per soddisfare il meno possibile la necessità di cura dei malati, cioè ad adattare sempre di più il diritto alla salute ai limiti economici o a farlo dipendere – in barba ai diritti – dalle possibilità di reddito dei singoli;
- Ciò che è necessario e possibile in medicina è per tante ragioni negoziabile; se la necessità diventa una transazione sociale serve un pensiero che ridefinisca i termini dello scambio;
- La vecchia idea di necessità è politicamente ridiscussa da idee neoliberali che si scontrano con idee welfariste sulle priorità assistenziali, sull'universalismo selettivo; la tendenza è di ridurre il concetto di necessità al salva-vita, e alle grandi necessità, o di limitarlo agli indigenti, cioè ai più bisognosi. Serve un pensiero riformatore che difenda l'integrità dell'idea di necessità facendo leva su altri fattori.

Questo saggio ha preso le mosse da una postulato morale e costituzionale: che se ognuno di noi avesse necessità di cure è giusto – cioè ha diritto – secondo l'articolo 32 della Costituzione, di essere curato al meglio. In altre parole, ha diritto che le sue necessità siano soddisfatte secondo ciò che è razionale e ciò che è ragionevole. Se così non fosse saremmo vittime prima, che delle nostre malattie, del nostro cinismo e della nostra disumanità. Oggi per soddisfare le necessità di chi sta male c'è bisogno di un impegno riformatore che ancora non c'è, e al quale tutti noi – per evidenti doveri di solidarietà – siamo chiamati a contribuire. L'art. 2 della Costituzione “*garantisce i diritti inviolabili dell'uomo*”, come quello della salute, ma “*chiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica economica, sociale*”. La solidarietà è quindi il postulato che sta alla base di questo saggio. Questo saggio vuole esprimere un dovere di solidarietà nei confronti di chi è malato attraverso una proposta riformatrice. L'attuale medicina scientifica, nei suoi fondamenti, è ancora quella sorta sotto l'egida dei principi del positivismo di fine '800 e con sullo sfondo una rivoluzione sociale ed economica. Questa medicina più di un secolo fa tentava di rispondere “*scientificamente*” a una idea nuova di necessità. Oggi i principi del positivismo, nell'ambito soprattutto della filosofia della scienza, sono stati ampiamente ridiscussi, emendati, fatti evolvere verso più avanzate gnoseologie ed epistemologie, con un sfondo che, *mutatis mutandis*, ripropone oggi – come alla fine dell'800 – molte rivoluzioni, cioè molte discontinuità: per questo è cambiata la

nozione di necessità. La medicina, nonostante i suoi prodigiosi progressi scientifici, è rimasta epistemicamente indietro. A noi tocca per solidarietà ridefinire una medicina epistemicamente adeguata. Si tratta di un'impresa intellettuale non semplice ma necessaria e che, a mio modesto parere, rappresenta una delle più formidabili imprese intellettuali a cui dedicarsi. Resta la domanda più importante di tutte: se oggi, come in tutta la storia della medicina, aiutare chi è malato valga o no un pensiero riformatore quale atto di solidarietà.

La formatività antropologica della «care» Salute e cura del desiderio

Guido Cusinato

1. Formatività della care e autotrascendimento

Attualmente in ambito anglosassone si insiste molto sulla differenza fra «*cure*» e «*care*»: la prima è una cura riparativa e medicalizzante, la seconda è invece una cura che non si rivolge a una patologia o a una mancanza, ma che agisce nel senso di promuovere lo sviluppo e la fioritura di una persona.¹ In questo contributo mi propongo di radicalizzare il concetto di «*care*» nel senso di una «formatività antropologica» che passa attraverso una maturazione della sfera affettiva e un atto di autotrascendimento dal proprio orizzonte autoreferenziale. Riconoscere la formatività antropologica della *care* significa riconoscere che l'umano è il risultato della *care*. E questo non nel senso che l'umano progetta autoreferenzialmente se stesso, prendendosi cura delle proprie potenzialità più proprie, quanto che l'umano può prendersi cura di se stesso solo perché, precedentemente, qualcun altro (la madre o un'altra figura genitoriale) si è già preso cura di lui e ha testimoniato che è possibile trascendere il proprio orizzonte solipsistico per aprirsi all'alterità. Tale atto di trascendimento è tuttavia possibile solo come conseguenza di una cura contagiata dal desiderio dell'alterità, cioè di una *care* che diventa «cura del desiderio». È il desiderio infatti che infrange le infatuazioni egocentriche e mette a nudo la non autosufficienza del soggetto, facendogli dolorosamente sentire la mancanza dell'alterità.

Nel concetto di «cura del desiderio» non è implicito un “raddrizzamento” del desiderio, bensì un coltivare, ascoltare, fare spazio, prestare attenzione, esercitare il desiderio. La cura del desiderio non consiste nel medicalizzare il desiderio, imponendogli moralisticamente una direzione, ma nel permettergli di svilupparsi oltre il confine autoreferenziale in modo che sia lui a indicare una direzione di senso all'esistenza. Un individuo e una società hanno bisogno di un'identità, cioè di una forma, ma senza la spinta all'autotrascendimento del desiderio finirebbero per collassare sotto il peso della propria prospettiva autoreferenziale: si ammalerebbero, rinchiudendosi in una sfera d'intrascendenza. Il desiderio, mettendo a nudo il bisogno dell'alterità, rende possibile l'atto di autotrascendimento – cioè la presa di

¹ Cfr. L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, Bruno Mondadori, Milano 2006, 46.

distanza critica dall'infatuazione verso il proprio sé o, nel caso di una società, dalle ideologie della purezza identitaria – e questo a sua volta rende possibile la formazione (*Bildung*) ex-centrica oltre il proprio orizzonte autoreferenziale.

La cura del desiderio non solo rende trascendibile tale orizzonte, ma svolge una funzione antropogenetica in quanto il prendere forma oltre il proprio orizzonte autoreferenziale significa dar vita a un nuovo sé. La madre che testimonia al proprio figlio la possibilità di desiderare, andando oltre il proprio punto di vista solipsistico e autoreferenziale, si prende cura non solo dei bisogni fisiologici del bambino, ma soprattutto della sua affettività e lo fa nascere una seconda volta. Nell'esperire l'atto di autotrascendimento che il genitore compie nei confronti del proprio egocentrismo, atto implicito in ogni autentica cura del desiderio, il bambino trova la forza per investire nell'alterità e dar forma a un nuovo sé, oltre se stesso.

La *care* come «cura del desiderio» nutre la fame di nascere e permette una nuova nascita. In tal modo dà forma all'umano non in senso metaforico, ma antropogenetico: l'umano non nasce una volta per tutte come sostanza predeterminata, bensì come processo formativo caratterizzato da una nascita ininterrotta. In tal modo *care* e formatività diventano termini correlati: se la formazione (*Bildung*) è il risultato della *care*, è anche vero che la formazione diventa il fine della *care*.

2. Il problema della salute fra cure e care

Il problema della salute è presente non solo dal punto di vista della *cure*, ma anche della *care*. Considerare la salute solo dal punto di vista della *cure* apre la strada a quella che Ivan Illich denunciava come una eccessiva medicalizzazione del reale.² La formatività della *care* offre un concetto di salute alternativo alla medicalizzazione della *cure*. Questo non significa che la *care* sia immune da processi degenerativi: così come la *cure* può degenerare in una farmacologizzazione del reale, la formatività della *care* può degenerare nell'allevamento umano. Ambedue i processi degenerativi trovano il proprio terreno di coltura nelle moderne tecniche di allevamento di tipo intensivo. Sono esse che poi assurgono a paradigma da applicare all'umano stesso, nel senso di una «*Domestikation*» o di un vero e proprio «allevamento» (*Züchtung*) dell'umano, come aveva già profetizzato Nietzsche.³ Le moderne tecniche di allevamento industriali sono la sperimentazione di una *care* rovesciata, nel senso di una vera e propria «*incuria suò*» che disumanizza l'umano stesso e ne disfa concretamente il tessuto del processo formativo.

Care e *cure* non procedono separate, ma interferiscono fra di loro: una *cure* sensibile alla *care* è una cura medica che rispetta il malato come persona, mentre una *care* ridotta ad allevamento non potrebbe funzionare senza la farmacologizzazione del reale. La *care* come allevamento intensivo dell'animale è ormai applicata su scala

² I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Bruno Mondadori, Milano 2004.

³ Per un approfondimento su questo punto rinvio a G. Cusinato, *La Totalità incompiuta*, FrancoAngeli, Milano 2008, 25.

industriale, ma presuppone l'uso di una *cure* basata su di una assolutizzazione acritica e raccapricciante del concetto di “salute”, come quello imposto a un vitello che sopravvive – immobilizzato in uno spazio ristretto e senza mai vedere la luce del sole – solo grazie a un uso massiccio di antibiotici e altri farmaci. La “salute” farmacologica di questo vitello, alla base dell'allevamento intensivo, è ben diversa dalla salute raggiunta da un vitello libero di pascolare in un prato di montagna. Che cosa c'è alla base delle moderne tecniche industriali di allevamento intensivo? Essenzialmente l'idea che l'animale sia privo di un qualsiasi valore autonomo, e che quindi sia a completa disposizione del processo produttivo. In questa ottica in certe aziende gli animali scartati dal ciclo produttivo (ad es. i pulcini che non possono diventare galline ovaie) vengono eliminati con le stesse procedure con cui si elimina un mero materiale inorganico.

La pratica di tali tecniche documentano che nell'umano è ancora molto diffusa l'assenza di un senso di profondo rispetto (*Ehrfurcht*) nei confronti della vita, sentimento che ad es. il medico Albert Schweitzer visse come un'esperienza sconvolgente durante il suo soggiorno in Africa.⁴ Attraverso l'acquisizione di un sentimento di *Ehrfurcht*, la formatività della «cura del desiderio» diventa «cura del mondo» e permette di far breccia su di un concetto di “salute” alternativo a quello della farmacologizzazione del reale.

3. Salute e filosofia come care

La formatività della *care* permette di gettare una nuova luce non solo sul dibattito relativo alla *epimeleia heautou*, che si è sviluppato da Platone fino ai giorni nostri ad es. con Pierre Hadot, Foucault e Sloterdijk, ma anche su quello relativo all'antropologia filosofica della *Bildung*, apertosi in Germania all'inizio del Novecento.

Platone, il primo a sviluppare in senso filosofico il concetto di *epimeleia heautou* (*Alcibiade I*, 120c), parlava di una cura del corpo e di una cura dell'anima:

Il procedimento della medicina e della retorica è più o meno lo stesso. [...] In entrambi bisogna distinguere una natura, in un caso quella del corpo, nell'altro quella dell'anima, [...] e procurare salute e vigore al corpo mediante la somministrazione di farmaci e alimenti adeguati, e mediante buoni argomenti e atti esemplari dare all'anima la persuasione e le virtù desiderate (*Fedro*, 270b-e)

Implicitamente l'idea è che accanto alle malattie del corpo esistano anche dei “disturbi dell'anima”: non tanto ciò che oggi intendiamo con malattie psichiche, quanto “disturbi formativi”, legati cioè a uno sviluppo e a una crescita insufficiente e

⁴ «La sera del terzo giorno, al tramonto, ci trovammo nei pressi del villaggio di Igendja, e dovevamo costeggiare un isolotto, in quel tratto di fiume largo oltre un chilometro. Sopra un banco di sabbia, alla nostra sinistra, quattro ippopotami con i loro piccoli si muovevano nella nostra stessa direzione. In quel momento, nonostante la grande stanchezza e lo scoraggiamento, mi venne in mente improvvisamente l'espressione “rispetto per la vita” [*Ehrfurcht vor dem Leben*], che, per quanto io sappia, non avevo mai sentito né letto» (A. Schweitzer, *L'origine dell'idea del rispetto per la vita ed il suo significato per la nostra cultura*, Torino 1994, 15).

non armoniosa delle varie parti dell'anima.⁵ Non quindi il tema della cura farmacologica nei confronti di una "malattia", ma quello della "coltivazione" volta a promuovere lo sviluppo e la fioritura dell'anima intera, cura da ottenere con nutrimento ed esercizi adatti: «mediante buoni argomenti e atti esemplari», analogamente a come fa un buon atleta per sviluppare la propria muscolatura. In questo modo Platone pone la questione della *epimeleia heautou* sul piano della *paideia* – di una cura che è coltivazione e formazione, cioè sviluppo, crescita e fioritura – e non su quello della cura medicalizzata di una patologia. Dal che ne deriva un concetto di salute più ampio di quello fisiologico: un concetto di salute inteso non in senso omeostatico e privativo (come mancanza di malattia), ma generativo e formativo. Questo concetto di salute ha a che fare con il processo che rende possibile all'umano di essere erotico *non* nel senso contemplativo di limitarsi a desiderare il bello, ma in quello antropogenetico di «generare e partorire nel bello» (*Simposio*, 206e).

4. Care materna e plasticità antropologica

L'antropologia filosofica del Novecento ha descritto l'umano come un vivente ex-centrico, il cui comportamento non può essere prestabilito in anticipo dalla logica dell'istinto e della struttura pulsionale. Quando il neonato viene al mondo si rivela un vivente incapace per lungo tempo di sopravvivere da solo. Il paradosso che definisce l'umano è che quando nasce in realtà non ha ancora finito di nascere, ma si trova solo all'inizio di una nascita ininterrotta. E questo perché l'umano non possiede alla nascita una essenza prestabilita: non avendo un *Bild* definito è costretto a una *Bildung* infinita attraverso trasformazione (*Umbildung*). La plasticità umana significa che lo sviluppo della sua esistenza non è predeterminato entro i rigidi binari della chiusura ambientale (*Umweltgeschlossenheit*), come invece avviene per le altre forme viventi: l'umano è ex-centrico rispetto alle logiche della chiusura ambientale, ma questa ex-centricità non è conquistata una volta per sempre, ma va ricreata in un continuo uscire dalla chiusura ambientale per prendere forma nell'aprirsi al mondo. In tal modo l'umano è caratterizzato nel senso di una nascita ininterrotta.

È rispetto alla fecondità di tale plasticità formativa che è possibile ripensare un concetto più ampio di salute: una salute che non si riferisce solo alla malattia, ma anche in termini di ben-essere e mal-essere, cioè come capacità o meno di mantenere aperta la propria nascita ininterrotta e di continuare a fiorire.

5. Carenza organica e plasticità formativa

È abbastanza sorprendente come finora si siano spesso confuse fra loro due direzioni opposte dell'antropologia filosofica del Novecento in riferimento al modo

⁵ «La cura per ogni uomo è una sola: dare a ciascuna parte dell'anima i nutrimenti e i movimenti che a loro convengono» (*Timeo*, 90c).

d'interpretare i risultati degli studi di Louis Bolk sull'ominazione. Mentre Arnold Gehlen, Helmuth Plessner, Adolf Portmann e Clifford Geertz considerano l'ominazione la conseguenza di un ritardo dello sviluppo organico, tipica di un essere originariamente carente (*Mängelwesen*), Paul Alsberg, Max Scheler e, più recentemente, Edgard Morin trattano al contrario la carenza organica non come la causa, bensì come una conseguenza del processo d'ominazione. Secondo Alsberg l'uomo non è il risultato fortunato di un ritardo organico, in quanto la carenza organica e la mancanza di difese sono piuttosto le conseguenze e non le cause dell'essere umano. Alsberg stesso esemplifica la questione con un semplice dilemma: l'umano ha perso il manto peloso perché ha iniziato a vestirsi con le pelli degli animali che cacciava, oppure è l'animale malato, che trovandosi sprovvisto di manto peloso, a causa di una carenza organica, è diventato improvvisamente intelligente e ha cominciato a cacciare e a fabbricarsi i vestiti?

Nel processo d'ominazione un ruolo determinante è stato sicuramente svolto dal fenomeno della *neotenia* o «infanzia cronica». L'umano è sicuramente il risultato di un “parto prematuro” che porta alla luce un feto bisognoso di un ulteriore sviluppo embrionale extrauterino, e pertanto di un'incubatrice “culturale” (la società), in cui l'umano rimane immerso fino alla morte. In un certo senso quella che era una situazione di svantaggio, la nascita prematura, si è trasformata in un vantaggio, costringendo l'uomo a inaugurare la vita sociale e culturale. Ma in che rapporto si pone la neotenia con il processo di ominazione?

Ebbene, i recenti studi sulla donna nel Pleistocene mettono in evidenza che la conquista della posizione eretta comportò non solo la possibilità di utilizzare in modo più creativo le mani (attività che favorì il progressivo aumento del volume cerebrale), ma anche il restringimento del canale del parto nella donna (in seguito alla rotazione della posizione dell'anca). Questo significa che a un certo punto del processo d'ominazione, il cranio sempre più voluminoso del feto ha cominciato ad avere difficoltà a passare attraverso l'apertura pelvica, rendendo il parto sempre più pericoloso sia per la madre che per il bambino. Fra i feti dotati di un cranio molto grande, si sono trovati avvantaggiati solo quelli che nascevano prematuramente, e quindi con una struttura cranica più piccola e dove erano ancora presenti vaste “zone molli” (fenomeno oggi indicato con il nome di “fontanella”): questa caratteristica, se permetteva la riuscita del parto (consentendo al cranio di adattarsi alle dimensioni del canale del parto), obbligava però a rinviare a dopo il parto lo sviluppo della maggior parte del cervello. Negli anni Sessanta l'antropologo Desmond Morris osservava che mentre alla nascita il cervello della scimmia ha già raggiunto il 70% delle sue dimensioni definitive, quello dell'uomo arriva solo al 23%.⁶ Questo spiegherebbe perché la chiusura della sutura nell'umano avviene molto più lentamente rispetto alle grandi scimmie.

Ne deriva che la *neotenia* non risulta un difetto organico casuale che, a seguito di una serie di coincidenze fortunate, ha portato a un aumento delle dimensioni della

⁶ Cfr. D. Morris, *La scimmia nuda. Studio zoologico sull'animale uomo*, Mondadori, Milano 1967.

scatola cranica, ma al contrario rappresenta una soluzione evolutiva brillante al problema del parto di un ominide con una scatola cranica già eccezionalmente sviluppata, soluzione che a sua volta ha impresso una straordinaria accelerazione dello sviluppo delle funzioni culturali e sociali.

In che rapporto si pone allora la *care* con la vulnerabilità ontologica che caratterizza l'umano? Quello che nell'attuale dibattito sulla cura viene dato per scontato è che la vulnerabilità umana sia il punto di partenza e la cura il suo rimedio. In un recente lavoro, Joan Tronto afferma che la «cura è per la sua stessa natura una sfida all'idea che gli individui siano interamente autonomi e autosufficienti. Trovarsi nella situazione di avere bisogno di cura significa essere in una posizione di vulnerabilità».⁷ È tuttavia fuorviante pensare che l'umano si dedica alla cura solo per compensare una propria condizione di costitutiva “vulnerabilità ontologica”, come se questa fosse una malattia. Se infatti la vulnerabilità fosse una patologia, allora ciò che cura questa malattia non sarebbe una *care*, ma una *cure*, e si ricadrebbe in una concezione medicalizzante della *care*.

6. La natura centrica (autoreferenziale) ed ex-centrica (antropogenetica) delle emozioni

Uscire al di fuori dell'ipotesi dell'uomo come animale originariamente carente permette di concepire la stessa plasticità formativa, che si traduce nella nascita ininterrotta, nel senso della *care* e non della *cure* compensativa o riparativa. Come si configura la salute che corrisponde a questa *care*? Dal punto di vista della *care*, la salute riguarda la qualità del processo di maturazione della sfera affettiva di un individuo. Il che implica una fenomenologia della sfera affettiva. Innanzitutto si tratta di capire se tutte le emozioni abbiano la stessa natura e seguano la stessa logica, oppure se è opportuno distinguere diverse classi di emozioni. Un buon punto di partenza sono gli studi di Paul Ekman che nel 1972 ha individuato una lista di *six basic emotions*.⁸ Nel 1992, Michael Lewis, partendo dall'analisi della vergogna, ha distinto un gruppo di emozioni primarie, che non necessitano di processi di coscienza di sé («*non-self-conscious-emotions*»), e un gruppo di emozioni secondarie, come la vergogna o il senso di colpa, che implicano invece una forma di coscienza di sé («*self-conscious-emotions*»)⁹.

L'ipotesi che seguo è che il criterio per distinguere le emozioni non sia quello proposto da Michael Lewis dell'auto-coscienza, ma quello del superamento della logica autoreferenziale che caratterizza il sé egocentrico. La funzione delle emozioni cambia a seconda che seguano la logica dell'interazione ambientale e sociale (centrica) o quella antropogenetica della nascita ininterrotta (ex-centrica). Nel primo caso paura, disgusto e piacere diventano le direttive di fondo che orientano il corpovivo (*Leib*): senza queste forme d'orientamento emozionale tutte le possibilità di

⁷ J. TRONTO, *Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura* (1994), Diabasis, Reggio Emilia 2006, 134.

⁸ Cfr. P. Ekman, *Universals and Cultural Differences in Facial Expressions of Emotion*, in: J. Cole (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation*, vol. 19, University of Nebraska Press, Lincoln 1972, 207-282.

⁹ M. Lewis, *Shame. The Exposed Self*, Free Press, New York 1992.

movimento sarebbero percepite dal corpo-vivo come prive di significato perché indifferenti. A questo livello, l'emozione ha prevalentemente una funzione di reazione di risposta (*Antwortsreaktion*) che mira a regolare l'interazione ambientale. È in questa prospettiva che ad es. Damasio interpreta la natura delle emozioni in senso omeostatico.¹⁰ Anche a livello sociale la vergogna, l'orgoglio, il risentimento e l'invidia seguono una «logica centrica» e autopoietica che punta a rafforzare il sé e a orientare la dinamica del riconoscimento sociale.

La natura dell'emozione muta profondamente se ci si riferisce al sé personale. L'emozione ex-centrica non si esaurisce in un processo mentale o psichico tutto interno al cervello, non si limita neppure a determinare una variazione degli stati della coscienza interna, bensì svela una funzione antropogenetica in quanto inaugura un processo creativo che modifica il concreto modo di posizionarsi di un individuo nel mondo, nel senso che contribuisce alla nascita ininterrotta di questo individuo aggiungendo un nuovo tassello alla fisionomia del suo processo formativo. Questo processo non determina solo una trasformazione nel modo di pensare, ma si può materializzare in un'azione creativa volta a una trasformazione reale del mondo. Proprio per questo l'emozione ex-centrica, pur essendo qualcosa di altamente instabile, va nettamente distinta dalla mera eccitabilità o da quello che viene generalmente inteso con una “emozione forte”. Per il centro personale le emozioni sono importanti non nella misura in cui stordiscono, ma nella misura in cui avviano un processo di trasformazione reale del proprio esposizionamento nel mondo. Il senso e il valore dell'esistenza non si costituisce infatti di fronte all'eccitazione derivante da una emozione-shock, ma solo grazie alla metabolizzazione creativa di un'emozione. È nel processo di metabolizzazione creativa di un'emozione che io “umanizzo” quell'emozione, la singolarizzo, cioè la trasformo nel “mio” sentimento personale, portandola ben oltre gli schemi espressivi individuati da Ekman.

La salute antropogenetica presuppone un'emozione capace di funzionare come laboratorio della mia formazione (*Bildung*), laboratorio che di fronte a una nuova esperienza significativa è capace di metabolizzare un nuovo percorso espressivo. In tal modo la metabolizzazione delle emozioni diventa il punto di partenza del mio processo d'individuazione. Amare e odio, beatitudine e disperazione, pentimento e pudore non sono indicatori atti a regolare l'interazione con l'ambiente o la lotta per il riconoscimento sociale, ma servono a orientare il processo della plasticità formativa, servono cioè a indicare il percorso verso quella che è la salute del proprio ordine del sentire.

7. Ripensare le emozioni dal punto di vista antropogenetico

Una tale rivalutazione delle emozioni non implica affatto un ritorno allo psicologismo già criticato da Husserl, ma implica al contrario una concezione non psicologista delle emozioni. Ciò che va criticata è semmai la psicologizzazione

¹⁰ Cfr. A. Damasio, *Emozioni e coscienza*, Adelphi, Milano 2000.

delle emozioni – l'idea che esse rimangano confinate nello psichico, inteso come un'attività o uno stato della coscienza – e non le emozioni in sé.

Fuorviante è anche la soggettivizzazione delle emozioni, cioè il concepirle come un attributo secondario della mia individualità, riconducendole a una coloritura evanescente della mia soggettività, come se fossero relegate in una dimensione interiore e privata. Il processo di formazione antropogenetica, con cui una persona traccia un percorso espressivo grazie alla metabolizzazione delle emozioni, si pone ben oltre il piano soggettivo: per essere soggettivi basta provare emozioni particolarmente intense o vivere fatti particolarmente eclatanti, per essere creativi il vissuto deve concretizzarsi in un percorso espressivo riuscito. Ciò che differenzia l'*espressività creativa* dalla mera *estroflessione soggettiva* di un vissuto arbitrario è la capacità di prendersi cura del mondo e di promuovere o inaugurare qualcosa di reale, là fuori nel mondo: finché si tratta di mere sensazioni soggettive o di una coltivazione estetizzante del proprio sentire privato si rimane su di un piano meramente psicologico e soggettivo, ma quando questo processo si concretizza nella cura del desiderio come *care* – cioè nella cura verso i legami affettivi, verso i beni pubblici della propria comunità sociale o anche verso l'inaugurazione di un nuovo legame affettivo, un nuovo inizio esistenziale o verso la creazione di un'opera – allora non si tratta più di un semplice fenomeno psicologico, ma di un fatto reale, reso antropogeneticamente possibile dalla plasticità umana.

8. *Amare e meraviglia come nucleo dei sentimenti germinativi privi d'invidia (aphthonos)*

Le emozioni hanno una funzione antropogenetica in quanto l'ordine del sentire, cioè il *principium individuationis* della persona, è il risultato di un processo di maturazione armonico di tutta la sfera affettiva di un individuo. È tuttavia ipotizzabile l'esistenza di un nucleo particolare, costituito da emozioni ex-centriche in grado di metabolizzare sentimenti che svolgono un ruolo decisivo nella fioritura della persona. Chiamo questi sentimenti, determinanti per lo sviluppo del processo formativo della persona, «sentimenti germinativi». La caratteristica che permette di individuare questi sentimenti è la stessa che Platone attribuiva al divino: la mancanza d'invidia. I sentimenti «privi d'invidia» (*aphthonos*) che promuovono la fioritura della persona vengono a convergere con quelli che Milton Mayeroff considerava i sentimenti alla base della «*care*»: pazienza, come capacità di dedicare tempo all'altro e di porsi in ascolto dell'altro, onestà, fiducia, umiltà, speranza, coraggio, a cui si possono aggiungere per lo meno la meraviglia, la fratellanza e la compassione.¹¹

Ma al centro di essi c'è sicuramente l'amare. Per una fenomenologia dell'amare è essenziale distinguere preliminarmente tutte le forme d'infatuazione, attaccamento, simbiosi e narcisismo dall'amare inteso invece come forza propulsiva dell'atto di autotrascendimento. L'amare concepito in quest'ultimo senso rappresenta, assieme al *pathos* della meraviglia, il polo delle energie germinative «prive d'invidia» (*aphthonos*)

¹¹ M. MAYEROFF, *On Caring* (1971), Harper Perennial, New York 1990.

contrapposto al polo delle energie psichiche autopoietiche, orientate dalla logica dell'invidia (*phthonos*). È attraverso la dinamica fra questi due poli (dinamica che assume in ogni individuo una forma unica e irripetibile) che si origina la singolarità. Amare e meraviglia sono strettamente connessi. Per meravigliarmi devo imparare a vivermi come una sorpresa, e per vivermi come una sorpresa devo prendere le distanze dall'immagine abitudinaria del mio sé, cioè autotrascendermi. La meraviglia non nasce di fronte alla fattualità, ma di fronte alla possibilità di una nuova prospettiva. Qualcosa di simile accade nell'amare. Non è che l'amare idealizzi una dimensione "spirituale incorporea" contrapposta alla quotidianità, piuttosto scopre una dimensione quotidiana dell'amata che altrimenti rimarrebbe invisibile. Tutti sono in grado di ammirare una bellezza già oggettivata e riconosciuta. L'amante si addentra invece nel suo lato nascosto, esplora il suo sorprendente modo di esistere, vede qualcosa che gli altri non vedono e che rende unico il rapporto con l'amata. Nell'amare non mi limito a riconoscere qualcosa che è dato nella prospettiva usuale, ma scopro il non ancora dato: non glorifico il suo modo di essere fattuale, ma piuttosto partecipo al suo incremento valoriale. L'amante che offre uno spazio ulteriore di crescita, fa scintillare nella persona amata un ordine valoriale più alto. Ed è solo nello spazio di accoglienza dell'amare, che prende forma quella trasformazione che la persona amata da sola non riesce altrimenti a compiere e a volte neppure a presagire.

9. Salute come "salvezza"

Per molti aspetti la filosofia come *epimeleia heautou* nasce per contrastare la tendenza, insita nell'umano, a non curare a sufficienza il nucleo dei sentimenti germinativi da cui dipende la prosecuzione della nascita ininterrotta. L'incuria di questo processo di maturazione affettiva comporta l'incapacità di trascendere il senso comune predominante, con l'inevitabile appiattimento sui modelli sociali di comportamento conformistici. Seguendo questa deriva si verificherà una completa dissipazione della singolarità nel suo ambiente, consegnando le redini dell'esistenza al soggetto che si erige nel riconoscimento sociale. Tuttavia se oriento la mia vita in base alla logica del riconoscimento, finisco con il vivere attraverso gli occhi della gente che mi circonda: giudico un'azione, assaporo la vita, compro un prodotto, esprimo una preferenza politica, sento un profumo dal punto di vista del sentire e del senso comune. Ciò in senso radicale: non nascondo la mia vera identità sotto una maschera, piuttosto divento quella maschera stessa, cioè quello che gli altri vedono di me e sostengo un ordinamento esistenziale solo formalmente "mio", ma che in realtà è deciso da qualcun altro per me. Una forma di non-esistenza che nulla ha da invidiare a quella letargica denunciata da Socrate. Il pericolo è quello di arrivare alla fine dei propri giorni accorgendosi improvvisamente che ad aver vissuto non sono stato io, bensì solo l'opinione che gli altri avevano di me. Con la tragica sensazione di essere stati espropriati della propria vita.

È in riferimento a tale danno che il concetto di salute viene a convergere con quello di salvezza in quanto “salva” la nostra esistenza dalla dannazione implicita in quella situazione che già Socrate paragonava al vivere dormendo, propria di una situazione letargica: salva nel senso di permettere l’uscita dalla caverna, cioè il passaggio dalla chiusura ambientale all’apertura al mondo. Nella lingua tedesca è ancora rintracciabile il legame fra questo processo di guarigione e una salvezza intesa come sacro: il sacro infatti è «*das Heilige*», dal verbo «*heilen*», sanare, guarire.¹²

Si tratta tuttavia di una salvezza immanente alla *Weltoffenheit*, che non implica cioè uno spostamento sul piano dell’ultraterreno: è trascendenza dalla dannazione esistenziale implicita nella caverna, nella chiusura ambientale e nell’infatuazione egocentrica, ma per meglio esporsi all’immanenza della *Weltoffenheit*. Non è trascendenza del piano empirico, ma al contrario dilatazione infinita dell’orizzonte empirico: trascendenza di un certo livello autoreferenziale della chiusura ambientale per aprirsi all’orizzonte empirico più ampio della cura del mondo, l’unico che permette di prolungare la nascita ininterrotta.

10. La coltivazione delle emozioni e l’anima bella di Hegel

Il perno di questo contributo è rappresentato dall’idea che il concetto di salute vada ampliato fino a includere un processo di coltivazione delle emozioni che, grazie a una epochè dell’egocentrismo e dell’invidia, possa sfociare nella cura del mondo, e che, al contrario, un’eccessiva infatuazione verso se stessi, o verso l’identità gregaria del proprio gruppo, rappresenti un fattore di malessere e di sofferenza, sempre sul punto di sfociare in un processo di incuria del mondo. In questa prospettiva la salute non è il risultato della guarigione farmacologica da una patologia, ma casomai la salvezza da una deriva che finisce con il creare il proprio inferno già qui su questa terra. Il problema è che il concetto di coltivazione delle emozioni, come quello di *cura sui*, è stato per lungo tempo interpretato riduttivisticamente in senso psicologico e solipsistico. L’introduzione di una epochè dell’egocentrismo – capace di fare riferimento alla coltivazione di sentimenti germinativi privi d’invidia (*aphthonos*) – permette di evitare tale ripiegamento intimistico e irrazionalistico. Ciò che orienta il processo d’individuazione della persona non è infatti l’esaltazione acritica del sentire immediato ma, al contrario, un processo di formazione e maturazione del sentire: se ci fosse esaltazione del sentire immediato ogni processo di formazione e di maturazione del sentire diventerebbe infatti del tutto superfluo. Nelle diverse forme di apologia del sentire ci si dimentica che già il sentire immediato è attraversato da fenomeni di illusione e di autoinganno. Il più dannoso di tutti i fenomeni di autoillusione è quello riconducibile all’infatuazione egocentrica: quell’eccessivo amore di se stessi che già Platone nelle *Leggi* aveva individuato come il peggiore di tutti i mali. Per questo anche l’amare va coltivato, facendolo passare

¹² Cfr. G. Cusinato, *Scheler. Il Dio in divenire*, collana «Tracce del sacro» diretta da G. Penzo, EMP, Padova 2002.

attraverso un vero e proprio esercizio di autotrascendimento e di presa di distanza critica dal proprio sé autoreferenziale: l'amare vero trasforma solo nella misura in cui libera l'individuo dalle infatuazioni dannose verso il proprio sé autoreferenziale; invece l'amare distruttivo e invidioso è quello che divora e assorbe l'alterità, e riduce il mondo intero al sole nero del proprio egocentrismo. Attraverso l'esperienza dell'epochè dell'egocentrismo e dell'invidia, che implica necessariamente la *phronesis* e il piano riflessivo, l'amare conosce un processo di maturazione che lo porta a trasformarsi da emozione impulsiva e autoreferenziale in virtù: diventa l'amare che si prende cura della fioritura dell'amato e che si dedica alla cura del mondo. Per questo l'amare che ha compiuto l'esperienza dell'epochè dell'egocentrismo e dell'invidia diventa la chiave di accesso tanto alla realtà della *Weltoffenheit*, quanto alla nascita del sé personale.

L'epochè dell'egocentrismo, dell'invidia e del risentimento rappresenta un passaggio obbligatorio per raggiungere la salute nel senso della *care*. Senza questo passaggio la coltivazione delle emozioni ripiegherebbe in una *cura sui* intimistica e soggettiva, sfociando in uno spettacolo nichilista, come potrebbe essere il culto di un *fitness* autoreferenziale rivolto alle proprie adiposità esistenziali. Invece, grazie a questa epochè, la coltivazione delle emozioni trascende proprio la *cura sui* intimistica ed estetizzante dell'ego e diventa cura del desiderio, cioè cura del mondo.

In altri termini la trasformazione individuale e quella sociale sono fra loro strettamente connesse, come del resto già Socrate faceva notare a un Alcibiade che desiderava porsi al governo di Atene senza prima aver imparato a governare se stesso. Pensare invece che la democrazia non implichi il problema della coltivazione delle emozioni è un'idea non solo sbagliata, ma pericolosa: senza una coltivazione delle emozioni che motivi una cura delle giovani generazioni, degli anziani, dei malati e degli emarginati non potrebbe infatti esistere una società democratica. La società è generata dalla cura. Riproporre l'idea che la coltivazione delle emozioni sia sempre e in ogni caso solo una questione elitaria per spiriti piccolo-borghesi che si dedicano al raffinamento del proprio sentire privato, secondo il famoso modello dell'«anima bella» di Hegel, significa non fare i conti con la realtà sociale come risultato della cura e rimanere ancorati a un'idea falsata del funzionamento del «cervello politico». Lo psicologo e politologo americano Drew Westen ha recentemente affermato che

l'idea di mente prediletta da filosofi e studiosi di scienze cognitive, da economisti ed esperti di politica dal XVIII secolo in poi – una mente “spassionata” che prende decisioni soppesando gli elementi a disposizione e ragionando fino a raggiungere le conclusioni più valide – non ha alcun rapporto con il funzionamento reale della mente e del cervello. Quando gli strateghi delle campagne politiche si basano su questa concezione della mente, di solito i loro candidati vengono sconfitti.¹³

¹³ D. Westen, *La mente politica. Il ruolo delle emozioni nel destino di una nazione*, Saggiatore, Milano 2008 (or. 2007), 9.

La differenza fra le società totalitarie e quelle caratterizzate da una democrazia matura consiste nel fatto che mentre nelle prime prevale la demagogia del leader carismatico, che per creare consenso specula sul risentimento, la paura e l'insicurezza del gruppo, nelle seconde viene lasciato spazio alla testimonianza di come sia possibile compiere un atto collettivo di presa di distanza critica nei confronti del sentire immediato del proprio gruppo sociale permettendo in tal modo una metabolizzazione riflessiva e non ideologica di queste paure e risentimenti. Questo significa riconoscere che un atto di autotrascendimento nei confronti dei propri confini può essere compiuto non solo a livello della coltivazione delle emozioni del singolo, ma anche a livello di unità sociale, e che ad esso può corrispondere la maturazione di un nuovo «sentire comune» in grado di andare oltre le reazioni impulsive che l'identità gregaria del gruppo prova nei confronti del risentimento, dell'invidia e della paura verso il diverso.

11. *Coltivazione delle emozioni e Collective Intentionality*

A questo proposito va segnalata una difficoltà che emerge in modo particolarmente evidente nel dibattito anglosassone sul problema della *collective intentionality*. John Searle, in un recente lavoro, dopo aver sottolineato la straordinaria centralità che il concetto di «*collective intentionality*» ha ormai assunto negli studi della filosofia analitica sul fenomeno sociale,¹⁴ si oppone all'«individualismo metodologico», affermando che l'intenzionalità collettiva (o *We-intention*) non possa essere considerata la somma di diverse intenzionalità individuali (o *I-intentions*), ma costituisca un fenomeno originario: è tutta l'ontologia sociale, quindi, che va rifondata sul fenomeno dell'intenzionalità collettiva.

È tuttavia paradossale che proprio nel momento in cui la filosofia delle emozioni miete così ampi consensi, Searle non si ponga affatto il problema di una dimensione affettiva dell'«intenzionalità collettiva». Certo, anche Searle ammette l'esistenza di forme d'intenzionalità collettiva del desiderare,¹⁵ ma ritiene che questo desiderare non sia un fenomeno originario, ma si fondi a sua volta sull'intenzione e sulla credenza,¹⁶ il che rende superfluo il problema di una fondazione ultima dell'intenzionalità collettiva sul sentire e sulle emozioni. In tal modo Searle dimostra di essere lui stesso un esponente dell'«individualismo metodologico», non appena si passi dal tema dell'«intenzionalità collettiva» a quello dell'intenzionalità del «sentire insieme». Qui riaffiora infatti il vecchio pregiudizio cognitivista secondo cui il sentire appartiene essenzialmente a una dimensione intima e soggettiva dell'individuo, per cui propriamente solo i singoli individui possono sentire qualcosa e non le unità sociali.

¹⁴ J. SEARLE, *Making the Social World: The Structure of Human Civilization*, New York 2010, tr. it. *Creare il mondo sociale. La struttura della civiltà umana*, Milano 2010, 57.

¹⁵ Ivi, 54.

¹⁶ Ivi, 165, 173.

Se l'intenzionalità collettiva presuppone un «sentire collettivo» o addirittura un «consentire insieme», allora la coltivazione delle emozioni – lungi dal rimanere relegata nell'immagine hegeliana dell'«anima bella» – diventerebbe il principale fattore della costruzione sociale della realtà, e per essa varrebbe quanto affermato da Searle a proposito della «*collective intentionality*»: in tal caso è tutta l'ontologia sociale che andrebbe rifondata a partire dai diversi livelli dell'«intenzionalità del sentire insieme».

Pluridimensionalità festiva ed esclusività disciplinare. La lotta assiale e la normalità sociale secondo Charles Taylor

Sergio Racca

1. Introduzione

La narrazione che il filosofo canadese Charles Taylor fornisce nelle sue opere più recenti, con particolare riferimento a *L'età secolare*, non pone soltanto di fronte al cambiamento delle condizioni di fede interne al cristianesimo occidentale: un'analisi più attenta evidenzia infatti come il pensiero tayloriano contenga anche un ragionamento più generale, relativo al processo di creazione e modificazione dei significati intersoggettivi in grado di dare forma all'identità e alle pratiche di vita comuni. In altre parole, è ai cosiddetti "immaginari sociali" che l'attenzione del filosofo canadese sembra rivolgersi¹: immaginari sociali che, in questo senso, si configurano quindi come quel dispositivo in grado di segnare, tra le altre cose, i limiti della "normalità" interna a ciascuna epoca, cioè lo sfondo delle interpretazioni che gli individui danno di se stessi, del corpo sociale e delle pratiche collettive.

In questo contributo vorrei cercare di mettere in luce la pluralità di immaginari sociali e concezioni di "normalità" che Taylor individua all'interno della storia occidentale. Per compiere questo, l'ipotesi interpretativa che seguirò prenderà in considerazione l'analisi condotta dal pensatore canadese intorno alla cosiddetta "epoca assiale": periodo, questo, che molti studi contemporanei di sociologia della religione situano nel I millennio a. C., definendolo come processo sia di mutamento religioso sia di lotta nei confronti delle tradizioni culturali precedenti. Evidenziando come Taylor analizzi la persistenza e l'influenza di tale dinamica di cambiamento e scontro anche all'interno della storia occidentale, cercherò quindi di mostrare il manifestarsi in quest'ultima di due immaginari contrapposti di "normalità": il *festivo*, erede della cultura preassiale, e il *disciplinare*, instradato invece lungo il vettore assiale.

L'obiettivo principale del mio contributo vuole perciò essere una descrizione di tale dualità di paradigmi normativi e delle loro reciproche relazioni, sulla scia de *L'età secolare* e degli scritti a essa posteriori: per compiere ciò, in primo luogo,

¹ Cfr. Ch. Taylor, *Gli immaginari sociali moderni* (2004), tr. it. di P. Costa, Meltemi, Roma 2005 e Id., *L'età secolare* (2007), tr. it. di P. Costa e M. C. Sircana, Feltrinelli, Milano 2009, pp. 209-273.

esporrò la concezione tayloriana della dinamica assiale, con particolare riferimento ai suoi legami con il pensiero del sociologo Robert Bellah; successivamente passerò a descrivere, in forza degli elementi precedentemente analizzati, l'esistenza e la struttura di questi due differenti immaginari sociali, prima tramite una breve ricognizione storico-genealogica e successivamente rinvenendone le tracce all'interno della contemporaneità.

2. *L'evoluzione culturale tra preassiale e assiale: le basi teoriche del discorso*

Il primo passo che vorrei compiere all'interno del ragionamento complessivo è un'analisi dell'atteggiamento tayloriano verso l'età assiale, comunemente intesa come "asse di rotazione" della storia umana. Essa, come già ricordato, è infatti situata dal dibattito sociologico contemporaneo nel periodo che prende avvio a partire dal I millennio a. C., con particolare riferimento ad alcune civiltà quali la Cina, le culture induista e buddhista, il mondo greco, l'antico Israele sino ad arrivare in alcuni casi al Cristianesimo delle origini: un millennio, questo, interpretato come epoca densa di radicali cambiamenti sociali e religiosi in grado di determinare una rottura rispetto al passato e influenzare il corso successivo della storia, compresa quella occidentale². Questo punto di vista sembra in parte condiviso anche dallo stesso Taylor all'interno de *L'età secolare*, nella sua volontà di «situare la rivoluzione che ha scompaginato il nostro immaginario nel corso degli ultimi secoli entro il contesto più ampio dello sviluppo culturale-religioso»³: secondo queste parole, per comprendere la genealogia degli immaginari sociali sembra quindi essere necessario riferirsi a un vettore di lungo periodo, in grado di evidenziarne gli snodi socio-antropologici salienti. Parlare di sviluppo culturale-religioso, tuttavia, significa porre il discorso, per utilizzare la convinzione del sociologo Robert Bellah, all'interno della categoria di evoluzione, intesa come «generalizzazione empirica secondo la quale forme più complesse si sviluppano a partire da altre meno complesse e in cui le proprietà e le possibilità delle prime differiscono da quelle delle seconde»⁴. Processo

² Per un'introduzione generale al periodo assiale e alle sue molteplici interpretazioni, cfr. K. Jaspers, *Origine e senso della storia* (1949), tr. it. di A. Guadagnin, Mimesis, Milano-Udine 2014; S. N. Eisenstadt (a cura di), *The Origins and Diversity of Axial Age Civilizations*, State University of New York Press, Albany 1986; Id., *Comparative Civilizations and Multiple Modernities*, Brill, Leiden-Boston 2003; S. N. Eisenstadt, J. P. Arnason, B. Wittrock (a cura di), *Axial Civilizations and World History*, Brill, Leiden-Boston 2005; R. N. Bellah, *Religion in Human Evolution. From the Paleolithic to the Axial Age*, The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge (Mass.)-London 2011; R. N. Bellah, H. Joas (a cura di), *The Axial Age and Its Consequences*, The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge (Mass.)-London 2012.

³ Ch. Taylor, *L'età secolare*, cit., p. 193.

⁴ R. N. Bellah, *Religious Evolution*, in «American Sociological Review», XXIX, n. 3, 1964, pp. 358-374: 358. La prospettiva religioso-evolutiva è stato un tema con cui Bellah si è confrontato sino alle sue ultime produzioni, all'interno delle quali essa è stata messa a stretto contatto con le teorie sull'evoluzione cognitivo-culturale dello psicologo Merlin Donald. Per maggiori dettagli cfr. R. N. Bellah, *Religion in Human Evolution. From the Paleolithic to the Axial Age*, cit.; M. Donald, *L'evoluzione della mente* (1991), tr. it. di L. Montixi Comoglio, Garzanti, Milano 1996. [Da adesso in poi, tutte le traduzioni dei testi stranieri sono da considerarsi mie.] Per una riflessione sull'idea di evoluzione religiosa in Robert Bellah, cfr. P. Costa, *L'evoluzione di che cosa? Storia naturale, storia umana e religione secondo Robert Bellah*, in «Fenomenologia e società», XXXIV, n. 2, 2013, pp. 77-90.

scandito a tappe che si susseguono l'una all'altra secondo una logica di produzione di novità e differenziazione non necessariamente lanciata verso un miglioramento progressivo, questo modello di evoluzione sembra essere lo strumento fondamentale che guida anche la concezione assiale di Taylor: in questo senso, ciò che caratterizza in generale l'approccio del pensatore canadese è il voler esporre un discorso evolutivo incentrato sul passaggio che ha condotto dalle religioni primigenie, corrispondenti alle “religioni tribali” e a quelle “arcaiche” descritte da Bellah e precedenti il I millennio a. C.⁵, al radicale cambiamento assiale.

Al di là delle delimitazioni cronologiche, il discrimine tra religioni primigenie e assiali si gioca per Taylor nella distinzione, di natura concettuale, tra *radicamento* e *sradicamento*. Da una parte, le religioni primigenie rinviano infatti a una concezione basata su un modello di triplice *radicamento*: tale concezione ha in primo luogo una coloritura sociale, in quanto in esse l'atto religioso si gioca a livello collettivo, tramite una gestione che ha come protagonista del rapporto con il sacro «il gruppo sociale nel suo complesso»⁶. In questo quadro, però, la dimensione di gestione sociale non rimane fine a se stessa ma, al contrario, è indirizzata verso il raggiungimento della prosperità terrena, poiché «ciò che le persone domandano, quando invocano o placano le divinità e le potenze è prosperità, salute, una lunga vita, la fertilità; ciò da cui chiedono di essere preservate è la malattia, la carestia, la sterilità, la morte prematura»⁷. Infine, questo primo quadro si completa tramite il riferimento all'idea di una realtà che prevede la presenza degli dèi all'interno della natura, «spesso identificati con alcuni aspetti del mondo»⁸, secondo una concezione “incantata” che vede inestricabilmente connessi il sacro e il profano.

Accanto a questo primo quadro di riferimento, a questo primo immaginario sociale, opera tuttavia il vettore assiale, che spinge la dimensione antropologico-sociale in una direzione del tutto contraria rispetto all'epoca primigenia generando, di conseguenza, una differente concezione del reale. La chiave di volta per comprendere tale passaggio evolutivo è ora la categoria di *sradicamento*⁹, anch'essa di natura triplice e, come prevedibile, contrapposta alle precedenti direttrici di riferimento: alle richieste di prosperità terrena si sostituiscono ora quelle di «un bene umano più alto e completo, una nozione di virtù o addirittura di salvezza al di là della prosperità umana»¹⁰, una domanda cioè per una realizzazione antropologica in grado di andare oltre, e a volte addirittura contro, le istanze della corporeità; a stretto contatto con questo, la presenza divina nella natura è sostituita da una concezione rivoluzionaria di un «trascendente che può trovarsi ora completamente al di là o al di

⁵ Cfr. R. N. Bellah, *Religious Evolution*, cit., pp. 361-366; Id., *What is Axial about the Axial Age?*, in «European Journal of Sociology», XLVI, n. 1, 2005, pp. 69-89: 69-70; Id. *Religion in Human Evolution. From the Paleolithic to the Axial Age*, cit., pp. 117-264.

⁶ Ch. Taylor, *L'età secolare*, cit., p. 195.

⁷ Ivi, p. 197.

⁸ *Ibidem*.

⁹ Cfr. Id., *What Was the Axial Revolution?*, in R. N. Bellah, H. Joas (a cura di), *The Axial Age and Its Consequences*, cit., pp. 30-46: 30-31.

¹⁰ *Ibidem*.

fuori del cosmo»¹¹. Come corollario, infine, il terzo vettore di cambiamento si gioca a livello della gestione del sacro, che vede ora il sorgere, in contrapposizione alla dimensione collettiva, di religiosità individuali rivolte a una devozione interiore¹².

Lungo il paradigma evolutivo tayloriano, dunque, lo *sradicamento* assiale sembra operare, per utilizzare le parole di Marcel Gauchet, come «rivoluzionario riorientamento [...] mutazione radicale, totale, del religioso»¹³: in altre parole, esso dà vita a un passaggio tra immaginari sociali e, in aggiunta a ciò, a un reale rivolgimento delle condizioni per la percezione del sé, della società e della relazione con il divino. Dal punto di vista storico, tuttavia, secondo Taylor il passaggio all'assiale non comporta una cancellazione completa di tutte le forme culturali precedenti; a questo proposito, è ancora una volta il pensiero di Bellah a valere come filtro interpretativo e, nello specifico, il principio secondo cui nell'evoluzione religiosa «nulla va mai perduto»¹⁴: secondo il sociologo statunitense, infatti, ciascuna tappa del processo di sviluppo culturale non segna la scomparsa definitiva delle forme di organizzazione passate ma dà vita, al contrario, a una complessa trama di coesistenze in cui «gli stadi precedenti non vanno perduti, ma solo *riorganizzati* sotto nuove condizioni»¹⁵. Taylor è molto vicino a una simile posizione quando afferma che «le spiritualità assiali non siano riuscite a produrre completamente il loro effetto di *sradicamento* perché, per così dire, vennero arginate dalla forza della vita religiosa maggioritaria»¹⁶: in questo senso, la specifica dinamica evolutiva tayloriana presente nel passaggio assiale contempla quindi al proprio interno sia uno *sradicamento* e un rivolgimento verso nuovi e inediti scenari sociali sia la persistenza e la riorganizzazione di elementi passati, generando «una specie di amalgama, spesso instabile»¹⁷ tra assiale e preassiale¹⁸.

¹¹ Ch. Taylor, *L'età secolare*, cit., p. 200.

¹² Cfr. L. Dumont, *Saggi sull'individualismo. Una prospettiva antropologica sull'ideologia moderna* (1983), tr. it. di C. Sborgi, Adelphi, Milano 1993.

¹³ M. Gauchet, *Il disincanto del mondo. Una storia politica della religione* (1985), tr. it. di A. Comba, Einaudi, Torino 1992, p. 39.

¹⁴ R. N. Bellah, *What is Axial about the Axial Age?*, cit., p. 72. Sul tema, cfr. *ivi*, pp. 77-87 e Id., *Religion in Human Evolution. From the Paleolithic to the Axial Age*, cit., pp. ix-xxiv e 1-43. Sui legami tra questa concezione di Bellah e il pensiero tayloriano, cfr. Ch. Taylor, *L'età secolare*, cit., pp. 963-966.

¹⁵ R. N. Bellah, *Religion in Human Evolution. From the Paleolithic to the Axial Age*, cit., p. xviii [corsivi miei].

¹⁶ Ch. Taylor, *L'età secolare*, cit., p. 203.

¹⁷ Id., *What Was the Axial Revolution?*, cit., p. 37.

¹⁸ Più in generale, Taylor sembra individuare due principi centrali per la propria idea di evoluzione culturale, applicabili non soltanto all'epoca assiale ma anche alla medesima concezione generale del percorso storico umano: da una parte il “nothing is ever lost”, inteso come risemantizzazione di elementi del passato e, dall'altra parte, il cosiddetto *ratchet effect*, la convinzione cioè di un'inaggrabilità e irreversibilità di alcune novità e conquiste prodottesi con i cambiamenti storico-culturali. Per una comprensione della modalità di convivenza tra questi due, solo apparentemente contraddittori, principi, cfr. *infra*, nota 48, p. 73-74. Per ulteriori dettagli sul *ratchet effect*, cfr. invece Id., *Comparison, History, Truth*, in Id., *Philosophical Arguments*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.) - London 1995, pp. 146-164; Id., *Disenchantment-Reenchantment*, in Id., *Dilemmas and Connections. Selected Essays*, The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge (Mass.)-London 2011, pp. 287-302. Per una comprensione generale di questo concetto è utile anche la conferenza *Master Narratives of Modernity*, tenuta da Taylor al Berkeley Center della Georgetown University il 21 ottobre 2008.

3. Il festivo e la riforma disciplinare: la normalità e la lotta contro la patologia sociale

Individuate così le basi teoriche del discorso, il secondo plesso tematico che intendo affrontare è una comprensione di come e quanto il modello di evoluzione e coesistenza tra immaginari sociali descritto in precedenza sia presente, secondo le convinzioni tayloriane, anche all'interno del percorso culturale occidentale successivo all'epoca assiale: un passaggio, questo, che voglio compiere per mostrare come il discorso del pensatore canadese sia funzionale a una descrizione delle differenti cornici entro cui la "normalità" sociale è stata descritta lungo i secoli.

In quest'ottica, il punto di partenza del ragionamento è rappresentato dalla cultura popolare che trova declinazione sia nella cornice del Medioevo cristiano latino sia nella modernità. Inserita nella spiritualità cristiana, e dunque lungo il vettore assiale, questa cultura manifesta tuttavia ancora una forte presenza di elementi preassiali: il centro del discorso, però, non è qui l'idea tayloriana di un "sé poroso", aperto cioè alle influenze di poteri esterni di natura sacra ancora fortemente radicati nella dimensione immanente¹⁹, ma al contrario la concezione di una ritualità «imperniata soprattutto sul fare»²⁰ e sull'azione collettiva. Quest'ultima caratteristica permette infatti di introdurre il primo immaginario sociale ricercato, che trova piena espressione soprattutto nelle manifestazioni festive popolari, quali banchetti, danze o eventi come il carnevale, le feste del malgoverno e lo *charivari*. Seguendo ancora una volta la convinzione espressa da Bellah secondo la quale all'interno del processo di evoluzione culturale gli stadi precedenti ritornano sotto nuova organizzazione, l'elemento del *radicamento* prima inteso come tensione verso la prosperità terrena pare ora riaffiorare: ciò che per Taylor accomuna tali pratiche festive, nelle loro declinazioni storiche, è infatti l'incarnarsi in attività che coinvolgono «varie forme di licenza, non solo sessuale, ma anche rasentando la violenza»²¹. È quindi nuovamente la condizione terrena, ora declinata principalmente come scoppio di impulsi e liberazione di istinti, a riemergere con forza: come afferma anche Peter Burke, il cibo, il sesso e la violenza rappresentano infatti il centro nodale delle attività carnevalesche, nell'affermarne il ruolo di opposizione simbolica a un momento religioso di digiuno e astinenza quale la Quaresima cristiana²².

Tale primo aspetto, tuttavia, può essere compreso soltanto approfondendo anche il *radicamento* collettivo di tali fenomeni, ed è alla considerazione del festivo come "rito di inversione sociale" che vorrei pertanto ora riferirmi. È Taylor stesso a indicare la fonte di questa interpretazione nei lavori dell'antropologo Victor Turner

¹⁹ Cfr. Id., *L'età secolare*, cit., pp. 47-62.

²⁰ Ivi, p. 98.

²¹ Ivi, p. 67.

²² Cfr. P. Burke, *Cultura popolare nell'Europa moderna* (1978), tr. it. di F. Canobbio-Codelli, Mondadori, Milano 1980, pp. 174-199.

e alla sua idea di una dialettica tra struttura e antistruttura: nella concezione di Turner, la prima rappresenta la «società come sistema strutturato, differenziato e spesso gerarchico di posizioni politico-giuridico-economiche»²³, mentre la seconda è la «società come *comitatus*, comunità o anche comunione non strutturata o rudimentalmente strutturata e relativamente indifferenziata di individui uguali»²⁴. Il festivo si presenterebbe quindi come apparizione di un'idea di *communitas* umana, dimensione collettiva ed egualitaria: nel suo definirsi secondo questo modello, essa si manifesterebbe come contraltare periodico del “semplice” e quotidiano insieme di ruoli e codici di comportamento sociali strutturati²⁵, nella consapevolezza che questi ultimi «ci limitano, ci escludono da qualcosa di importante»²⁶ e corrono il rischio di irrigidirsi e chiudersi su se stessi. La categoria del festivo dà quindi vita a un primo grande immaginario sociale, in quanto gli scoppi periodici di istintualità, la loro gestione collettiva, il conseguente sovvertimento dell'ordine codificato e l'apparizione di un'antistruttura generano infatti una complessa stratificazione e un equilibrio tra diverse istanze: si profila, in questo senso, un sistema di complementarità, dove la normalità della comprensione del sé, sociale e individuale, e dell'adozione di pratiche quotidiane consentite si giocano su una pluridimensionalità della mappatura sociale in cui la rielaborazione del preassiale riveste un ruolo fondamentale.

Lungo le pagine tayloriane, tuttavia, emerge anche un altro progetto antropologico-sociale interno all'Occidente, che delinea i contorni di un immaginario alternativo rispetto a quello festivo. Un immaginario, questo, che si mostra nelle figure assunte dallo *sradicamento* nel complessivo progetto di Riforma della vita religiosa, non confinato unicamente al rivolgimento protestante ma operante già a partire dagli ultimi secoli del Medioevo e che, visto in quest'ottica, si pone quindi sulla scia del rivolgimento assiale, continuandone e radicalizzandone il progetto di modificazione della dimensione antropologica e religiosa²⁷. Il primo elemento che in questo senso emerge è lo sforzo di «recuperare e imporre a tutti una religiosità di devozione e azioni più individuale e cristocentrica»²⁸, tramite pratiche quali la preghiera individuale, la meditazione e la riflessione personale. Celebri i casi menzionati da Taylor, tra i quali svettano la mistica tedesca di Eckhart e, in epoca

²³ V. Turner, *Il processo rituale. Struttura e antistruttura* (1969), tr. it. di N. Greppi Collu, Morcelliana, Brescia 1972, p. 113.

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ Cfr. Ch. Taylor, *L'età secolare*, cit., p. 70. Taylor sembra spesso propendere verso un'interpretazione polisemica della “struttura”, identificata a volte con il codice di ruoli e comportamenti ordinari e, in altri luoghi, anche con la visione cosmica assiale. Al di là delle differenti interpretazioni, ciò che conta per il nostro discorso, tuttavia, è la generale azione di sospensione temporanea della struttura operata dal festivo. Cfr. Id., *Incanto e disincanto. Secolarità e laicità in Occidente*, a cura di P. Costa, EDB, Bologna 2014, pp. 69-79.

²⁶ Id., *L'età secolare*, cit., p. 72.

²⁷ Cfr. M. Warner, J. VanAntwerpen, C. Calhoun, *Editors' Introduction*, in Id. (a cura di), *Varieties of Secularism in a Secular Age*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.)-London 2010, pp. 1-31: 15-19 e J. Sheehan, *When Was Disenchantment? History and the Secular Age*, in *ivi*, pp. 217-242: 219-227.

²⁸ Ch. Taylor, *The Future of the Religious Past*, in Id., *Dilemmas and Connections. Selected Essays*, cit., pp. 214-286: 225.

successiva, la *devotio moderna*, accomunati da un ideale di vita ben lontano ormai dalla gestione collettiva dei riti di ascendenza preassiale. Tale primo elemento, da sé, non è tuttavia sufficiente a spiegare il sorgere di un immaginario alternativo rispetto al festivo; la tappa decisiva, indicata da Taylor, è infatti rappresentata dal tentativo di edificare una società disciplinare lungo l'ideale della "civiltà": una civiltà che qui è intesa come incivilimento, ammansimento dei costumi e addolcimento delle pratiche, cioè continuazione e riorganizzazione dello *sradicamento*, ora operato nei confronti della prosperità declinata come comportamenti eccessivi, violenti e impulsivi. È la modernità che, palesando anch'essa in questo senso il proprio essere instradata lungo il vettore dell'assiale²⁹, mette in opera questo progetto, tramite la volontà del neostoicismo di Giusto Lipsio o del "sé schermato" cartesiano di frenare e controllare razionalmente le passioni³⁰; un progetto su cui si innesta però anche la stessa Riforma cristiana, generando tentativi di imporre codici di comportamento volti, come nel caso del Calvinismo, a «evitare ogni condotta disordinata, mettere in ordine la propria vita, smettere di bere, fornicare, parlare senza freni, ridere smodatamente, litigare, ricorrere alla violenza»³¹. Uno degli obiettivi primari di questo atteggiamento generale è proprio l'assiduo zelo riformatore contro la dimensione festiva, in particolar modo il carnevale e gli eventi a esso simili³², compiuto con l'obiettivo di sradicarne le pratiche collettive e impulsive e le periodiche manifestazioni, pericolose per l'ordine interiore ed esterno: uno sforzo, questo, che decreta una radicale inversione dell'immaginario sociale, guidata dalla convinzione secondo cui «un codice non debba lasciare spazio al principio che lo contraddice»³³ e che dà quindi nuovi principi guida per la codificazione della normalità sociale. Il nuovo ideale si impenna dunque su un radicale ribaltamento di prospettiva, sull'idea cioè che «ciò che in precedenza appariva normale, a cui tutti erano disposti a partecipare»³⁴ diventa adesso «censurabile e anche, in un certo senso, motivo di profondo turbamento»³⁵. L'onda lunga dell'assiale sembra perciò voler cercare di decretare la fine della complementarietà e della pluridimensionalità dell'esistenza e l'eclissi della *communitas*, originando un immaginario alternativo, strutturato su una idea monodimensionale di ordine sociale e morale interno, unica dimensione possibile imperniata intorno a una condotta personale disciplinata e non più pronta ad abbandonarsi, periodicamente, a sbuffi e sfoghi istintuali.

Dal festivo e dal disciplinare emergono così due modelli alternativi di "normalità" sociale: l'uno che pare, sulla scia del preassiale, indicare la necessità di una pluralità di strati dell'esistenza, l'altro che, al contrario, ponendosi come

²⁹ Cfr. R. N. Bellah, *Confronting Modernity: Maruyama Masao, Jürgen Habermas, and Charles Taylor*, in M. Warner, J. VanAntwerpen, C. Calhoun (a cura di), *Varieties of Secularism in a Secular Age*, cit., pp. 32-53: 34-35, 43 e 51.

³⁰ Cfr. Ch. Taylor, *L'età secolare*, cit., pp. 154-167 e 173-187.

³¹ Ivi, p. 112.

³² Cfr. Burke, *Cultura popolare nell'Europa moderna*, cit., pp. 203-277.

³³ Ch. Taylor, *L'età secolare*, cit., p. 73.

³⁴ Ivi, p. 147.

³⁵ *Ibidem*.

tentativo di completare la rivoluzione assiale cerca di svellere gli ultimi residui di premodernità, costruendo un tipo umano e sociale a un'unica dimensione.

4. *Le eredità contemporanee: l'ossessione per il codice e il ritorno del festivo*

L'ultimo, e forse più importante, snodo teorico che mi propongo di esaminare è rappresentato però da un'analisi delle possibili tracce e presenze di questa dicotomia tra immaginari nel modello di contemporaneità descritto da Taylor. All'interno della narrazione occidentale, il vettore assiale della Riforma e della modernità ha infatti realmente portato a termine il proprio compito? Oppure l'idea di una tensione tra differenti paradigmi sociali e antropologici può ancora valere come modello esplicativo? In altri termini, secondo quali parametri viene attualmente codificata la "normalità"? Afferma il filosofo canadese:

Assodato che queste [le trasformazioni assiali] introdussero cambiamenti che furono di grande importanza per la storia umana [...] che cosa dobbiamo pensare della vita pre-assiale che esse trasformarono? È stata semplicemente sostituita, relegata a un passato non più recuperabile? O è in qualche modo ancora presente nella vita postassiale? L'intuizione cruciale di Bellah, formulata nella frase "nothing is ever lost", sembra orientarci verso una qualche versione della seconda risposta³⁶.

È a partire da questo ragionamento che, ritornando per un'ultima volta sul legame tra assialità ed evoluzione culturale, intendo mostrare la compresenza di modelli alternativi rispetto alla costruzione degli immaginari sociali attuali. In primo luogo persiste quello che pare essere, a una prima veduta, lo sfondo "normale" della società contemporanea, lasciato in eredità dal progetto di Riforma e dalla modernità: una società in cui il vettore assiale sembra abbia portato a termine uno tra i suoi obiettivi specifici, quella radicale disciplina di comportamenti impulsivi. Come si declini tutto ciò nel contemporaneo è lo stesso Taylor a descriverlo, nel parlare di un vero e proprio "primato dei codici morali": conseguenza di quella eclissi dell'anti-struttura, questo primato non è altro che uno dei risultati dell'esclusività della struttura di ascendenza turneriana e del continuo sforzo riformatore volto a disciplinare la condotta umana, normando e gestendo atteggiamenti quali, ad esempio, la violenza o la sessualità. In quest'ottica, sembra realizzarsi a pieno un ideale di società in cui «la moralità può essere definita in termini di un codice di azioni consentite o vietate, un codice che inoltre è generato da un'unica fonte o principio»³⁷. Che cosa tutto questo abbia significato per la modernità lo si può comprendere nei risultati che, nel suo lungo percorso, lo sforzo riformatore ha realizzato: non soltanto una riduzione dei comportamenti violenti ed impulsivi e una strutturazione del sé e dell'agire morale incardinato nella disciplina ma, oltre a ciò, la realizzazione di un immaginario sociale in cui «la modalità per raggiungere

³⁶ Id., *What Was the Axial Revolution?*, cit., p. 44.

³⁷ Id., *Perils of Moralism*, in Id., *Dilemmas and Connections. Selected Essays*, cit., pp. 347-366: 347.

importanti beni comuni, come la tolleranza e il rispetto reciproco, risiede in un codice di comportamento»³⁸.

A dispetto di ciò, tuttavia, vi è un altro aspetto di questo immaginario contemporaneo che pare emergere: conformare le pratiche quotidiane a una specifica norma, quale per esempio la disciplina, ha condotto la contemporaneità secondo Taylor a un vero e proprio feticismo dei codici, a una forma di moralismo estremo o, per meglio dire, di “nomolatria”³⁹. Tale ossessione per il codice è ben visibile in quello che il pensatore canadese definisce come “atteggiamento terapeutico”, tramite il quale si interpreta «gran parte di ciò che noi intendiamo come costumi civilizzati [...] come una componente costitutiva della condizione “normale”, non patologica, generalmente accessibile»⁴⁰. Il *pendant* di tale situazione non può che essere un’azione di *sradicamento* ed estirpazione, in una parola di vera e propria terapia, dell’universo di comportamenti che a questo codice di condotta e normalità non si adattano e che in questo senso altro non possono essere che «mera patologia o sottosviluppo»⁴¹. Taylor è però estremamente critico nei confronti di tale estremizzazione dei codici, inteso come «mondo disumanizzante e alienante, che spesso genera dilemmi che non è in grado di riconoscere e che, nella sua progressione inarrestabile, agisce con grande spietatezza e crudeltà»⁴²: il “feticismo nomolatrivo”, in altre parole, non farebbe quindi altro che estremizzare la dimensione monodimensionale del vettore assiale, indicando come *unico* spazio di manovra possibile per un immaginario sociale, ancora una volta, la disciplina ordinaria nella condotta e la quotidiana stratificazione di ruoli sociali⁴³.

È in questo senso che il filosofo canadese, senza misconoscere l’utilità storica e sociale dei codici disciplinari e del loro corrispondente immaginario sociale, si sforza di indicare un’alternativa alle loro estremizzazioni nella forme attuali del paradigma festivo: non inteso ovviamente nelle forme carnevalesche medievali ma, al contrario, nelle sue riformulazioni contemporanee, quest’ultimo è ora concepito come spazio di aggregazione, di carattere non sempre strettamente religioso, e prende la forma, per esempio, delle manifestazioni pubbliche, delle occasioni sportive, dei festival e dei concerti musicali di massa. Rispetto al dominio incontrastato del codice, il centro teorico che segna l’eredità di questo immaginario

³⁸ Ivi, p. 348. Sugli esiti della società disciplinare e su quanto essi non abbiano invece tuttavia impedito all’Occidente un esercizio di violenza verso le altre civiltà, cfr. A. Bilgrami, *What is Enchantment?*, in M. Warner, J. VanAntwerpen, C. Calhoun (a cura di), *Varieties of Secularism in a Secular Age*, cit., pp. 145-165.

³⁹ Cfr. Ch. Taylor, *Perils of Moralism*, cit., p. 351 e Id., *L’età secolare*, cit., pp. 626-627 e 929-931. Sull’idolatria dei codici la riflessione di Taylor è in parte debitrice del pensiero di Ivan Illich: cfr. I. Illich, *The corruption of Christianity*, Canadian Broadcasting Corporation, Toronto 2000 e D. Cayley (a cura di), *The Rivers North of the Future: The Testament of Ivan Illich*, Anansi, Toronto 2005.

⁴⁰ Ch. Taylor, *L’età secolare*, cit., p. 793.

⁴¹ Ivi, p. 794.

⁴² Ivi, p. 931.

⁴³ Cfr. W. Schweiker, *Humanism and the Question of Fullness*, in C. D. Colorado, J. D. Klassen (a cura di), *Aspiring to Fullness in a Secular Age. Essays on Religion and Theology in the Work of Charles Taylor*, University of Notre Dame Press, Notre Dame (Indiana) 2014, pp. 127-151: 137 ed E. Gregory, L. Hunt-Hendrix, *Enfleshments and the Time of Ethics: Taylor and Illich on the Parable of the Good Samaritan*, in *ivi*, pp. 217-239: 222-231.

nell'età contemporanea è ormai altro e risiede nel sentimento di «fusione in un'azione o sentimento comune che ci strappano dal quotidiano e sembrano porci in contatto con qualcosa di eccezionale, che va oltre noi stessi»⁴⁴: ciò che pare guidare l'idea tayloriana è quindi un'ansia per la riduzione dell'esistenza a semplice quotidianità e codice, una necessità di “riaprire” periodicamente la monodimensionalità verso un irrompere della *communitas* «al di là delle divisioni gerarchiche e dell'ordine stabilito»⁴⁵ e di osservare il compenetrarsi di più “strati” di esistenza sociale in un passaggio continuo tra registri differenti⁴⁶. Non si tratta ovviamente di un tentativo di “reincantare” il mondo riedificando un passato ormai irrecuperabile e cancellando il disciplinare e le sue conquiste ma, al contrario, della volontà di segnare un bivio, e uno scarto, in termini di possibili immaginari sociali, di normalità di pratiche quotidiane e percezioni del sé; all'interno di un quadro in cui ciò che sembra essere realmente importante è il mutare dello stesso senso dei caratteri festivi, è nuovamente l'idea di evoluzione, in grado di contemplare la convivenza tra persistenza e riorganizzazione delle forme culturali, a trovare un'ennesima manifestazione: memore ormai dei mutamenti realizzati dalla spinta assiale e riformatrice, uno degli aspetti più importanti, anche se non l'unico, del festivo contemporaneo è infatti il suo condurre a una riformulazione della *communitas*. È in questo senso pertanto che esso si declina come “spazio di esibizione reciproca”, occasione cioè sospesa tra il collettivo e l'individuale all'interno della quale si realizzano, al di là dell'ordinarietà, il raggiungimento e il reciproco rimandarsi e compenetrarsi tra l'espressione, e l'esibizione, delle identità personali e il senso di azione, appartenenza ed emozione comune in una totalità più ampia e “altra”, che il feticismo delle regole sembra invece voler non soltanto non realizzare ma addirittura impedire⁴⁷.

L'estremizzazione di una tra le cifre del contemporaneo, il primato dei codici morali, sembra quindi far sorgere la necessità di una riscoperta del festivo: questo non ovviamente per vanificare o cancellare gli esiti, necessari e positivi, dell'assiale, del progetto riformatore e del disciplinare ma, al contrario, per porre un argine alle loro estremizzazioni e alle loro conseguenze in termini di impoverimenti antropologici, all'interno di un paradigma che possa nuovamente contemplare una pluralità di immaginari⁴⁸.

⁴⁴ Ch. Taylor, *L'età secolare*, cit., p. 607.

⁴⁵ Id., *The Future of the Religious Past*, cit., p. 259.

⁴⁶ Cfr. R. N. Bellah, *Religion in Human Evolution. From the Paleolithic to the Axial Age*, cit., pp. 2-11 e A. Schutz, *On multiple realities*, in Id., *Collected papers I. The problem of social reality*, a cura di M. Natanson, Martinus Nijhoff, The Hague-Boston-London 1962, pp. 207-286.

⁴⁷ Cfr. Ch. Taylor, *L'età secolare*, cit., pp. 605-608. Da un altro punto di vista, Taylor sottolinea anche il carattere “sacro” e “religioso” di tali festività, interpretando l'andare “oltre” la quotidianità come un entrare a contatto con una dimensione “altra”, intesa a volte, anche se non in tutti i casi, come tensione verso un senso di trascendenza e di comunità di carattere religioso. Cfr. Id., *The Future of the Religious Past*, cit., pp. 259-261.

⁴⁸ Tramite questa stratificazione di immaginari sociali, in grado da un lato di assumere la riduzione dei comportamenti violenti come esito non più cancellabile dell'opera riformatrice e assiale e, dall'altro, di reagire però allo stesso tempo contro le estremizzazioni del disciplinare e del feticismo nomolatratico risemantizzando la forma del festivo, sembra emergere un'esemplificazione di quella convivenza tra il cosiddetto *ratchet effect* e il

5. Conclusione

All'interno del quadro appena delineato che cosa suggerisce, in conclusione, il discorso tayloriano nell'ottica di una considerazione più generale della "normalità" sociale? Come visto, il riferimento al periodo assiale rappresenta un'operazione di radicale retrodatazione per la localizzazione dell'origine dei differenti paradigmi socio-antropologici: all'interno di questo quadro interpretativo, il centro del ragionamento di Taylor non si situa unicamente nel vettore della "semplice" spinta riformatrice, di carattere religioso e disciplinare, ma, come visto, si innesta in un discorso binario, in cui il paradigma riformatore è sempre affiancato dalla costante sopravvivenza del suo opposto, il preassiale e festivo. È questo, in definitiva, il vero significato complessivo di quell'idea di evoluzione culturale, sociale e antropologica, intesa come continuo passaggio tra forme e figure nuove e differenti ma mai totalmente perdute e, anzi, in costante riorganizzazione e risemantizzazione. In questo senso, e in conclusione, sembra così decadere l'idea che la "normalità" possa ridursi a un'unica visione e rispondere ai criteri imposti da un solo immaginario sociale dominante: al contrario, ciò che il discorso tayloriano pare suggerire è una più complessa logica, dove le differenti declinazioni storiche del disciplinare e del festivo hanno dato vita, nel corso dei secoli, a una stratificazione e moltiplicazione delle opzioni all'interno delle quali segnare i confini delle pratiche collettive, in un continuo quadro di alternanza, scontro e interazione reciproca.

principio del "nothing is ever lost" all'interno del processo di sviluppo storico-culturale descritto da Taylor. Cfr. *supra*, nota 18, p. 67.

Quale normatività? Vita e malattia fra naturalismo e antiriduzionismo.

Stefano Pilotto

1. Descrivere, comprendere e definire la malattia.

L'origine dell'odierno dibattito sui concetti di salute e malattia procede dalla definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità¹, la quale nel preambolo della sua Costituzione dichiara che «la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattia o di infermità». Questa definizione, per quanto vaga, è un primo tentativo verso il superamento di una visione riduzionistica dei termini, aprendo la comprensione del fenomeno a discipline come la psicologia, l'antropologia e la sociologia. In tal modo si propone una concezione positiva di salute, in cui concorrono fattori che afferiscono tanto all'ambito biomedico quanto all'ambito dei *valori*². Proprio questa componente che caratterizza l'umano, quale naturalità biologica inserita in una dimensione socio-culturale, pone il problema riguardo alla possibilità di un accordo sulle definizioni di salute e di malattia, che generalmente tendono a ricondurre entro uno dei due ambiti la loro forza esplicativa, riproponendo la tradizionale dicotomia fra natura e cultura.

La questione sottostante riguarda dunque quale sia il *criterio normativo* in base al quale distinguere la salute e la malattia, la normalità e la patologia. Nella letteratura di riferimento prodotta fra gli anni Sessanta e Settanta del secolo scorso, soprattutto in area angloamericana, la controversia si è sviluppata a partire dal ruolo dei dati oggettivi e dal posto dei valori nei giudizi e nella concettualizzazione della salute. La questione è stata indirizzata verso una concezione della malattia che potremmo

¹ Constitution of the World Health Organization; in *Official Records of the World Health Organization*, Vol. 2:100, Geneva, 1946.

² Questa definizione risulta sicuramente un passo in avanti rispetto al circolo vizioso delle definizioni negative tradizionali di «salute come assenza di malattia» e di «malattia come stato corrispondente alla mancanza di salute»; va ricordato inoltre che tale definizione venne formulata nell'immediato dopoguerra, tra il 1946 e il 1948, pertanto va considerata come «uno slogan politico più che un prodotto della moderna epistemologia medica», con l'intento di richiamare l'attenzione sull'obbligo politico, degli Stati membri, di assicurare le migliori condizioni di vita possibili per ogni individuo, condizioni che sfuggono ai criteri puramente clinici e biologici cfr. Grmek M.D. (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. Vol. 3. Dall'età romantica alla medicina contemporanea*, Laterza, Bari, 1998, p.512.

definire *oggettivista*³, attenta più ai “fatti” clinici e di laboratorio che ai valori a cui fa riferimento la costituzione dell’OMS.

Tuttavia *l’impasse* teorica a cui ci si trova di fronte non scaturisce tanto dall’ammettere che la malattia sia un disturbo dei *processi normali* – cosa generalmente accettata – quanto piuttosto dal delicato tentativo di definire tale *normalità*. La posizione oggettivista, dopo tutto, è facilmente conciliabile con «l’empirismo estremo che caratterizza la medicina contemporanea»⁴, inoltre, in tale ottica, senza una soglia oggettiva che separi normale e patologico, troppi fattori potrebbero essere considerati patogeni e di conseguenza non si avrebbe neanche un principio di individuazione delle patologie, perciò, scrive in proposito il filosofo della scienza Christopher Boorse, «se ogni cosa che può causare una malattia fosse essa stessa malattia, allora tutto sarebbe malattia dal momento in cui ogni connessione è possibile in un ambiente specifico»⁵. Il filosofo statunitense, quindi, rifiuta in modo netto una comprensione delle nozioni di salute e malattia operata nei termini particolari della cultura e dell’ideologia in cui questi fenomeni si inscrivono, dal momento che tali nozioni non possono dipendere da giudizi di valore determinati dalla società e dalla cultura.

Tale approccio, detto *descrittivo* o *naturalista*, utilizza per la propria concettualizzazione termini neutri sul piano dei valori, focalizzando l’attenzione esclusivamente sull’evidenza della malattia. Per evitare gli equivoci che possono sorgere con le teorie del “normativismo forte” – come quelle sostenute dal filosofo della medicina Hugo T. Engelhardt⁶ – in merito al riconoscimento della malattia, all’analisi descrittiva della salute e alla confusione fra i suoi usi teoretici e pratici, il *naturalismo* si limita a prendere in considerazione i principali elementi che descrivono la salute in quanto fenomeno naturale, vale a dire la *normalità statistica* e le *funzioni biologiche*. A partire da tali elementi, la salute è un’evidenza che si dà oggettivamente come «capacità di svolgere tutte le funzioni fisiologiche tipiche con efficienza tipica»⁷; in questi termini è dunque possibile capire e definire la salute nel suo senso teoretico, come assenza di malattia, senza dover ricorrere necessariamente all’individuazione dei fenomeni morbosi.

2. Oggettività e patologia nella teoria biostatistica di C. Boorse

Alla definizione appena fornita, la teoria naturalista di Boorse aggiunge l’altro tassello fondamentale per poter formulare giudizi neutri e iscrivibili nella cornice

³ Per avere un’idea di tale letteratura cfr. T. Szasz, *The Myth of Mental Illness*, in «American Psychologist», n. 15, 1960, pp.113-118.

⁴ Cfr. L. Nordenfelt, *Health and disease: two philosophical perspectives*, in «Journal of Epidemiology and Community Health», n.41, 1986, pp.281-284, trad. nostra.

⁵ C. Boorse, *Health as a Theoretical Concept*, in «Philosophy of Science», n. 44, 1977, pp. 542-573, trad. nostra.

⁶ H.T.Jr. Engelhardt, *The Concepts of Health and Disease*, in AA.VV., *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*, voll.1, 1975, pp. 125-141.

⁷ C. Boorse, *Health as a Theoretical Concept*, cit., p.542, trad. nostra.

teorica della medicina, ossia la definizione di malattia, o meglio di patologia (*disease*)⁸, intesa come deviazione dal «progetto biologico di specie»⁹. Il riferimento a questo progetto “naturale”¹⁰ circoscrive in maniera netta i campi della salute e della malattia, senza lasciare nulla all’interpretazione, in più, appellandosi alla forte uniformità strutturale e funzionale propria di ciascuna specie vivente¹¹, tale modello può essere applicato a ogni individuo all’interno di ogni specie, e in più, trattandosi di una teoria concepita scevra di ogni riferimento al piano assiologico, essa si presta a essere impiegata in ambito medico così come in ambito veterinario. Precisiamo che, quando il filosofo americano parla di *progetto di specie* intende

l’organizzazione del funzionamento interno tipico dei membri delle specie: la gerarchia collegante i processi funzionali ad ogni livello, dagli organelli alla cellula, dal tessuto all’organo, fino al comportamento, tramite i quali gli organismi di una data specie mantengono e rinnovano la loro vita¹².

Pertanto considerare qualcosa come malattia, senza aver presente questa dimensione biologica, secondo Boorse equivale a esprimere un giudizio incapace di spiegare cosa essa sia; tanto meno si può argomentare che l’individuazione della malattia in una data condizione sia connessa alla somministrazione di cure mediche o a quelle condizioni definite come indesiderabili¹³. Esistono, infatti, delle condizioni fisiche considerate indesiderabili ma non per questo patologiche: ad esempio avere una bassa statura per qualcuno può essere uno svantaggio, tuttavia ciò non ne fa una patologia. Allo stesso modo alcune malattie, in determinati contesti, possono rivelarsi condizioni vantaggiose, come nel caso dell’anemia falciforme¹⁴, una condizione patologica che conferisce a chi ne è portatore una protezione dalla malaria, che negli ambienti in cui è diffuso tale rischio epidemico può essere una condizione desiderabile. Analogamente la possibilità o meno della somministrazione di cure¹⁵ non è un argomento decisivo per chiarire la questione. Come sappiamo, non tutto quel che non ha una cura è automaticamente escluso dal novero delle malattie, anzi, esistono purtroppo molte patologie per le quali ancora non si hanno cure, come nel caso dei tumori.

⁸ È bene aver presente la distinzione che gli autori anglofoni hanno introdotto fra il termine *disease*, quale concettualizzazione medica della malattia, e il termine *illness*, che designa invece l’esperienza vissuta della malattia. Per un’analisi approfondita di questi termini cfr. M.D.Grmek, *La vita, le malattie e la storia*, Di Renzo, Roma, 1998, pp.16-21.

⁹ Traduciamo così l’espressione “*species design*”, in cui rientrano tanto le funzioni fisiche che psichiche, con le rispettive nozioni di salute; cfr. C. Boorse, *On the Distinction between Disease and Illness*, cit., p.554.

¹⁰ Nell’intenzione del filosofo americano il richiamo alla natura non ha una forza valutativa, si tratta di una connotazione puramente descrittiva e non porta con sé quella gamma di giudizi di valore che costituiscono lo sfondo di alcune teorie morali o giuridiche, cfr. C. Boorse, *On the Distinction between Disease and Illness*, *passim*.

¹¹ Cfr. C. Boorse, *Health as a Theoretical Concept*, cit., p.557.

¹² Cfr. C. Boorse *A rebuttal on health*, in J.M. Humber and R.F. Almeder, *What is Disease?*, Totwa, Humana Press, 1997, p. 7, trad. nostra.

¹³ Argomenti che hanno il loro obbiettivo polemico nelle teorie normativiste che troviamo in H.T.jr. Engelardt, *The Concepts of Health and Disease*, cfr. C. Boorse, *Health as a Theoretical Concept*, cit., p.544.

¹⁴ Cfr. M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale*, cit., p.496.

¹⁵ Cfr. C. Boorse, *Health as a Theoretical Concept*, cit., p.547.

Equivoci e difficoltà ermeneutiche, inoltre, si danno nello stesso linguaggio clinico, in cui salute e patologia – indicate dai termini “normale” e “anormale” – sono definite su base statistica. Per superare le imprecisioni statistiche, la normalità espressa dal *progetto di specie* prevede delle sottoclassi, entro cui uniformare il più possibile i parametri, distinguendo gli individui per fascia di età e sesso, al fine di rendere le astrazioni statistiche più aderenti alla casistica analizzata. In questa analisi, che propone di integrarsi alle scienze biologiche, dobbiamo intanto sottolineare la mancanza di parametri ambientali, i quali essendo relativi a un particolare rapporto fra organismo e ambiente, non sono generalizzabili. Dal momento che, secondo Boorse, l’abilità standard degli organismi consiste nell’adattamento al loro ambiente tipico¹⁶, ciò implica che un cambiamento di quest’ultimo potrebbe rendere gli organismi inadatti, con ripercussioni sul loro stato di salute. Ai fini della teoria proposta da Boorse, dunque, un approccio di tipo *ecologico* appare troppo relativista data l’aleatorietà delle variabili ambientali, motivo per cui l’attenzione deve concentrarsi sulle comparazioni statistiche delle varie classi di individui. Da qui la denominazione che la critica ha conferito a questa teoria, definendola *teoria biostatistica*¹⁷.

Concettualmente l’idea di Boorse non è differente dal principio galenico secondo cui «la salute è uno stato in accordo con la natura, mentre la malattia è ad essa contraria»¹⁸. Diversamente dalla concettualizzazione antica, la versione della natura a cui fa riferimento la teoria biostatistica è il progetto di specie, risultato di un’analisi in termini statistici della *capacità funzionale*, ovvero data una classe di individui – uniforme per specie, età e sesso – e presa in esame una funzione che è detta normale in quanto «contributo statistico tipico per la loro sopravvivenza e la loro riproduzione individuale»¹⁹, si definisce *salute* la capacità normale di funzionamento di ciascuna funzione organica, mentre la *malattia* è uno stato interno che riduce una o più capacità funzionali. Questa comparazione permette di stabilire la soglia tra *disabilità* e *funzionalità normale* al di sotto della quale collocare lo stato patologico.

A partire esclusivamente dalla nozione chiave di *funzione*, utilizzata in senso empirico per indicare un contributo causale per uno *scopo* organico – vale a dire una condizione necessaria per una certa attività biologica – ecco che otteniamo le definizioni di salute e malattia, in grado di fornire una descrizione dei fenomeni morbosi in linea con i paradigmi operativi della tecnica medica. Pervenendo a un’ottica puramente meccanicistica è possibile trattare l’argomento in questione tramite un linguaggio pragmaticamente neutro, evitando il portato emotivo e psicologico dell’evento patologico, prescindendo così dalla dimensione esistenziale della malattia, che gli autori di lingua inglese chiamano *illness*.

¹⁶ Ivi., p.548.

¹⁷ Cfr. L.Nordenfelt, *Health and disease: two philosophical perspectives*, 1986; É.Giroux, *Après Canguilhem: définir la santé et la maladie*, PUF, Paris, 2010.

¹⁸ C. Boorse, *Health as a Theoretical Concept*, cit., p.554, trad. nostra.

¹⁹ *Op. cit.*

3. Limiti della teoria biostatistica

Abbiamo brevemente delineato una teoria che fin dalla sua formulazione ha trovato un diffuso consenso in ambito medico e scientifico, come testimonia la recente classificazione nosologica dell'OMS, basata proprio sul concetto di funzionalità e non di malattia²⁰, denominata *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Pur avendo apportato i notevoli contributi che abbiamo sopra elencato, dobbiamo notare, da un'attenta lettura delle proposizioni chiave formulate da Boorse, la presenza di due ordini di incongruenze: logiche e scientifiche.

Il primo limite dell'argomentazione è insito nel nucleo stesso della teoria, ovvero la nozione di progetto di specie. La biostatistica si propone esplicitamente come alternativa oggettiva alle posizioni normativiste, ma dal momento che si sceglie di comparare una casistica al fine di astrarre una serie di proprietà comuni, in base alle quali delineare il progetto di specie, viene comunque implicitamente ammessa, alla base di tale scelta metodologica, la presenza di una componente valutativa che trascende l'esperienza, e investe la dimensione assiologica in relazione proprio a ciò che per un individuo risulta essere una condizione invalidante. Detto altrimenti, non è la rottura in sé della macchina-corpo a manifestare l'evento patologico, ma è il significato che tale evento assume rispetto alle condizioni di vita dell'individuo. Per quanto la raccolta e comparazione dei dati possa apparire una procedura neutra, implica pur sempre un criterio qualitativo e non soltanto puramente quantitativo; come scrive Popper

generalmente, la similarità, e con essa la ripetizione, presuppongono sempre l'adozione di un *punto di vista*: alcune similarità o ripetizioni ci colpiscono se ci interessa un certo problema, altre se ci interessa un altro problema. Ma se la similarità e la ripetizione presuppongono l'adozione di un punto di vista, o di un interesse, o di un'aspettativa, è logicamente necessario che i punti di vista, o gli interessi, o le aspettative siano, tanto logicamente quanto temporaneamente (o casualmente o psicologicamente) prima rispetto alla ripetizione. [...] Ciò mostra quanto sia ingenuo considerare la ripetizione come qualcosa di definitivo, o di dato²¹.

Il platonismo implicito in tale metodo di astrazione, anche se empirico, porta così alla formulazione di un concetto di specie che non ha nulla a che vedere con quello riconosciuto dalla biologia evuzionista moderna. La concezione *essenzialista* della specie proposta da Boorse ricorda più quelle pre-evuzioniste dei naturalisti del XVIII secolo, come Linneo o Buffon, che quelle elaborate dalla *sintesi moderna*. L'organismo risultante da queste analisi e comparazioni è un "ideale empirico", una somma di parti efficienti, al punto che la salute così stabilita non riguarda la persona nel suo insieme, ma semplicemente i suoi singoli organi. Oggi per specie non si ammette più una data classe di individui conformi a un *eidōs*, analogamente a quanto

²⁰ WHO, *Towards a Common Language for Function, Disability and Health: ICF*, Geneva, 2002, p.10.

²¹ Cfr. K. Popper, *Logica della scoperta scientifica. Il carattere autocorrettivo della scienza* (1934), tr. it. M. Trincherò, Einaudi, Torino, 2010, pp.476-477.

proposto da Boorse, al contrario il pensiero biologico ammette che si definisca specie «una comunità riproduttiva di popolazioni (isolate riproduttivamente da altre) che occupa una nicchia specifica in natura»²². Per tale motivo, il concetto biologico di specie è significativo e applicabile non sul piano morfologico, bensì solo in presenza di individui interfecondi che possono generare prole feconda. Come è stato notato magistralmente da Canguilhem²³, la norma di specie, o meglio la normalità che caratterizza un singolo individuo, non è tale in virtù della sua frequenza statistica, ma è frequente proprio perché da essa dipende il successo adattativo e riproduttivo degli organismi.

Un ulteriore limite che si può ravvisare nella teoria biostatistica sorge in merito al finalismo delle funzioni organiche. Affermare, come fa Boorse, che gli scopi delle funzioni tipiche di un organismo sono la sopravvivenza e la riproduzione²⁴, ci porta a riconsiderare la catena causale implicita in tale asserzione. Attenendoci al punto di vista puramente fattuale del filosofo americano, notiamo che obiettivi molto ampi, come la sopravvivenza individuale e della specie, presuppongono un elevato numero di stadi intermedi – che possiamo chiamare *sottoscopi*²⁵ – per soddisfare tutte le necessità legate a questi due obiettivi maggiori. Lo scopo immediato di una data funzione, infatti, è caratterizzato proprio da tutte quelle relazioni ambientali che Boorse tralascia e non analizza, mentre non possono essere eluse da una tematizzazione scientifica, se vogliamo sapere di più sulle *prestazioni* di un certo organo. Pertanto nelle circostanze che Boorse chiama *standard* la qualità della prestazione di un organo può variare sensibilmente proprio in virtù di altri scopi intermedi. Se ci atteniamo alla specie umana, a questi obiettivi – che possiamo chiamare *bisogni* – dobbiamo aggiungerne anche altri che prevedono altre funzionalità, come nel caso del piacere estetico dovuto all'esecuzione di un brano musicale o nel prendere parte a un semplice gioco²⁶. Un altro problema si aggiunge quando cerchiamo di capire quali e quante funzioni sono presenti in un organismo. Infatti, se si passasse dalla funzionalità macroscopica di tessuti, organi e apparati, a quella microscopica delle cellule, saremmo altrettanto autorizzati ad affermare che il mancato contributo funzionale a uno scopo biologico di una cellula implica la presenza di una malattia?

Anche privilegiando l'osservazione delle capacità funzionali macroscopiche più complesse, tralasciando quelle cellulari o geniche, ci sembra che la teoria biostatistica presenti comunque delle difficoltà sul versante medico, dovuto al riduzionismo meccanicista adottato da Boorse. A nostro avviso, tale riduzionismo è

²² Cfr. E. Mayr, *Storia del pensiero biologico. Diversità, evoluzione, eredità* (1982), tr. it. P. Corsi, Bollati Boringhieri, Torino, 2011, p. 220.

²³ Cfr. G. Canguilhem, *La conoscenza della vita* (1952), tr. it. A. Santucci, Il Mulino, Bologna, 1976, p.227.

²⁴ Cfr. *supra*.

²⁵ Cfr. L. Nordenfelt, *La natura della salute. L'approccio della teoria dell'azione* (1987), tr. it. S. Rini, Zadig, Milano, 2003, p.43.

²⁶ Cfr. T. Dobzhansky, *L'evoluzione della specie umana* (1962), tr. it. L. Pecchioli, Einaudi, Torino, 1979, pp.217-223.

utile in sede sperimentale per i medici e i biologi che compiono delle ricerche, mentre non lo è per coloro che sono direttamente a contatto con i pazienti. La modalità di comprensione concessa a questo approccio è parziale per la medicina, dal momento che la clinica deve sempre rimodulare la teoria e le asserzioni generali delle bioscienze in base alle esigenze specifiche dei singoli individui. Anche se assimilando gli organismi alle macchine è possibile sostituire i pezzi non funzionanti, non si tiene conto del fatto che gli organismi viventi e i loro ambienti si modificano ed *evolvono*. Pertanto salute e malattia non possono essere comprese prescindendo dalle interazioni ecologiche che avvengono fra singoli individui, popolazioni, nicchie e interi ecosistemi. A questi mutamenti, dobbiamo aggiungere quelli che coinvolgono il *milieu* tecnico-culturale in cui vivono gli esseri umani, in cui, oltretutto, la pratica può cambiare nel tempo e con essa le conoscenze, i paradigmi e le teorie che articolano fra loro questi livelli, perciò è verosimile ammettere che i concetti di salute e malattia seguano questo corso. Come ricorda lo storico della medicina Mirko Grmek «l'idea che ci si fa delle malattie dipende dai procedimenti di osservazione e di analisi delle lesioni organiche e chimiche, dai progressi tecnologici, e dall'acutezza dello sguardo medico»²⁷; quindi, dato il gran numero di variabili in gioco, non ci sembra persuasivo un metro di misura ideale e unico basato sul progetto di specie.

4. Normatività biologica e antiriduzionismo da Goldstein a Canguilhem

Quando ci riferiamo alle numerose variabili che influiscono sullo statuto di normalità di un organismo, intendiamo, come già detto sopra, richiamare un approccio di analisi e descrizione dei fenomeni patologici che non sia limitato alle considerazioni dei dati chimico-fisici, ma che prenda in carico quello che il neurofisiologo tedesco Kurt Goldstein (1878-1965) chiama *comportamento*. Tale nozione può essere compresa meglio tenendo conto della ripresa, da parte di Goldstein, dei concetti fondamentali della teoria etologica elaborata dal biologo Jakob von Uexküll²⁸ (1864-1944). Goldstein assume come sistema di riferimento degli organismi viventi il concetto di *Umwelt* teorizzato da Uexküll, ovvero l'ambiente inteso come totalità che racchiude il “mondo percettivo” (*Merkwelt*), che l'individuo incontra abitualmente con i sensi, e il “mondo operativo” (*Wirkwelt*) in cui persegue i propri obbiettivi. Il vivente modella l'ambiente, selezionando gli «stimoli aventi valore e significato di segnali»²⁹ rispetto a quelli considerati negativi o insignificanti, pertanto l'ambiente non consiste semplicemente in una porzione del mondo geografico (*Umgebung*) che si dà al soggetto, uno sfondo considerato in senso

²⁷ Cfr. M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale*, cit., p.421.

²⁸ Cfr. J.v. Uexküll, *Ambienti animali e ambienti umani. Una passeggiata in mondi sconosciuti e invisibili* (1934), tr. it. i M. Mazzeo, Quodlibet, Macerata, 2010.

²⁹ Cfr. G. Canguilhem, *La conoscenza della vita*, cit., p. 205.

meccanicistico, ma è un complesso rapporto spaziale, funzionale, e per ciò stesso mobile, basato su scambi reciproci³⁰.

A partire da queste considerazioni si può dire normale, dunque, un organismo che è in grado di rispondere in modo appropriato alla propria *Umwelt*, così da affrontare, con un *comportamento ordinato*, le continue sfide che gli si pongono davanti³¹, in tale risposta sono inclusi anche i meccanismi interni – mentali e somatici, fino ai processi fisiocchimici – che si attuano in unità con il comportamento dell'individuo. Dal tipo di risposta che l'organismo fornisce dipende l'ordine o meno del suo comportamento, cioè il tenore della sua normalità, considerata anche come *normatività* biologica, capace di dispiegare una gamma di possibilità entro cui l'organismo seleziona quella più consona per la sua vita. Come sottolinea Canguilhem

un organismo non è quindi mai uguale alla totalità delle sue possibilità teoriche. Non è possibile comprendere la sua azione senza ricorrere alla nozione di comportamento privilegiato. Il fatto che sia privilegiato non vuol dire che sia oggettivamente più semplice. [...] Tra il vivente e l'ambiente il rapporto si stabilisce nella forma di un dibattito (*Auseinandersetzung*), nel quale il vivente porta le sue proprie norme di valutazione della situazione, dominando l'ambiente e adattandolo a sé³².

L'anormalità, invece, è caratterizzata dall'opposizione che si genera fra l'ambiente e l'organismo, quando si verificano difficoltà nella percezione del circostante e ostacoli alle prestazioni abituali, tali da provocare un comportamento *disordinato* o *catastrofico*, a causa dello shock fisico o mentale subito³³. La malattia, quindi, non è determinabile come deviazione da una norma sovraindividuale; al contrario ogni organismo ha modalità di risposta differenti, per cui secondo Goldstein si danno solo norme individuali relative a ciascun organismo. Possiamo definire la malattia come la condizione che mette in pericolo l'esistenza, e con pericolo non si intende esclusivamente la morte, ma più in generale tutti quei disturbi oggettivi e soggettivi che possono incidere negativamente sulla vita del soggetto, rendendola perciò scomoda o insopportabile³⁴. Anche nel caso della perdita di una singola funzione, tutti i campi di prestazione vengono coinvolti variabilmente a danno della prestazione generale dell'intero organismo, che seppur menomato sopprime alla perdita mediante le prestazioni rimaste indenni.

Questa risposta interna di fatto non implica una perdita della *norma* che regola l'organismo, e quindi la sua *a-normalità*, mostra invece un depotenziamento della norma, vale a dire la perdita del suo *valore* fondato sulla capacità di instaurare comportamenti e attivare funzioni in contesti sempre nuovi che modifichino a proprio vantaggio l'ambiente. Come precisa Canguilhem, una norma di vita è

³⁰ Cfr. K. Goldstein, *L'organismo. Un approccio olistico alla biologia derivato dai dati patologici nell'uomo* (1934), tr. it. L. Corsi, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2010, p.82.

³¹ Cfr. *ivi*, p. 340.

³² Cfr. G. Canguilhem, *La conoscenza della vita*, cit., p. 207.

³³ Cfr. K. Goldstein, *L'organismo*, cit., pp. 39-47.

³⁴ *Ivi*, p.346.

superiore quando rende possibile ciò che un'altra norma impedisce³⁵; venendo meno questa possibilità nell'individuo, esso subisce l'ambiente e ne è dominato; il malato è tale «perché può ammettere soltanto una norma [...] il malato non è anormale per assenza di norma, ma per incapacità di essere normativo»³⁶. Tale incapacità porta con sé un deterioramento delle prestazioni, e con esse la sofferenza soggettiva, l'esperienza che nel vissuto personale fa del dolore la soglia qualitativa fra due stati in opposizione fra loro: salute e malattia. La natura di questa norma inferiore, a cui è soggetto l'organismo malato, lascia una traccia anche con la guarigione.

Per l'individuo guarire non consiste nel riportare le funzioni alla normalità, come se si potesse ripristinare la condizione di salute precedente alla malattia (*restitutio ad integrum*), comporta invece un superamento e non un ritorno, che genera dei cambiamenti irreversibili nell'organismo³⁷. La guarigione, quindi, rappresenta il raggiungimento di una nuova modalità di relazione organismo-ambiente; nel caso di malattie debilitanti il raggiungimento di una nuova normalità è possibile solo attraverso una contrazione dell'ambiente in misura proporzionale al deficit, una riconfigurazione dei “mondi” *percettivo* e *operativo* che permette così di preservare delle prestazioni ottimali, senza dover rispondere a quelle richieste a cui l'organismo non può far fronte. Un processo *cognitivo* e *mnemonico*³⁸ che comporta una revoca della norma precedente da parte dell'organismo a favore della “nuova identità” dell'individuo, espressione del *potere normativo* che supera la malattia confermando le capacità adattive dell'organismo così da aprire nuove prospettive allo svolgimento della vita. Con Nietzsche possiamo dunque affermare che «“Vivere” si dovrebbe definire come una forma durevole di *processo di verifica delle forze*»³⁹.

5. Oggettività e presa sui corpi. Risvolti biopolitici dello sguardo medico contemporaneo

I due indirizzi di pensiero che abbiamo fin qui esposto, *riduzionismo* e *olismo*, rappresentano, a nostro avviso, l'andamento oscillatorio della medicina, nel suo duplice tentativo di agire con i medesimi parametri sia sulla società che sulle singole persone. Canguilhem ha messo bene in luce come l'esperienza della malattia individuale sia di diritto primaria rispetto alla medicina: «è dunque innanzitutto perché gli uomini si sentono malati che vi è una medicina. È solo secondariamente – per il fatto che vi è una medicina – che gli uomini sanno in che cosa essi sono malati»⁴⁰. Pertanto è dall'urgenza terapeutica che scaturiscono un sistema di sapere e una pratica in grado di intervenire sulla condizione patologica dell'essere umano.

³⁵ Cfr. G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino 1998, p.147.

³⁶ Ivi, p.150.

³⁷ Tali cambiamenti possono essere sia positivi che negativi, come il potenziamento della *competenza immunitaria* o al contrario un deficit permanente.

³⁸ Cfr. G. Cosmacini, C. Rugarli, *Introduzione alla medicina*, Laterza, Bari, 2007, p.121.

³⁹ Cfr. F. Nietzsche, *La volontà di potenza*, a cura di M. Ferraris e P. Kobau, Bompiani, Milano, 1995, §642.

⁴⁰ Cfr. G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, cit., p.191.

Quando tra XVIII e XIX secolo per ragioni storico-sociali⁴¹ il rapporto medico-paziente è mutato, con la progressiva specializzazione tecnica del personale sanitario, si è prodotta una spersonalizzazione emotiva dell'evento patologico che ha portato alla dissoluzione della realtà soggettiva del paziente, scisso fra patologia e corpo: Un'esperienza che chiunque può vivere entrando in un ospedale. Ecco che il senso esistenziale di salute e malattia viene messo da parte per lasciare spazio alle esigenze di calcolo, legate ai compiti amministrativi degli Stati e delle organizzazioni sovranazionali⁴², i cui regolamenti e procedure tendono a omologare realtà differenti sia per condizioni socio-economiche che culturali. Come mostra il medico e antropologo statunitense Arthur Kleinman⁴³, l'aspirazione a una maggior oggettività degli strumenti concettuali della medicina non si trova a rispondere a esigenze puramente scientifiche (almeno non esclusivamente), ma è necessaria per stabilire e legittimare delle procedure di governo. Per tale motivo l'uscita da queste contraddizioni non passa dall'ambito epistemologico, ma richiede un'analisi e un'azione, che in quanto tali ci portano su una via eminentemente politica.

⁴¹ Ragioni di spazio non ci permettono un ulteriore approfondimento ma per una dettagliata panoramica storica rimandiamo ai voll. 2 e 3 di M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale*, cit.

⁴² Cfr. G. Canguilhem, *Sulla medicina. Scritti 1954-1989* (2002), tr. it. D. Tarizzo, Einaudi, Torino, 2007, p. 29.

⁴³ A. Kleinman, *Writing at the margin. Discourse between Anthropology and Medicine*, University of California Press, 1995.

L'unità della filosofia di Georges Canguilhem

Dalla norma medica alla normatività storica

Iván Moya Diez
Matteo Vagelli

1. Introduzione

“Canguilhem, filosofo dell’ombra”, così Robert Maggiori omaggiava il “fondatore dell’epistemologia storica” a pochi giorni dalla sua scomparsa, nel 1995¹. Figura severa agli occhi di molti, dotata di un’aura di rigore, Canguilhem esercitò un vero e proprio magistero intellettuale su un’intera generazione di filosofi francesi, dagli anni ’50 in poi. Da Michel Foucault a Louis Althusser, da Etienne Balibar a Pierre Macherey, in molti hanno continuato negli anni a richiamarsi all’importanza, per la loro formazione, di quello « stile di pensiero insostituibile e inimitabile »². Oggi, a vent’anni dalla sua scomparsa e con il progredire della pubblicazione delle sue opere complete, ci si offre la possibilità, non tanto di un bilancio definitivo, quanto di una valutazione sempre più complessiva e unitaria, non solo della sua produzione filosofica, ma anche del suo profilo umano e intellettuale³.

Una delle convinzioni più radicate del pensiero di Canguilhem è che la filosofia sia « una riflessione per la quale ogni materia estranea è buona, anzi [...] per la quale ogni buona materia deve essere estranea »⁴. Infatti, la filosofia canguilhemiana è attraversata da una riflessione trasversale sulla normatività e sui valori, che egli sviluppa da campi di sapere “esterni” alla filosofia, come la medicina, la biologia e le scienze della vita in generale. Nella sua tesi di dottorato in filosofia del 1943, intitolata *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, Canguilhem esamina il problema dei rapporti delle norme e del normale nella cultura medica e osserva che solamente in relazione ad una norma determinata è possibile

¹ R. Maggiori, *Canguilhem, philosophe de l'ombre. Le fondateur de l'épistémologie historique est mort la semaine dernière à 91 ans*, « Libération », Culture, n. 1, settembre 1995.

² P. Macherey, *George Canguilhem: un style de pensée* in, P. Macherey *De Canguilhem à Foucault: la force des normes*, La Fabrique éditions, Paris 2009; trad. it. di P. Godani *Georges Canguilhem: uno stile di pensiero* in *Da Canguilhem a Foucault. La forza delle norme*, Edizioni ETS, Pisa 2011, p. 118.

³ Al momento sono stati pubblicati dall’editore J. Vrin due volumi delle opere complete: G. Canguilhem, *Œuvres complètes Tome I. Ecrits philosophiques et politiques (1926-1939)*, Vrin, Paris 2011 e *Œuvres complètes Tome IV : Résistance, philosophie biologique et histoire des sciences 1940-1965*, Vrin, Paris 2015.

⁴ G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Puf, Paris 1966; trad. it. di M. Porro, *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino 1998, p. 9.

mettere in gioco i concetti di normale e di patologico. Canguilhem esegue una disamina storica dei postulati medici che riducono la differenza tra il normale e il patologico ad una pura variazione quantitativa delle variabili fisiologiche, a partire dal “principio di Broussais” nel XIX secolo fino ai trattamenti statistici nella medicina contemporanea che hanno finito per identificare il normale con uno stato fisiologico medio e il patologico con una deviazione rispetto a questa norma oggettiva. In un primo momento osserveremo nei dettagli la critica canguilhemiana all’identificazione tra fisiologico e patologico e approfondiremo la sua idea di una normatività inerente all’organismo. In una seconda fase ci occuperemo della riflessione storiografica di Canguilhem e della sua idea di una storia normativa della scienza. Il nostro obiettivo è quello di ricostruire le modalità secondo le quali la “svolta normativa” in storia della scienza (seconda parte) si situa in relazione alla concezione della vita come produzione di norme (prima parte). La discussione di questo duplice interesse per i meccanismi normativi ci permetterà infine di trattare, nella conclusione, l’idea canguilhemiana di verità in relazione al tema della normatività specifica istanziata dalla scienza.

2. La normatività dell’organismo

Nella prima parte dell’*Essai* Canguilhem mostra che, malgrado la pretesa della medicina del XIX secolo di eliminare ogni differenza qualitativa tra il normale e il patologico, di fatto non si è mai riusciti a sbarazzarci completamente di un linguaggio connotato qualitativamente. Al di là di questa difficoltà linguistica, per Canguilhem il problema risiede nel fatto che il normale non è in sé un concetto d’esistenza, suscettibile di una misura e di una determinazione oggettiva. Una norma, infatti, non ha una proprietà intrinseca di esistenza e lo stato “normale” di salute che ne deriva, di conseguenza, non può esistere in quanto tale. Il ruolo di una norma, scrive Canguilhem, è piuttosto « quello di svalutare l’esistenza al fine di permetterne la correzione. Dire che la salute perfetta non esiste equivale soltanto a dire che il concetto di salute non è quello di esistenza, bensì di una norma, la cui funzione e il cui valore consistono nell’essere messa in rapporto con l’esistenza per suscitare la modificazione »⁵. La norma è allora per Canguilhem nient’altro che la manifestazione dell’attaccamento ad un valore ed essa mette in rapporto le esigenze del valore stesso con l’esistenza. In breve, la norma non è il prodotto di un giudizio di realtà ma di un giudizio di valore.

L’originalità di questa tesi non risiede solamente nel fatto di mostrare che il giudizio medico-scientifico è portatore di valori o di giudizi di valori. Per Canguilhem i concetti di norma e di valore non sono infatti delle nozioni alle quali il vivente si rapporta come a un riferimento a lui esterno: i valori e le norme sono, al contrario, immanenti alla vita. Secondo Canguilhem, « è la vita stessa e non il giudizio medico che fa del normale biologico un concetto di valore e non un

⁵ Ivi, p. 51.

concetto di realtà statistica »⁶; in altre parole la vita fa del normale un concetto di valore, *perché la vita essa stessa è produttrice di valori di cui il concetto di normale è un esempio*. In questo modo Canguilhem capovolge la concezione tradizionale delle norme; come sottolineato da Pierre Macherey, « non è la vita a essere sottoposta a delle norme che agirebbero su di essa dall'esterno; ma sono le norme che, in modo completamente immanente, vengono prodotte dal movimento stesso della vita »⁷. Anche nelle annotazioni redatte per il corso “Le norme e il normale”, tenuto all’Università di Strasburgo nel 1943, stesso anno della pubblicazione della tesi, si comprende come per Canguilhem questa norma non possa trovare la sua origine nel riferimento esterno al vivente⁸. Ciò che osserva Canguilhem a questo proposito è che la vita non è solamente il prodotto o l’oggetto di un valore, al contrario, la vita è produzione di valori e norme. In tal senso le norme non sono delle leggi alle quali il vivente si riferisce o grazie alle quali egli vive; esse si costituiscono all’interno di un ordine prodotto dal vivente stesso.

I valori emergono dal conflitto tra le esigenze del vivente e le condizioni proprie tanto dell’ambiente quanto dell’organismo. Questo conflitto è causato, in primo luogo, dall’insufficiente capacità dell’organismo di adeguare le proprie condizioni di esistenza alle proprie esigenze, e in secondo luogo, dalla pluralità dei valori, cioè dalle esigenze spesso divergenti che si vanno creando. Le norme, da parte loro, rappresentano delle soluzioni “esperite” a questo conflitto, vale a dire, esse si costituiscono a partire dal confronto tra le esigenze del valore e le condizioni di esistenza possibili per l’organismo. La normalità per Canguilhem non è quindi il semplice adeguamento ad una norma data; la normalità è in un certo senso “più” che il normale: essa consiste nella capacità di istaurare nuove norme come esito di un duplice conflitto, quello dovuto alla polarizzazione dei valori da un lato, e, dall’altro, quello causato dall’interazione tra i valori e l’ambiente (*milieu*). In ultima analisi, la normalità significa dunque normatività.

Quest’argomentazione conduce di nuovo al tema della distinzione tra il normale e il patologico. Lo stato patologico, lo stato anormale o di malattia, non significa una vita senza norme o scevra di valori. L’anormale sarà al contrario una vita strutturata attorno ad altre norme e il vivente malato produrrà un altro ordine di vita. Nella tesi del 1943 Canguilhem postula che « la malattia non è soltanto scomparsa di un ordine fisiologico ma comparsa di un nuovo ordine vitale, idea che è tanto di Leriche [...] quanto di Goldstein »⁹. Questa idea noi la troviamo anche nel corso “Les normes et le normal”, sopra citato, dove Canguilhem annota le seguenti parole:

⁶ Ivi, p. 100.

⁷ P. Macherey, *Da Canguilhem a Canguilhem passando per Foucault*, cit., p. 98.

⁸ Corso non pubblicato, disponibile al Centre d’Archives de Philosophie et d’Histoire des Sciences (CAPHES), Fond Georges Canguilhem, Dossier GC 11.2.2. Si vedano in particolare le tre ultime lezioni intitolate *Esquisse d’une théorie des valeurs comme fondement d’une théorie des normes*.

⁹ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, cit., p. 158.

Non si dà qualcosa come l'*a-normale*, se s'intende con ciò la semplice privazione di un carattere positivo precedente. Lo stato patologico – dal punto di vista biologico, sociale, psichico – non è mai uno stato senza norme. Ciò è impossibile. Dal momento che c'è *vita*, c'è norma: la vita è una attività polarizzata, una polarità dinamica che, da sola, è sufficiente a porre delle norme.¹⁰

Parafrasando Canguilhem, dal momento che c'è vita, c'è scelta, giudizio, valori, conflitto, discernimento e quindi norme di soluzione ai conflitti. Il contrario del normale non è l'*a-normale*, ma un'altra norma di vita. In effetti, il vivente non si oppone al non-valore ma ad un valore di tipo negativo.

La differenza tra il normale e il patologico non è data dalla presenza o dall'assenza di norme, ma dalla differenza tra le norme e le esigenze del vivente. Canguilhem osserva in diverse occasioni all'interno dell'*Essai*, che lo stato patologico « non è l'assenza di norma biologica, bensì una norma altra ma respinta per comparazione dalla vita »¹¹, o ancora, che « la malattia è anch'essa una norma di vita, ma è una norma inferiore, nel senso che essa non tollera alcun allontanamento dalle condizioni in cui vale »¹². La malattia è una norma che non permette di soddisfare tutte le esigenze del vivente.

Lo stato normale o salutare permette invece non solo di soddisfare le esigenze del vivente, ma anche di anticipare le variazioni delle condizioni di esistenza. In questo senso, non basta avere una norma adeguata, « essere sano non significa soltanto essere normale in una situazione data, ma essere anche normativo, in quella situazione e in altre situazioni eventuali »¹³. Essere normativo significa essere capace di creare delle nuove norme per affrontare le fluttuazioni dell'ambiente e di risolvere in modo soddisfacente il conflitto tra le esigenze del vivente e l'esistenza in divenire. Il vivente sano non è solamente il vivente normale, ma il vivente normativo. Il normale, pertanto, non è uno stato fisso, ma una capacità in divenire, « perché la salute è più che il semplice normale. La salute è la normatività. Dietro ad ogni normalità apparente si deve verificare se essa è capace di tollerare delle infrazioni alla norma, di sormontare delle contraddizioni, di liquidare dei conflitti »¹⁴. Ciò che caratterizza il vivente malato è invece la perdita della sua capacità di istaurare nuove norme: « il vivente malato è normalizzato in condizioni di esistenza definite e ha perduto la capacità normativa, la capacità di istituire nuove norme in nuove condizioni »¹⁵.

In questo modo, Canguilhem mette l'accento sull'originalità biologica della malattia in quanto « essere malato significa a tutti gli effetti vivere un'altra vita, anche

¹⁰ G. Canguilhem, Corso *Les normes et le normal (1942-1943)* lezione *Normalité et normativité*, Università di Strasburgo, pubblicato parzialmente in *Œuvres complètes Tome IV*, cit., p. 104. Il manoscritto completo del corso è invece disponibile al CAPHES, Dossier G.C. 11.2.2, p. 96. La resa italiana di tutti quei testi di cui non è disponibile una traduzione è nostra.

¹¹ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, cit., p. 114.

¹² Ivi, p. 148.

¹³ Ivi., p. 160.

¹⁴ G. Canguilhem *Normalité et normativité*, cit., p. 104.

¹⁵ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, cit., p. 148.

nel senso biologico del termine »¹⁶. La critica del riduzionismo quantitativo riguarda quindi la differenza dei valori che il vivente istituisce tra il normale e il patologico, ma anche la differenza biologica e fisica tra i due stati. Questa divergenza non è riducibile ad una mera differenza quantitativa all'interno di un meccanismo. Da questo punto di vista la malattia è, infatti, l'apparizione di qualità nuove che non possono essere ridotte ad una differenza di quantità nelle qualità preesistenti; essa produce degli effetti nuovi che non hanno niente a che vedere con lo stato anteriore¹⁷. La malattia è per l'uomo una nuova esperienza sia per la differenza di valori tra i due stati del vivente, sia per l'esperienza biologica originale costituita dallo stato patologico. In effetti, essere malato implica la produzione di una nuova fisicità e l'apparizione di comportamenti nuovi. Non per niente la malattia è definita da Canguilhem come *un altro andamento della vita*, ovvero un nuovo ordine biologico, un'altra norma di vita.

Salvo riprenderne alcuni punti fondamentali nella conclusione, sospendiamo questa ricostruzione del nucleo originario de *Il normale e il patologico* per considerare la metodologia di Canguilhem a livello storiografico. Come cercheremo di mostrare grazie al riferimento alle *Nouvelles réflexions* che Canguilhem produce circa lo stesso tema dal 1963 al 1966, l'originalità della malattia a livello biologico corrisponde alla priorità storica dell'errore a livello scientifico.

3. La normatività della scienza e della storia

Canguilhem è, insieme a Gaston Bachelard, l'iniziatore di quella che è stata chiamata una "svolta normativa" nella storiografia della scienza¹⁸. Bachelard vive lo sconvolgimento che l'avvento della micro-fisica crea nella scienza dei primi decenni del XX secolo e ritiene che il "nuovo spirito scientifico" ad essa collegato stabilisca una rottura netta con lo spirito dell'epoca precedente. Contrariamente all'idea secondo la quale la storia è, in via di principio, scevra da ogni giudizio o prospettiva, Bachelard pensa che ogni avanzamento scientifico getti nuova luce sul passato di una scienza e che quindi solo il punto di vista dello sviluppo attuale possa rendere pienamente conto di quel tipo particolare di processo storico istanziato dalla conoscenza scientifica. Seguendo questa impostazione Canguilhem critica il modello storiografico del laboratorio – per cui la storia è il laboratorio della filosofia, la quale vi ricorre per testare empiricamente le sue teorie – e vi oppone il paradigma del tribunale o della scuola – in cui l'epistemologo riveste il ruolo del giudice che assolve

¹⁶ Ivi, p. 62.

¹⁷ A questo proposito, criticando l'utilizzo che Claude Bernard fa dell'esempio del diabete come dimostrazione della sua idea di un *continuum* tra normale e patologico, Canguilhem sostiene che, in realtà, la malattia, tramite l'introduzione di altre norme, trasforma l'organismo e quindi che "diventare diabetici significa cambiare reni" (G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, cit., p. 54).

¹⁸ C. Chimisso, *The Tribunal of Philosophy and its Norms: History and Philosophy in Georges Canguilhem Historical Epistemology*, in « Studies in History and Philosophy of Biology and the Biomedical Sciences », n. 34, 2003, pp. 297–327.

una teoria e ne condanna un'altra, oppure del maestro chiamato ad « insegnare allo storico l'ultimo linguaggio parlato dalla scienza »¹⁹. La storia normativa si regge, infatti, sul principio della ricorrenza, che consiste nell'applicazione retrospettiva di una norma scientifica attualmente valida sulla storia della disciplina stessa, col risultato di ridefinirne le periodizzazioni e l'effettiva composizione interna. Da ciò risulta che il passato di una scienza è un concetto volgare, in quanto la storia di una disciplina deve essere sempre riscritta in modo da ridisegnare continuamente i confini tra le teorie “sanzionate” (*sanctionnées*) e “sorpasate” (*périmeés*). Anche se l'applicazione del principio della ricorrenza può sembrare più diretta nelle scienze “esatte” e più difficile nel caso delle scienze della vita, Canguilhem ritiene che una “ascesi preparatoria” possa renderne possibile l'estensione²⁰.

Canguilhem fornisce un esempio di storia ricorrente nel suo *La formation du concept de réflexe aux XVII^e et XVIII^e siècles* (1955), tesi complementare a quella sul normale e il patologico per l'ottenimento del dottorato in filosofia. In quell'occasione, Canguilhem prende come riferimento la norma della fisiologia a lui contemporanea, che definisce il concetto di riflesso come una risposta muscolare involontaria, indipendente cioè dal sistema nervoso centrale. Questa definizione gli consente di ritenere erronea la teoria storiografica standard che inserisce il concetto di riflesso in una matrice meccanicistica e identifica in Cartesio il suo inventore. E' invece all'interno di una filosofia vitalistica e grazie all'idea di una *vis vitale* delocalizzata che il concetto di una risposta muscolare indipendente da un feedback centrale è potuta emergere. Ne consegue che è il concetto cartesiano a essere in questo caso “sorpasato”, mentre il concetto vitalistico, elaborato nello specifico da Thomas Willis (*De motu musculari* 1670), risulta “sanzionato”²¹. In questo caso si vede come la stesura di una nuova storia della scienza proceda a partire da un'epistemologia nuova, che tiene conto delle revisioni che un concetto, nel caso specifico il concetto di riflesso, ha subito in tre campi diversi, come la fisiologia, la medicina clinica e la psicologia²². Ciò che contraddistingue l'approccio di

¹⁹ G. Canguilhem, *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Vrin, Paris 1968, p. 13.

²⁰ G. Canguilhem, *Ideologia e razionalità nella storia delle scienze della vita*, La Nuova Italia, Firenze 1992 [1977], p. 16: « A causa delle specialità scientifiche – fisica matematica e chimica delle sintesi calcolate – sul cui terreno si è inizialmente elaborato, il metodo storico della ricorrenza epistemologica non può essere considerato un passe-partout. Senza dubbio, da una disciplina ben elaborata, ben “praticata” nell'intelligenza dei suoi atti generativi, è possibile estrarre delle regole di produzione delle conoscenze che siano suscettibili di una prudente estrapolazione. In questo senso il metodo può essere esteso più che generalizzato. Ma esso non potrebbe essere esteso ad altri oggetti della storia delle scienze senza un'ascesi che lo prepari alla delimitazione del nuovo campo di applicazione ».

²¹ Mentre in Bachelard si sanziano o sorpassano soprattutto teorie, in Canguilhem sono più spesso i concetti a costituire le unità minime di analisi e quindi gli elementi costitutivi della costruzione scientifica.

²² J. F. Braunstein, *Canguilhem. Histoire des sciences et politique du vivant*, Puf, Paris 2007, pp. 76, 83. Se in Bachelard una nuova storia della scienza sembra essere in funzione di una nuova epistemologia, in Canguilhem pare vero l'opposto: una nuova epistemologia è alla base di una nuova storia della scienza. Questa è la differenza di accento che ha spinto alcuni interpreti a parlare di “epistemologia storica” nel primo caso e di “storia epistemologica” nel secondo (D. Lecourt, *Pour une critique de l'épistémologie. Bachelard, Canguilhem, Foucault*, F. Maspero, Paris 1972, p. 69). Come è stato giustamente osservato, non si tratta di una mera questione lessicografica ma del ruolo che viene attribuito alla norma e al modo in cui si fa giocare la

Canguilhem su questo punto è che egli considera la fisiologia una scienza in virtù della sua capacità di produrre un sistema di norme in continua evoluzione, ed è solo il riferimento a questo sistema che gli consente di produrre la storia della fisiologia in quanto disciplina scientifica.

Ma come passa Canguilhem dalla normatività del vivente sopra descritta a questa normatività sul piano storiografico? Come si coniugano questi aspetti della sua filosofia che sembrano correre in parallelo? La risposta risiede proprio nella descrizione dell'impresa scientifica in quanto attività normativa, creatrice di norme oggettivantesi storicamente. Prendendo in prestito le parole impiegate da Foucault, la storia della scienza per Canguilhem consiste proprio nella « ricerca della normatività interna alle differenti attività scientifiche, nel modo in cui sono state effettivamente messe in atto »²³. Ecco che allora risulta evidente il collegamento con la riflessione condotta da Canguilhem ne *Il normale e il patologico*, che, di per sé, rappresenterebbe un caso molto diverso rispetto alla storia del concetto di riflesso qui sopra brevemente ricostruita: se il concetto di riflesso è un concetto scientifico tout-court, le categorie di normale e di patologico sono invece concetti organizzatori o meta-concetti. Non è a prima vista del tutto evidente, quindi, che *Il normale e il patologico*, tra le opere di Canguilhem, rivesta il ruolo peculiare, non solo di una storia della normatività, ma anche di un esempio di storia normativa²⁴. Infatti, rispetto alla materia “inerte” oggetto della fisica e dell'interesse bachelardiano, gli oggetti delle scienze della vita, gli individui malati, i pazienti della medicina, hanno, in quanto esseri viventi, la particolarità di poter stabilire delle norme e quindi di poter determinare la struttura della scienza medica. In virtù del fatto che gli oggetti delle scienze prese in esame da Canguilhem sono dei soggetti, le norme che strutturano la scienza medica sono norme che derivano dal vivente in quanto tale. E' per questo motivo che, per Canguilhem, la medicina deve dipendere dai valori dei pazienti, dalle scelte che essi sono pronti a compiere in base ai loro desideri e alle loro aspettative, e non da norme universali, quantitative o statistiche²⁵. Come si è visto nel precedente paragrafo, lo stato di “buona salute” non è uno stato quantitativamente determinabile; esso corrisponde piuttosto ad uno stato desiderato, all'espressione di un valore. In quanto tale, esso è un concetto normativo, perché è in base ad esso che giudichiamo del nostro stato di salute in un determinato momento²⁶. La norma presa in esame ne *Il normale e il patologico* è dunque tale da permettere a Canguilhem di discriminare tra le varie concezioni del normale e di criticare in particolar modo

ricorrenza (F. Delaporte Foucault, *l'histoire et l'épistémologie* in Ph. Artières, J.-F. Bert, F. Gros and J. Revel ed. *Cahier de l'Herne 95: Michel Foucault*, L'Herne, Paris 2011, p. 340).

²³ M. Foucault, *La vie: l'expérience et la science* (1985) in *Dits et écrits II*, Gallimard, Paris 2001, p. 1590.

²⁴ Invertiamo quindi l'accento posto da Chimisso su questo punto in C. Chimisso, *Writing the History of the Mind*, Ashgate, London 2008, p. 160.

²⁵ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, cit., p. 96; per quest'argomentazione si veda C. Chimisso, *Writing the History of the Mind*, cit., pp. 161-164 e C. Chimisso, *The Tribunal of Philosophy and its Norms: History and Philosophy in Georges Canguilhem Historical Epistemology*, cit., p. 319.

²⁶ C. Chimisso, *Writing the History of the Mind*, cit., p. 162. Questo standard poi è dipendente culturalmente perché gli esseri umani sviluppano norme come risultato della loro capacità di adattamento all'ambiente.

quelle istanzianti un riduzionismo di tipo quantitativo²⁷. Se la concezione quantitativa del normale identificava fisiologia e patologia ponendole su di un *continuum* graduato e misurabile, Canguilhem restituisce invece indipendenza alle leggi fisiologiche. Il risultato della disamina storico-critica è allora anche quello di rivalutare lo statuto epistemologico della fisiologia in quanto scienza.

Il modello fornito a Canguilhem dallo studio della normatività del vivente permea talmente a fondo il suo pensiero che si può ritrovare applicato al piano concettuale. La concezione canguilhemiana dei meccanismi di *omeostasi* è a tal proposito rivelatrice. Abbiamo visto che la salute consiste in quel margine di tolleranza che l'organismo mostra alla variabilità delle circostanze, mentre la malattia è la diminuzione di questa capacità di adattamento creativa²⁸. Ma che cos'è o cosa intende Canguilhem con il termine organismo? Un organismo non è altro che un'entità dotata di finalità intrinseca e di norme di auto-regolazione²⁹. I meccanismi di omeostasi sono proprio quell'insieme di funzioni regolatrici che un organismo mette in gioco per il mantenimento del proprio equilibrio e della propria sopravvivenza di fronte ad eventi che possono destabilizzarlo. La funzione di tali auto-regolazioni non è solamente conservatrice, ma si basa sulla capacità creativa dell'organismo di sapersi adattare anche in maniera innovativa, se necessario, alle mutate circostanze. Possiamo leggere questa finalità interna, che si estrinseca nei meccanismi di auto-regolazione dell'organismo, come un'analogia dei meccanismi concettuali caratterizzanti la scienza. In altre parole, la scienza risulta essere un'attività normativa poiché i suoi concetti istaurano dei meccanismi di auto-regolazione analoghi a quelli che conservano l'identità e la salute di un organismo. Canguilhem costruisce la “logica della conoscenza” e del ragionamento scientifico stesso su ciò che egli chiama la “logica del vivente”, un “vivente” già concettualizzato. E', infatti, dal punto di vista della sua concezione del vivente che Canguilhem definisce il carattere normativo della scienza e della storia della scienza: *la normatività delle scienze deriva dalla normatività del vivente stesso*³⁰. Ciò che rende possibile l'analogia è uno spostamento concettuale sottile ma decisivo, quello che intercorre tra la regolazione di un organismo e la rettificazione di un concetto. Nel caso dell'organismo, uno stato “normale” (o di salute) è solo quello in cui l'organismo stesso ha provveduto a respingere con successo gli eventi contrari con

²⁷ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, cit., p. 191.

²⁸ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, cit., p. 148.

²⁹ E' su queste basi che Canguilhem critica l'analogia tra “la vita di un organismo” e “la vita di una società”, in quanto la società ha bisogno di una normatività etero-diretta. Questo tema è abordato da Canguilhem nel 1955 in occasione di una conferenza dal titolo “Le problème des régulations dans l'organisme et dans la société” (pubblicata anche in G. Canguilhem, *Ecrits sur la médecine*, Ed. du Seuil, Paris 2002, p. 121) i cui temi confluiscono poi nella seconda parte de *Il normale e il patologico* (cit., pp. 212-219).

³⁰ G. Canguilhem, *Le concept et la vie* in G. Canguilhem, *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, cit. p. 360. A questa conclusione sembrano condurre indirettamente diversi commentatori: J. F. Braunstein, *Bachelard, Canguilhem, Foucault. Le 'style français' en épistémologie*, in P. Wagner (ed.), *Les philosophes et la science*, Gallimard, Paris 2002, p. 953; L. Paltrinieri, *L'expérience du concept*, Publications de la Sorbonne, Paris 2012, p. 62; e C. Chimisso, *The Tribunal of Philosophy and its Norms: History and Philosophy in Georges Canguilhem Historical Epistemology*, cit., pp. 321-322.

l'istituzione di una nuova norma funzionale. Analogamente, anche un concetto deve stabilizzare la sua intensione e la sua estensione, in altri termini la sua identità, e deve farlo non preservandosi dai rischi e dalle possibilità di mutamento, ma precisamente attraverso un processo asintotico di auto-correzione in cui risulta determinante la possibilità di riaffermarsi dialetticamente dopo il superamento di un ostacolo³¹. Foucault coglierà bene la specificità della storia della scienza proposta da Canguilhem quando, nella prefazione all'edizione inglese de *Il normale e il patologico*, la definirà una « storia dei 'discorsi veridici', vale a dire *dei discorsi che si rettificano, si correggono e che operano su loro stessi tutto un lavoro di elaborazione finalizzato al compito di 'dire il vero'* »³². Quella di Canguilhem è quindi una “filosofia dell'errore” per la quale l'erraticità del vivente è alla base di una scienza che è “avventura intellettuale” e non pianificazione lineare e consequenziale.³³ La priorità del momento dell'errore su quello della verità rispecchia ancora il caso della medicina, in cui l'infrazione e la sua sanzione sono logicamente seconde, ma storicamente precedenti a ciò che è “normale”³⁴. Tutto ciò getta naturalmente una nuova luce sul tema della demarcazione tra scienza e non-scienza: un organismo scientifico “patologico”, come potrebbe essere ad esempio un'ideologia scientifica, non deve essere pensato come un organismo privo di norme e quindi arbitrario; al contrario, esso instaura e si struttura attorno a delle norme che possono essere studiate in senso storico proprio in relazione alla loro minore o maggiore capacità di auto-rettificazione. Questa direzione, approfondita in modo particolarmente fertile dall'archeologia di Foucault, conduce al tema della “teratologia del sapere”, ovvero dei “mostri che si aggirano” al di fuori dei confini della conoscenza scientifica e la cui forma cambia con la storia del sapere³⁵.

4. Conclusione

La scienza è quindi per Canguilhem un « processo governato dalla sua rettificazione critica »³⁶, il che significa che è questo processo di auto-rettificazione stesso a costituire la sua norma. La razionalità di una disciplina viene allora a essere identificata col suo regime di storicità e si ottiene così una delle definizioni più

³¹ A tal proposito è ancora illuminante il confronto con il ruolo filosofico che svolge in Bachelard l'idea di approssimazione, derivata soprattutto dalla matematica e dalla chimica e applicata alla dialettica concettuale propria della scienza.

³² M. Foucault, *La vie: l'expérience et la science*, cit., p. 1588. L'enfasi è nostra.

³³ G. Canguilhem, *Ideologia e razionalità nella storia delle scienze della vita*, cit., p. 31, e G. Canguilhem, *La formation du concept de réflexe aux XVII^e et XVIII^e siècles*, Puf, Paris 1955, p. 157.

³⁴ Per la priorità storica ed esistenziale dell'anormale sul normale si veda G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, cit., pp. 205-206: « L'anormale, in quanto a-normale, è posteriore alla definizione del normale, ne è la negazione logica. Ma è l'antiorità storica del futuro anormale che suscita un'intenzione normativa [...] l'anormale, logicamente secondo, è esistenzialmente primo ».

³⁵ M. Foucault, *L'ordre du discours*, Gallimard, Paris 1971, p. 35; trad. it. A. Fontana, *L'ordine del discorso*, Einaudi, Torino 2004, p. 17.

³⁶ G. Canguilhem, *Ideologia e razionalità nella storia delle scienze della vita*, cit., p. 12.

pregnanti dell'epistemologia storica come teoria della rettificazione concettuale³⁷. Si può così in un certo senso leggere tutta la riflessione “biologica” di Canguilhem come un riflesso analogico della sua riflessione sulla scienza. La compenetrabilità tra le due sfere della scienza e della vita – con il tema delle norme come nucleo o punto di passaggio e chiave di volta fondamentale – non implica l'adozione da parte di Canguilhem di una concezione organicistica della conoscenza e del suo sviluppo³⁸. Il senso di queste metafore biologiche non è cioè quello di naturalizzare la cultura, come risulta evidente, da un lato, dalla sua interpretazione “biologica” e non “biologistica”, cioè riduttiva, delle norme³⁹, e dall'altro, dal fatto che il “vivente” per Canguilhem è l'unione di biologico e sociale, di esperienza e razionalità⁴⁰. Ciò che caratterizza il vivente è la creazione di norme, e ciò in un duplice senso: il vivente crea se stesso tramite l'instaurazione di norme di organizzazione biologica e sociale. E' nelle *Nouvelles réflexions* sul normale e il patologico che Canguilhem precisa le differenze tra le norme organiche e le norme sociali: le prime sono caratterizzate da una tendenza all'armonia in vista del mantenimento del livello di omeostasi necessario alla sopravvivenza dell'organismo in quanto totalità organica. Nel caso della società, invece, la regolazione è una necessità priva di organo dato, essa è ricercata e “inventata” all'interno di una pluralità di valori e di antagonismi tra i suoi membri. Ciononostante, sia l'azione biologica che l'azione sociale dell'uomo rimangono delle azioni normative. La differenza tra le norme vitali e le norme sociali non smentisce il carattere normativo dell'azione vitale e dell'azione sociale dell'uomo, entrambe intese come processi di rettificazione. Infatti, secondo Canguilhem, ogni « norma trae il proprio senso, la propria funzione e il proprio valore dal fatto che fuori di essa esiste ciò che non risponde all'esigenza da cui essa dipende »⁴¹. Ciò che definisce il senso e la funzione del normale biologico è l'esclusione del normale, del patologico. Allo stesso modo, è l'esclusione del falso attraverso la designazione dell'errore che permette la determinazione del valore di verità nell'attività scientifica. Ma proprio qui ci sembra doversi situare quello scarto tra la normatività scientifica e la normatività sociale che fa sì che la prima non possa essere semplicemente appiattita sulla seconda. La scienza, infatti, tra le attività umane, è una attività normativa caratterizzata dalla creazione di norme orientate

³⁷ Si veda Redondi il quale fa del principio bachelardiano della rettificazione scientifica l'essenza stessa dell'epistemologia storica: « L'epistemologia storica si sviluppa nello spazio di un'approssimazione e diventa una teoria della rettificazione concettuale » (P. Redondi, *Epistemologia e storia della scienza. Le svolte teoriche da Duhem a Bachelard*, Feltrinelli, Milano 1978, p. 107).

³⁸ In questo senso la proposta di Canguilhem ci sembra distante dall'evoluzionismo naturalizzato di Stephen Toulmin, per esempio, sebbene anch'egli proponga un modello secondo cui i concetti individuali sono le unità base della scienza, analoghi agli organismi individuali, la cui mutazione è una risposta ad altri organismi nella lotta per la sopravvivenza. Una disciplina corrisponderebbe a una specie, cioè ad una popolazione di concetti, la cui unità e continuità è mantenuta dall'interazione tra fattori innovativi e selettivi (S. Toulmin, *Human Understanding*, Princeton University Press, Princeton 1972, pp. 139-141).

³⁹ G. Leblanc, *Le pluralisme des valeurs de la science chez Canguilhem* in P. Cassou-Nogues, P. Gillot (ed.), *Le concept, le sujet et la science : Cavailles, Canguilhem, Foucault*, Vrin, Paris 2009, p. 99.

⁴⁰ L. Paltrinieri, *L'expérience du concept*, cit., p. 54.

⁴¹ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, cit., p. 201.

verso un valore particolare, quello della verità. Essa è definita da Canguilhem come un'attività assiologica di ricerca della verità, vale a dire, di una norma che deve essere messa in rapporto con la realtà tramite processi tecnici di verifica. La verità si costituisce come conseguenza di un atto d'esclusione del falso, ma in un senso molto specifico. Infatti, « la scienza oggi auto-justifica il proprio valore – se per valore s'intende la sua capacità di apprensione della realtà – perché essa giunge a trasformarla [...] più precisamente è l'applicazione che prova che la spiegazione non è una spiegazione puramente verbale. Per capire meglio: la tecnica, in quanto applicazione, costituisce il valore della scienza, in quanto spiegazione »⁴². La verità è una norma il cui valore è dato dalla capacità della scienza di apprendere la realtà tramite delle applicazioni tecniche che pervengono a trasformarla. Di conseguenza, la verità non si stabilisce secondo il modello di una corrispondenza o di un adeguamento definitivo e inalterabile ad una realtà al di fuori del divenire; essa è al contrario una norma storica nella misura in cui si dà come risultato di una ricerca: « la scienza, dice Canguilhem, è una ricerca della verità. Questa ricerca ha generato delle stravaganze, delle aberrazioni, degli sviamenti, e necessariamente delle rettificazioni »⁴³. Così, il rapporto tra verità e realtà è un rapporto in atto che non è mai definitivo. Su di esso si fonda non solo l'analogia, che abbiamo qui cercato di illustrare, tra la logica del vivente e quella della scienza nel suo sviluppo storico, ma anche la differenza specifica che intercorre tra l'eteronomia sociale e la normatività invece intrinseca alla razionalità scientifica.

⁴² G. Canguilhem, *Philosophie et science, Intervista radiofonica tra G. Canguilhem e A. Badiou (1965)*, in G. Canguilhem, *Œuvres complètes Tome IV : Résistance, philosophie biologique et histoire des sciences 1940-1965*, cit., p. 1106.

⁴³ Ivi, p. 1105.

«La vita preferisce l'asimmetria» Ripensare la salute tra medicina e anti-medicina

Gabriele Vissio

Il presente saggio si propone di ricostruire le principali trasformazioni subite dal concetto di salute all'interno del processo storico della medicalizzazione nell'età contemporanea. Le critiche classiche opposte al dispositivo della medicalizzazione della vita, però, non hanno sempre colto la reale questione teorica sottesa a tale processo storico. Nello specifico, concentrandosi su di una critica rivolta in primo luogo all'istituzione e proponendo rivendicazioni nei confronti di un supposto «diritto alla salute», alcuni fautori della de-medicalizzazione, come Ivan Illich, hanno mancato l'obiettivo teorico di una reale ridefinizione del concetto di salute, che rimane in questi autori una nozione ancora troppo statica. Prendendo le mosse dalle riflessioni dell'epistemologo e storico delle scienze Georges Canguilhem si mostrerà come una critica ben più radicale della medicalizzazione venga non da una proposta di de-istituzionalizzazione o de-professionalizzazione della pratica medica, bensì da una sua ristrutturazione a partire da un rinnovato concetto di salute, capace di rendere conto della costitutiva instabilità e asimmetria del vivente.

1. La naturalizzazione della salute

Una delle tesi costitutive dell'ideologia positivista concerne la dipendenza di ogni tecnica particolare nei confronti di una corrispettiva scienza teorica. In questo quadro teorico la medicina come pratica clinica e terapeutica – come *ars medica* – deve essere considerata l'applicazione di una certa scienza teorica i cui principi ne regolino l'attività, scienza che la medicina positivista del secolo XIX ha prontamente individuato nella “nuova” fisiologia scientifica. Sebbene la fisiologia ritrovi le proprie origini nell'antichità nella scuola ippocratica e, soprattutto, nell'anatomia funzionale di Galeno, è proprio con il declino del galenismo e, più in generale, con la scomparsa di alcune convinzioni proprie della medicina ippocratica che essa potrà assumere il ruolo di fondazione teorica della pratica medica¹. In particolare la

¹ Non potendo qui ripercorrere l'intero arco della storia della fisiologia prima del XIX secolo, rimandiamo ad alcune sintesi generali; nello specifico si vedano: G. Corbellini, S. Canali, *L'evoluzione del pensiero fisiologico*, in F. Conti (a cura di), *Fisiologia medica*, Edi-Ermes, Milano 2010; Grmek M. D. (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale*, 3 voll., Laterza, Roma-Bari 1993-1998; Grmek M. D., *La première révolution biologique. Réflexion sur la physiologie et la médecine du XVII siècle*, Payot, Parigi 1990. Sulla medicina antica, sui suoi rapporti con le scienze

fisiologia moderna potrà costituirsi come valida guida per la pratica terapeutica solo quando riuscirà a imporsi come sapere quantitativo e non qualitativo. Come ha notato Ivan Illich «l'antichità non aveva un metro per la malattia» mentre, come testimoniano ad esempio i tentativi dell'alchimia cinquecentesca, sin dalla prima età moderna i medici hanno cercato di trarre conseguenze diagnostiche e terapeutiche a partire dalla misurazione dell'organismo². Certo, come ha rilevato Michel Foucault, il gesto del misurare non implica immediatamente una concezione quantitativa della malattia: fino al XIX secolo, infatti, anche quando avviene secondo un progetto sistematico e razionale (come nel caso di Meckel) la misurazione rimane ancora funzionale a un'indagine quantitativa. Come nota Foucault: «Se Meckel misurava, non era per accedere a una forma di conoscenza matematica; si trattava, per lui, di valutare l'intensità di una certa qualità patologica in cui consisteva la malattia. [...] Può anche trattarsi di un meccanismo, che non dipende tuttavia dalla Meccanica»³. La fisiologia – e la medicina con essa – resta ancora un dominio di sapere sottratto alla concezione quantitativa tipica delle moderne scienze della natura. Essa è, in quest'epoca ancora in attesa di una rivoluzione capace di ricomporre in un quadro coerente i grandi sviluppi che in essa erano venuti accumulandosi. «All'inizio del XIX secolo, la fisiologia si presenta quindi come una disciplina che ha pienamente conquistato un insostituibile ruolo nella medicina, ma che appare ancora mancante di una sua definita fisionomia»⁴.

La rivoluzione attesa, che lo storico della medicina e delle scienze Mirko D. Grmek ha chiamato «la seconda rivoluzione biomedica»⁵, giungerà a compimento solo nella seconda metà del XIX secolo, grazie all'opera di due scuole “nazionali”⁶: la scuola tedesca, formata dagli allievi del grande Johannes Müller (il cosiddetto «gruppo del 1847»: Carl Ludwig, Ernst Brücke, Emil Du Bois-Reymond e Hermann von Helmholtz) e la scuola francese, tutta dominata dalla figura di Claude Bernard⁷.

e sui rapporti tra medicina antica e moderna si vedano G. Cambiano, *Filosofia e scienza nel mondo antico*, Loescher, Torino 1976; L. Russo, *La rivoluzione dimenticata. Il pensiero scientifico greco e la scienza moderna*, Feltrinelli, Milano 1996.

² I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute* (1976), tr. it. di D. Barbone, Paravia Bruno Mondadori, Milano 2004, p. 176.

³ M. Foucault, *Nacita della clinica. Un'archeologia dello sguardo medico* (1963), tr. it. di A. Fontana, Einaudi, Torino 1998, p. 25-26.

⁴ F. Conti, *Claude Bernard e la nascita della biomedicina*, Raffaello Cortina, Milano 2013, p. 18.

⁵ Si vedano M. D. Grmek, *La première révolution biologique. Réflexions sur la physiologie et la médecine du XVIIe siècle*, Payot, Parigi 1990; M. D. Grmek, *La vita, le malattie e la storia*, Di Renzo, Roma 1998.

⁶ Dal punto di vista storico bisognerebbe ricordare anche una terza scuola, quella inglese, il cui sviluppo però appare però un po' anomalo: basti pensare che per gran parte della vita di Bernard (1813-1878) non esiste in Gran Bretagna che una sola cattedra di fisiologia e che la storia della disciplina in Gran Bretagna inizia nel 1883 con la nomina di Michael Foster nel ruolo di primo professore di fisiologia del Trinity College di Cambridge, che darà l'avvio al primo nucleo di una scuola fisiologica attiva e feconda nei decenni successivi (cfr. E. Sharpey-Schafer, *History of physiology in Great Britain during the last hundred years*, in «British Medical Journal», n. 2, 1931, pp. 781-783; F. Conti, *Claude Bernard e la nascita della biomedicina*, cit., pp. 54-56).

⁷ Sugli sviluppi della fisiologia cfr. F. L. Holmes, *Fisiologia e medicina sperimentale*, tr. it. in M. D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale*, cit., pp. 79-142. Sul ruolo di Bernard all'interno della seconda rivoluzione biomedica rimandiamo, oltre al già citato F. Conti, *Claude Bernard e la nascita della biomedicina*, a F. Conti, *Claude*

Per quanto la fisiologia di Müller fosse ancora caratterizzata da un forte vitalismo, i suoi allievi si fecero sostenitori di un programma radicalmente fisicalista, tutto volto allo scopo «di far valere la verità secondo la quale nell'organismo non agiscono altre forze che quelle semplicemente fisico-chimiche»⁸. Quest'intento riduzionista fu così coerentemente inteso da parte dei suoi sostenitori che Du Bois-Reymond giunse addirittura ad auspicare la completa dissoluzione della fisiologia nelle scienze dei fenomeni naturali: «[Nella fisiologia] sempre più territorio è assegnato alla giurisdizione delle forze fisiche e chimiche. [...] Non possiamo non aspettarci che un giorno, abbandonando i propri specifici interessi, la fisiologia si fonderà nel grande stato unificato della scienza teoretica, sarà dissolta nella fisica e nella chimica»⁹. Per quanto condividesse certamente gli entusiasmi di Du Bois-Reymond per le scienze fisico-chimiche, la posizione di Bernard sulla loro funzione per la fisiologia è alquanto diversa. La sua fondazione della fisiologia, «la più complessa di tutte le scienze», è condotta in polemica con la concezione anatomo-centrica della disciplina:

L'anatomia è una scienza ausiliaria alla fisiologia, la più immediatamente necessaria senza dubbio, ma insufficiente da sola; a meno di voler ritenere che l'anatomia includa tutto e che l'ossigeno, il cloruro di sodio e il ferro che si trovano nel corpo siano elementi anatomici dell'organismo. [...] l'anatomia in realtà non insegna nulla [...] Infatti, quando un anatomico incontra in una parte del corpo delle fibre muscolari, conclude che c'è contrazione muscolare; quando incontra delle cellule ghiandolari, conclude che c'è secrezione; quando incontra fibre nervose, conclude che c'è sensibilità o movimento. Ma chi gli ha insegnato che la fibra muscolare si contrae, la cellula ghiandola secerne e i nervi sono sensoriali o motori se non l'osservazione sul vivente? [...] Il fisiologo adotta un altro piano e segue una concezione differente: *invece di partire dall'organo per giungere alla funzione, parte dal fenomeno fisiologico e ne ricerca la spiegazione nell'organismo*. Allora, per risolvere il problema vitale, il fisiologo chiama a soccorso tutte le scienze, l'anatomia, la fisica, la chimica, che sono ausiliarie dotate di indispensabili strumenti d'indagine¹⁰.

Nell'ottica di Bernard non si tratta di dissolvere la fisiologia nelle scienze fisico-chimiche ma di riconoscere loro una posizione dominante all'interno delle scienze mediche¹¹, in particolare rispetto all'anatomia.

In ogni caso, se la pratica medica deve riferirsi a un sapere teorico fondativo, questo non potrà fare a meno delle moderne scienze fisico-chimiche e dovrà costituirsi come scienza sperimentale e quantitativa dell'organismo in salute. Il

Bernard: *Primer of the second biomedical revolution*, in «Nature Reviews Molecular Cell Biology», n. 2, 2001, pp. 703-710.

⁸ Lettera di E. Du Bois-Reymond a Hallman, citata in H. Jonas, *Potenza o impotenza della soggettività*, tr. it. di P. Becchi, Medusa, Milano 2006, p. 13.

⁹ Citato in F. L. Holmes, «Fisiologia e medicina sperimentale», op. cit., p. 112.

¹⁰ C. Bernard, *Leçons sur la physiologie expérimentale appliquée à la médecine*, Baillière, Parigi 1855-1856, pp. 186-194; la traduzione qui riportata si trova in F. Conti, *Claude Bernard e la nascita della biomedicina*, cit., p. 54.

¹¹ Come nota Canguilhem: «Bernard considera la medicina scienza delle malattie, la fisiologia scienza della vita. Nelle scienze, è la teoria che chiarisce e determina la pratica. La terapeutica razionale dovrebbe essere sorretta da una patologia scientifica, e una patologia scientifica deve fondarsi sulla scienza fisiologica» (Cfr. G. Canguilhem, *Il normale e il patologico* (1966), tr. it. di D. Buzzolan, Einaudi, Torino 1998, p. 42).

concetto di salute viene de-sostanzializzato a favore di una concezione dello stato di salute come buon funzionamento degli organi, grazie alla regolazione dell'ambiente interno [*milieu intérieur*]. La malattia si configura allora come una condizione di difficoltà funzionale dell'organismo e, secondo l'insegnamento di François Broussais, lo stato patologico si pone in continuità con lo stato di salute, differenziandosi da questo soltanto come variazione. Il fatto di considerare la salute non più sotto il profilo qualitativo (la salute come una certa *qualità* dell'organismo sano) non significa negare la sua appartenenza al dominio ontologico degli oggetti naturali, anzi. Proprio grazie alla sua definizione in termini di funzioni fisiologiche la salute trova una propria scienza – la fisiologia – capace di collocarsi all'interno della compagine delle scienze naturali. Bernard, infatti, intende la fisiologia come scienza della vita e non come scienza medica: il suo scopo non è in primo luogo clinico ma teorico-sperimentale. Il primato della fisiologia nella medicina ottocentesca ha determinato così uno spostamento di interesse dal malato alla malattia, e la vittoria del laboratorio biomedico sulla clinica, comportando una concezione dell'arte medica come applicazione tecnica di una scienza del funzionamento *normale* dell'organismo¹².

2. Malattia: normalizzazione e istituzionalizzazione

Georges Canguilhem ha consacrato la sua opera principale alla questione del ruolo del concetto di «normale» all'interno della medicina contemporanea, e ha giustamente dedicato ampio spazio del suo studio dell'opera di Bernard. Canguilhem riconosce immediatamente l'originalità di Bernard e il suo ruolo all'interno della “seconda rivoluzione biomedica”, proprio per la sua capacità di recare «a sostegno del proprio principio generale di patologia [la continuità dello stato patologico con lo stato normale, *ndr*], argomenti controllabili, protocolli di esperienze e soprattutto metodi per la quantificazione dei concetti fisiologici»¹³. A Canguilhem non sfugge quindi il nesso che intercorre tra l'identificazione della salute in una serie di valori parametrici definiti e la sua concezione come «stato normale». Se, secondo il principio di Broussais, la malattia trova la propria spiegazione «nell'eccesso o nella mancanza di eccitazione dei diversi tessuti al di sopra e al di sotto del grado che costituisce lo stato normale» e se, come insegna Bernard, questo eccesso o mancanza deve essere esprimibile in una variabile misurabile, lo stato patologico non potrà essere inteso se non come deviazione da una norma. La salute quindi si configura come norma e la norma non è qualcosa che, propriamente, «esista»¹⁴. La salute non è per Bernard qualcosa che esista, ma nondimeno essa rimane qualcosa di naturale. Canguilhem rileva giustamente che: «A rigore, una norma non esiste: essa svolge il proprio ruolo, che è quello di svalutare l'esistenza al fine di permetterne la

¹² D. Lecourt, *Georges Canguilhem*, PUF, Parigi 2008, p. 46.

¹³ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, cit., p. 49.

¹⁴ *ivi*, p. 51.

correzione»¹⁵. Nondimeno Bernard appare pronto a fare in modo che tale concetto, sebbene privo di corrispondente nell'esistenza, venga ben riempito di contenuti reali. La malattia come deviazione dalla norma, infatti, viene intesa in due modi da Bernard: come variazione quantitativa e come differenza di grado. Se la seconda concezione implica la già richiamata continuità tra normale e patologico, la prima rimanda a una loro omogeneità. Stabilire che ci sia continuità tra due poli contrapposti, non richiede che si dia definizione degli stessi, ma solo che si stabilisca in cosa consista la loro contrapposizione e che la si replichi in scala via via ridotta, procedendo progressivamente. L'omogeneità di due elementi, invece, richiede che si dia la definizione della natura di uno dei due o che, quantomeno, venga definito quale sia l'elemento omogeneo in essi¹⁶. Bernard non si accontenta della continuità della malattia e della salute, ma riconduce entrambe a un'omogeneità fenomenica: la malattia non è un fenomeno di natura diversa dalla salute, essa anzi inerisce al medesimo dominio del reale. Egli non può e non vuole sottrarsi da una determinazione della salute, anzi: la sua fisiologia si differenzia da quella di Broussais proprio per la sua capacità di offrire questo contenuto concettuale nella forma oggettiva del dato biometrico sperimentale. È nel laboratorio e nell'esperimento, dove le condizioni sono sotto il controllo dello sperimentatore, che la salute si riempie di significato e che viene definito che cosa sia, di volta in volta, normale. La clinica non ha altro compito che quella di soppiantare le deviazioni degli individui con la norma del laboratorio, di far valere la chimica del laboratorio contro la chimica dell'organismo. In tutto questo il fenomeno patologico viene ridotto ad alcuni sintomi, suscettibili di analisi biometrica e viene riconosciuto come disturbo di una funzione¹⁷ e, di conseguenza – in relazione al livello di analisi di volta in volta adottato – come malattia di organi, tessuti o cellule. La malattia non viene considerata un'esperienza «del tutto organico», ma un fenomeno localizzabile, individuabile, isolabile, misurabile e descrivibile biometricamente¹⁸: la naturalizzazione e la normalizzazione della salute, la vittoria del laboratorio sulla clinica, comportano innanzitutto una rimozione della malattia come esperienza.

Anche Illich, come Canguilhem, individua nella sovversione dei rapporti tra la clinica e il laboratorio e nello slittamento dell'interesse medico dal malato alla malattia uno dei principali problemi della medicina contemporanea: «Man mano che l'interesse del medico si spostava dal malato al male», leggiamo in *Nemesi medica*, «l'ospedale diventava un museo della malattia», fino a che «ci si cominciò a rendere conto che l'ospedale era il posto ideale per studiare e comparare i casi. [...] i medici presero a frequentare gli ospedali per esercitarsi; [...] acquisivano “la visione del capezzale”, l'occhio clinico»¹⁹. L'ospedale diviene così istituto didattico e laboratorio sperimentale, luogo di conoscenza e di produzione del sapere medico. Proprio qui

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ *Ivi*, p. 50.

¹⁷ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, cit., p. 58.

¹⁸ *Ivi*, p. 185.

¹⁹ I. Illich, *Nemesi medica*, cit., p. 176

risiede l'origine del processo di istituzionalizzazione e professionalizzazione della medicina di cui Illich e il più ampio movimento dell'anti-medicina nel Novecento hanno denunciato i limiti e le ingiustizie. È solo in virtù dello statuto scientifico delle sue asserzioni, infatti, che la biomedicina occidentale ha potuto infatti giustificare l'istituzionalizzazione e, soprattutto, la professionalizzazione della pratica medica. Medico è colui che può vantare (ma soprattutto certificare) una certa compagine di conoscenze teoriche, abilità pratiche e competenze tecniche. Il processo di istituzionalizzazione e quello della normalizzazione si implicano dunque a vicenda e non sembrano poter essere considerati separatamente. Non a caso il termine «normale», che vede la propria origine nella scuola e nella sanità, le due istituzioni cardine dell'Europa del XIX secolo, rappresenta l'esito ultimo del più ampio processo di razionalizzazione e burocratizzazione in cui si trovò coinvolta la società industriale di quel secolo²⁰. La sanità, la scuola, le comunicazioni, il sistema energetico e quello dei trasporti: ognuno di questi elementi riceve una spinta alla fissazione di standard, alla formulazione di protocolli, alla determinazione di modelli e, in una parola, alla normalizzazione. In questo periodo, a soprintendere a questo processo, è in larga misura lo Stato. Nel caso della salute, in particolare, a essere in gioco è l'esigenza stessa dello Stato di preservare e promuovere la forza fisica nazionale ai fini della produttività industriale e, fino alla Seconda Guerra Mondiale, della difesa nazionale. La questione della salute è, almeno fino a metà Novecento, questione di Stato e di «ordine pubblico»²¹.

Qualcosa cambia però a partire dagli anni '40 e, in particolare, nel secondo Dopoguerra. Il 26 luglio 1945, a Londra, il laburista Clement Attlee inaugura il proprio mandato come Primo Ministro, dopo aver inaspettatamente sconfitto alla tornata elettorale di quell'anno il candidato conservatore Winston Churchill, l'uomo che aveva protetto il Regno Unito dalla minaccia nazista. Obiettivo di Attlee è quello di portare a compimento una serie di importanti riforme nel campo delle politiche sociali, per la cui programmazione egli fa riferimento ai contenuti del *Report of the Inter-Departmental Committee on Social Insurance and Allied Services*, pubblicato nel 1942 dall'economista William H. Beveridge e frutto di un'indagine sul funzionamento dei servizi sociali inglesi, promossa dal precedente governo. Le proposte contenute all'interno di quello che sarebbe poi stato conosciuto come il *Rapporto Beveridge*, suggerivano che l'accesso ai servizi sociali fondamentali – in particolare quello ai sussidi di disoccupazione, al sistema pensionistico e a quello sanitario – venisse garantito da una più forte tassazione dei redditi più alti e da un investimento delle risorse dello Stato nel sistema dei servizi sociali²². Nel 1946 il governo Attlee vara un piano di riforme – il cosiddetto *piano Beveridge* – che conduce alla costruzione del

²⁰ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, cit., p. 199.

²¹ G. Pizza, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma 2005, p. 93.

²² Per un discorso generale sulle trasformazioni nell'Europa nel Secondo Dopoguerra si vedano G. Mammarella, *Storia dell'Europa dal 1945 a oggi*, Laterza, Roma-Bari 2000; T. Judt, *Dopoguerra. Come è cambiata l'Europa dal 1945 a oggi* (2005), tr. it. di A. Piccato, Mondadori, Milano 2007. Su Beveridge rimandiamo a B. Abel-Smith, *The Beveridge Report: Its Origins and Outcomes*, in «International Social Security Review», n. 45, 1992, pp. 5-16 e a J. Harris, *William Beveridge: A Biography*, Oxford University Press, Oxford 1997.

National Health Service (Nhs), il Servizio Sanitario Nazionale, primo elemento costitutivo del *Welfare State* britannico. Questa vicenda assume un'importanza sovranazionale dal momento in cui il piano Beveridge viene assunto come modello per l'organizzazione dei servizi sanitari in numerosi altri paesi, al punto che all'inizio degli anni '60 esso «godeva ancora reputazione in tutto il mondo, specialmente tra i riformatori americani»²³. Secondo Michel Foucault, è proprio a partire dal piano Beveridge che è venuto a cambiare l'interesse dello Stato – ora divenuto *Welfare State* – nei confronti della salute individuale: la salute diventa oggetto di tutela in quanto *diritto*²⁴. Sono gli ordinamenti costituzionali del Secondo Dopoguerra a interessarsi della salute in quanto diritto, ma anche le organizzazioni internazionali (prima fra tutte l'OMS, ma successivamente, in maniera più o meno indiretta, anche il Fondo Monetario Internazionale e la Banca Mondiale) e quella della salute diviene progressivamente parte costitutiva e integrante di una biopolitica capillare. «Essere sano» diviene un dovere verso se stessi, un tassello fondamentale della propria auto-costituzione. Al contrario, la malattia – in quanto costo sociale – diviene condizione che l'individuo è, moralmente, tenuto a evitare. Sebbene in un senso in parte diverso, anche nel processo dell'istituzionalizzazione della salute, la malattia viene considerata come stato deficitario rispetto a questa.

È proprio in virtù di una tale concezione della salute e della malattia, che questi tre movimenti di cui abbiamo delineato i contorni – quello della naturalizzazione, della normalizzazione e dell'istituzionalizzazione della salute – convergono in quel più generale processo di *medicalizzazione* della vita che si costituisce «come paradigma, che si incarica in modo sempre più raffinato e “scientifico”, di *misurare il deficit* in base a standard di normalità di volta in volta caricati di un determinato valore di verità»²⁵. Ed è in questo dispositivo complessivo che la salute, da diritto, si trasforma in «un assillo volontario, un parassita delle nostre condotte con cui accettiamo e quasi scegliamo di convivere»²⁶.

3. Prevenzione: l'ultimo esito della medicalizzazione

Nel contesto della medicalizzazione l'individuo si trova a essere già sempre considerato come bisognoso di attenzioni da parte del sistema sanitario. Tra le principali categorie di individui ai quali viene richiesta una particolare attenzione al proprio stato di salute ricordiamo: i neonati; i bambini e i ragazzi nell'età dello sviluppo; le persone con handicap e disabilità; gli sportivi; le donne in gravidanza; i lavoratori; i medici e gli operatori sanitari; gli anziani; le persone attive sessualmente; i viaggiatori (in particolare coloro che frequentano paesi “esotici”); i malati stessi, che devono fare attenzione a non peggiorare le proprie condizioni di salute e, in

²³ I. Illich, *Nemesi medica*, cit., p. 237.

²⁴ M. Foucault, *Archivio Foucault. Volume 2: Poteri, Saperi, Strategie*, tr. it. di A. Petrillo, Feltrinelli, Milano 1997, p. 202-203.

²⁵ P. A. Rovatti, *Note sulla medicalizzazione della vita*, in «Aut-Aut» n. 340, 2008, pp. 3-13: 5.

²⁶ Ivi., p. 7.

alcuni casi, a preservare quelle degli altri. È nel *gesto diagnostico* e nelle pratiche della *prevenzione* che la medicalizzazione penetra oggi più a fondo nella vita. Il vero oggetto della medicalizzazione non è l'uomo malato, ma l'uomo sano, l'uomo che “possiede” la propria salute e che ha il compito – verso se stesso e verso la comunità a cui appartiene – di tutelarla. La prevenzione si muove continuamente su due livelli: da un lato gli esami diagnostici di accertamento si preoccupano di conoscere la situazione del singolo individuo, dall'altro queste informazioni assumono per lo Stato un valore statistico e un significato epidemiologico; da un lato le tecniche di profilassi individuali, dall'altro definizione e attuazione di protocolli di igiene pubblica. Quello della prevenzione è un vero e proprio “dispositivo nel dispositivo” biopolitico della medicalizzazione, capace di intervenire contemporaneamente sui due livelli dell'*individuo* e della *popolazione*.

Nella sua critica generale alle istituzioni, Illich individua un difetto trasversale che riguarda non tanto l'ambito di esercizio del singolo sistema (sanitario, educativo, energetico,...) ma che colpisce la stessa forma istituzionale: l'istituzione è sempre controproducente. Se approfondiamo l'analisi delle singole istituzioni oltre le prime apparenze, possiamo infatti scoprire che esse – lungi dal risolvere o anche solo ridurre le esigenze e i bisogni che sono all'origine della loro costituzione – sembrano divenire a loro volta sistemi di produzione e intensificazione di quei bisogni. Nel caso dell'istituzione medica questo avviene attraverso un processo di *iatrogenesi* articolato su tre livelli: iatrogenesi clinica (che produce veri e propri danni clinici); iatrogenesi sociale (che favorisce le condizioni che rendono malsana la società); iatrogenesi culturale (che espropria l'individuo del proprio potere di guarire se stesso)²⁷. Per quanto i sistemi sanitari siano cambiati molto dagli anni '70 in cui Illich scriveva, la iatrogenesi rimane oggi un rischio reale, quanto più esso è legato all'esigenza che ognuno di noi ha di sapere. La gravità della iatrogenesi non si esprime tanto nell'aumentato consumo di farmaci da parte di chi è o crede di essere malato, ma nell'incredibile moltiplicarsi di procedure mediche a cui decide di sottoporsi chi, ragionevolmente, crede di essere sano. Oggi non è più il farmaco a dominare l'immaginario della salute, ma il certificato²⁸ e la nuova vittoria del laboratorio sulla clinica non risiede nella chimica farmaceutica ma nello *screening*.

L'effetto iatrogeno della medicalizzazione è tale per cui è la stessa categoria medica, negli ultimi trent'anni, ad essersene preoccupata. Un esempio di tale preoccupazione è la creazione del concetto di «prevenzione quaternaria»²⁹ che non concerne più la malattia, la sua insorgenza e le sue complicazioni, ma si rivolge direttamente a una protezione del paziente dagli effetti controproducenti di un'ipermedicalizzazione. È il medico stesso a formulare il rischio dell'eccesso di

²⁷ I. Illich, *Nemesi medica*, cit., p. 14.

²⁸ In merito al ruolo del certificato e della certificazione si veda: G. Ferrigo, *Il certificato come sevizia. L'Igiene Pubblica tra irrazionalità e irrilevanza*, Forum Editrice Universitaria, Udine 2014.

²⁹ Il concetto è stato coniato da Marc Jamouille, all'interno di un famoso saggio del 1986. Di lì in poi la nozione di prevenzione quaternaria ha conosciuto un'ampia diffusione all'interno della letteratura medica, sino a un suo pieno riconoscimento istituzionale. Jamouille M., *Information et informatisation en médecine générale*, in J. Berleur et altri, *Les informa-g-iciens*, Presses Universitaires de Namur; Namur 1986, p.193-209.

medicalizzazione ma, nel farlo, non fa che confermare la tesi di Illich per cui la medicalizzazione sarebbe, oltre che un processo di sempre più profonda penetrazione delle pratiche mediche nella vita quotidiana, anche un'onnipresente ansia nei confronti della salute. La prevenzione quaternaria riguarda infatti la tutela della salute nei confronti dell'eccesso di diagnosi [*overdiagnosis*] e dell'accanimento terapeutico [*overtreatment*]. Resta inalterato il monopolio del sistema medico-sanitario nella determinazione di che cosa sia la malattia, di chi sia il malato e di chi debba accedere o meno ai servizi medici. Anzi, anche la prevenzione dei rischi iatrogeni della sanità viene ora codificata, professionalizzata, istituzionalizzata.

4. Conclusioni. Ridefinire la salute

La tesi di Illich, come abbiamo ricordato, è che la prima minaccia per la salute sia rappresentata, nella nostra epoca, dalla corporazione medica. La pericolosità di questo «sistema di tutela della salute a carattere e basato sul medico» è tale che i danni da esso arrecati sopravanzano di gran lunga i benefici che da esso è possibile trarre. L'istituzione sanitaria, inoltre, occulta all'individuo la sua personale capacità di «guarire se stesso», senza dover far ricorso al monopolio della medicina “ufficiale”. Illich, come Foucault, riconosce nel piano Beveridge un momento di svolta all'interno della storia della sanità occidentale e globale. Il presupposto fondamentale su cui viene edificato il Nhs inglese è che all'interno di ogni popolazione, esista un tasso di morbosità delimitato che, una volta sottoposto all'azione di un sistema sanitario “sociale”, possa essere progressivamente ridotto. Il piano prevedeva così, contemporaneamente alla diffusione delle terapie, una riduzione correlativa della morbosità e dei costi dello stesso sistema sanitario³⁰. Ma Illich contesta proprio questi risultati: non solo i servizi sanitari nazionali hanno generato nuove esigenze terapeutiche, cliniche e farmacologiche e, dagli anni '40, i costi economici e sociali della tutela della salute sembrano continuare a crescere, ma l'effetto iatrogeno della sanità si è fortemente esteso al livello culturale, oltre che sul piano clinico e su quello sociale. La soluzione prospettata da Illich è *politica*: occorre sovvertire l'istituzione medica, eliminando la sua intermediazione tra il cittadino e la salute. Occorre demedicalizzare la vita degli individui, disgregando il monopolio che la corporazione medica esercita sulla salute, facendo in modo che i cittadini si possano riappropriare della salute intesa come «libertà e diritti»³¹.

Più di vent'anni dopo la pubblicazione di *Nemesi medica*, nel 1998, durante una prolusione tenuta a Bologna nel contesto del convegno «Malattia e salute come metafore sociali», Illich ritorna criticamente sul proprio lavoro³². Nel riconoscere ancora valida la propria tesi secondo cui «la salute è divenuta il fattore patogeno predominante», Illich ammette però di essere «costretto a fare i conti con una

³⁰ I. Illich, *Nemesi medica*, cit., p. 237.

³¹ Ivi, p. 259 e ss.

³² La prolusione, con titolo «Non lasciarci soccombere alla diagnosi, ma liberaci dai mali della sanità», è oggi disponibile come appendice all'edizione italiana di *Nemesi medica*; cfr. I. Illich, *Nemesi medica*, cit., p. 307-314.

controproduttività a cui non potevo pensare quando scrissi *Nemesi medica*³³. La nuova controproduttività è data proprio da quel ruolo assunto dal dispositivo diagnostico/preventivo che anche noi abbiamo riconosciuto come nuovo approdo del processo storico moderno della medicalizzazione. La diagnosi si configura come nuovo agente iatrogeno paradossale: se da un lato le statistiche sulla morbosità e la mortalità rivelano un calo che viene letto dallo stesso sistema sanitario come prova della propria efficacia, d'altro canto le indagini antropologiche e sociologiche rivelano che è proprio nei paesi a più alto tasso di medicalizzazione che gli individui percepiscono se stessi come più bisognosi di cure e di terapie. La distanza tra una pretesa diagnosi “obiettiva” e la percezione soggettiva del proprio stato di salute è tale che «l'angoscia misura il livello della modernizzazione e, ancora più, quello della politicizzazione»³⁴. Questo fenomeno trova le proprie origini in una separazione tra il gesto diagnostico e quello terapeutico: fino al secolo XIX la diagnosi si configurava come una «mimetica» che, attraverso la pratica dell'ascolto che portava il medico a identificarsi con il malato, rivestiva un reale ruolo terapeutico per il paziente. Dall'Ottocento in avanti però la diagnosi è passata dall'essere una pratica di ascolto al divenire una pratica di auscultazione, perdendo in rapporto medico-paziente ciò che essa guadagnava in precisione diagnostica, in obiettività e in “realismo”³⁵. Com'è facile prevedere una tale ricostruzione della storia della diagnosi conduce Illich a confermare, sebbene con alcuni aggiustamenti, la sua condanna del sistema medico-sanitario e a ribadire la richiesta di un riconoscimento dell'unicità di un individuo ormai del tutto spersonalizzato e de-relazionato dall'istituzione medica.

Nonostante il passare degli anni è difficile percepire le rivendicazioni e le esortazioni di Illich come troppo distanti dalla nostra condizione. Lungi dall'essere scomparsi, i movimenti dell'anti-medicina hanno generato numerosi eredi e da più parti si possono sentire richiami all'urgenza della de-medicalizzazione e ai pericoli di una sempre più pervasiva oppressione del sistema medico nei confronti degli individui. Tali spinte si muovono in un ampio spettro di variabilità: dalla denuncia dello strapotere economico delle grandi multinazionali farmaceutiche, agli inviti a integrare il sistema medico con le cosiddette «medicine complementari», alla elaborazione e diffusione di teorie para- e pseudo-scientifiche su un'intera varietà di questioni mediche³⁶. Se alcune di queste rivendicazioni appaiono condivisibili, altre possono lasciare piuttosto perplessi, ma certamente tutte restano espressione viva di una sfiducia nell'azione medica e della richiesta di una salute de-istituzionalizzata e de-professionalizzata.

In merito a questi movimenti si possono riprendere le parole che, a pochi anni dalla pubblicazione di *Nemesi medica*, Canguilhem dedicava al lavoro di Illich:

³³ Ivi, p. 310.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ Ivi, pp. 311-313.

³⁶ Si pensi ad esempio all'ampia visibilità che ha avuto nel nostro paese la questione delle vaccinazioni pediatriche che, secondo alcuni, sarebbero alla base di una vera e propria iatrogenesi clinica, in quanto responsabili di una gran varietà di malattie e patologie, prima fra tutte la sindrome dell'autismo.

Si pensava di inventarsi chissà cosa, mentre si trattava semplicemente di un ritorno al tema millenario del medico di se stesso. Giacché i tempi sono difficili e gli sbocchi di lavoro sono pochi, una quantità crescente di terapeuti non scienziati – la scienza, eccolo il nemico – si vanta di riuscire a ottenere quello che rimprovera ai medici di trascurare o di mancare. Donde l'appello ai malati delusi: veniteci a dire che volete guarire, e poi insieme faremo il resto³⁷.

La petizione di principio, in cui consiste secondo Canguilhem in fondo l'anti-medicina, è quella di considerare così già risolto il problema. «Diteci che volete guarire», dicono insieme il serio critico dell'istituzione e il ciarlatano di turno, «e noi vi guariremo, lo faremo insieme e lo faremo con *umanità*». Ma la verità è che questi inviti non fanno che aumentare, anziché diminuire, l'ossessione per la salute. Si pongono così nuovi e forse più pressanti questioni individuali e collettive: quale terapia scegliere? Quando considerare "sicuro" il proprio livello di autonomia in campo terapeutico? Quale livello di salute personale considerare adeguato? Come nota Canguilhem: «Anche sentirci frustrati per il fatto che la medicina attuale non ci garantirebbe un adeguato livello di salute, anche questa è una malattia»³⁸.

Questa critica di Canguilhem alla de-medicalizzazione e all'anti-medicina è più che condivisibile ma, a mio parere, ancora incompleta. In particolare, mi pare, resta ancora non problematizzato il concetto – a dire il vero un po' vago in Illich – di salute come «libertà e diritti». Questa idea di salute appare inizialmente non dissimile dall'idea di Canguilhem della salute come «normatività», in quanto per Illich «la salute designa la sfera di autonomia entro la quale una persona domina i propri stati biologici e le condizioni del suo ambiente immediato. In questo senso, la salute equivale al grado di libertà vissuta»³⁹. Lo stesso Illich si è poi distanziato da questa idea di salute come «*coping*», come capacità di fronteggiare la situazione biologica e ambientale, ma nuovamente in vista di una non meglio precisata svolta della pratica medica verso un'attenzione alla malattia come esperienza soggettiva, alla dimensione relazionale e all'uomo concreto⁴⁰. Ciò che non emerge né dalla critica di Canguilhem, né dall'autocritica di Illich è la problematicità di una nozione di salute intesa come *diritto*. Il diritto alla salute viene espresso da Illich come diritto di accesso alle risorse monopolizzate dalla medicina come professione e istituzione.

Il diritto alla salute inteso in questa maniera presenta, in primo luogo, il problema di essere ancora più centrato sulla terapia che sulla prevenzione: la nozione di salute qui sottintesa rimanda a uno stato da raggiungere, a un *télos* a cui mirare. Nell'idea dell'uomo «medico di se stesso» non si mette in discussione il presupposto primo della medicalizzazione, che cioè l'uomo è sempre «uomo da curare», ma si sposta solo la responsabilità della cura dal medico al malato. Di conseguenza e in secondo luogo, l'idea di una salute come un diritto slitta verso

³⁷ G. Canguilhem, *È possibile una pedagogia della guarigione?* (1978), in Id. *Sulla medicina. Scritti 1955-1989*, tr. it. di D. Tarizzo, Einaudi, Torino 2007, pp. 35-52: 49.

³⁸ Ivi, p. 51.

³⁹ I. Illich, *Nemesi medica*, op. cit., p. 259.

⁴⁰ Ivi, pp. 295-306

un'idea di salute come virtù: «La salute è un compito [...] La riuscita di questo compito è in gran parte il risultato dell'autocoscienza, dell'autodisciplina e delle risorse interiori con cui ognuno regola il proprio ritmo e le proprie azioni quotidiane, la propria alimentazione, la propria attività sessuale»⁴¹. La *vita sana* è *vita virtuosa*, capace di preservare l'individuo dalla malattia e di evitare il contatto con la medicina istituzionale e professionale. Ma quest'idea è perfettamente coerente con il dispositivo biopolitico della prevenzione, che trasferisce nelle pratiche dei soggetti il compito del controllo. Illich non si accorge di quanto possa essere pericoloso e inquietante invocare un compito alla salute che implichi un autocontrollo da parte del soggetto su tutte le proprie attività corporee, a partire dall'alimentazione e dal comportamento sessuale. In terzo luogo, e questo ci pare il punto fondamentale, la concezione di salute di Illich è ancora una forma di determinazione della salute in uno «stato». Da questo punto di vista Illich non supera minimamente la posizione di Bernard e della biomedicina ottocentesca ma, anzi, si può sostenere che ne potenzi gli esiti. Bernard ha definito il concetto di salute non più in termini sostanziali, bensì in termini normativi, ma non per questo, come si è visto, egli rinuncia a riempire questo concetto di un contenuto reale, quello dei valori sperimentali. Il concetto normativo di salute prescrive così delle norme organiche, basate su valori sperimentali. Associare questo concetto a una rivendicazione del diritto alla salute, significa elevare la positività sperimentale dell'organico alla positività valoriale dell'etica. Certo, il concetto di salute di Illich ha un contenuto positivo più povero dei valori sperimentali di Bernard: la sua è una salute minima, umile, ridotta. Ma nondimeno il suo programma di recupero della salute «non implica la messa al bando del linguaggio tecnico come non richiede l'esclusione della competenza autentica [...]». Non significa l'abolizione della medicina moderna»⁴². Soprattutto, non significa rinunciare a una definizione ancora una volta normalizzante della salute:

La nozione di ciò che è consigliabile, il modo di regolarsi più adeguato, l'impegno a valorizzare la salute altrui, tutto questo si apprende dall'esempio dei pari o degli anziani. Queste attività personali sono plasmate e condizionate dalla cultura in cui l'individuo cresce [...]. Gli individui sani sono quelli che vivono in case sane con un'alimentazione sana in un ambiente parimenti adatto per nascere, crescere, lavorare, guarire e morire [...] A misura che intervengono altri nella gestione della sua intimità, egli [l'individuo] rinuncia alla propria autonomia e la sua salute *non può non deperire*⁴³.

Quel che rimane, in questa visione “decrescitista” della salute, è ancora l'idea che la salute sia uno stato. L'uomo medicalizzato è destinato a veder deperire la propria salute, mentre l'uomo che verrà, l'uomo de-istituzionalizzato, farà fronte autonomamente all'esperienza «del dolore, della malattia e della morte». Non si nega, certo, che queste esperienze siano parte integrante della vita di ognuno; nondimeno

⁴¹ Ivi, p. 291.

⁴² Ivi, p. 274.

⁴³ Ivi, p. 292.

si continua a vedere nello stato di salute lo stato naturale o, meglio, lo «stato di natura» dell'uomo. Come sarebbe l'uomo al di fuori delle istituzioni? Sarebbe un uomo sano che vive una *vita sana* in un ambiente salubre. La vita sana è uno stato, una costanza, solo occasionalmente interrotta dall'evento patologico. La malattia è nuovamente ricondotta a stato di eccezione, a fuoriuscita dalla norma, estraneità alla vita normale, naturale e sana dell'individuo. Ipostatizzare la salute in un oggetto di diritto – da preservare e, all'occorrenza, da restaurare – significa ancora rivolgersi a un individuo che si presenta come naturalmente sano, che esclude la malattia dalla propria vita e che, in definitiva dimentica la «legge di degradazione di cui la salute esprime un successo sempre temporaneo»⁴⁴. La vita, però, non è un'oscillazione tra uno stato di salute e uno di malattia e non conosce né punti zero da cui muovere, né asintoti a cui tendere. Nel suo tentativo di scampare alla morte, «la vita preferisce l'asimmetria»⁴⁵. Pensare a un diritto alla salute come un diritto alla vita sana (alla sua conservazione come alla sua restaurazione) significa operare una rimozione di questa asimmetria e del suo significato. La salute come diritto mistifica il senso vitale della malattia, che dimentica «l'ascolto e la comprensione dei corpi» e riduce di conseguenza la medicina – istituzionalizzata o de-istituzionalizzata che sia – a un compito restaurativo che essa non può assolvere. La vita è infatti costitutivamente riduzione, e la salute non è che la condizione della capacità dell'individuo di far fronte alla vita stessa e agli eventi che ne accelerano il declino. La pratica medica si è rivolta, nel corso del tempo, al malato (nella pratica clinica), alla malattia (con l'avvento della biomedicina), all'individuo sano e alla popolazione (con la medicina preventiva, l'igiene e l'epidemiologia). Essa si occupa ormai raramente dell'individuo come vivente, se non quando si tratta di imporre a esso, nella sua globalità, un concetto di salute il cui contenuto sono, di volta in volta, valori sperimentali e condotte virtuose. Non si tratta perciò di de-istituzionalizzare la salute o di de-professionalizzarla – lasciando libero il campo a nuove (e magari cialtronesche) promesse di salute –, ma di ripensare la pratica medica come rivolta al vivente e a una salute che non si determina mai in un concetto dal contenuto stabile, continuo, ipostatizzato, ma che richiede, quasi come un limite noumenico, una continua e incessante ridefinizione.

⁴⁴ G. Canguilhem, *Sulla medicina*, cit., p. 52

⁴⁵ F. Dagognet, *Georges Canguilhem. Filosofo della vita* (1997), in G. Canguilhem, *Sulla medicina*, cit., pp. 69-101: 93.

Le sfide della medicina di fronte alle diagnosi infauste nelle malattie neurodegenerative croniche e progressive: tra questioni epistemologiche e dilemmi etici.

Alcuni risultati di una ricerca bioetica sul campo

Monia Andreani

Sempre di più la medicina incontra una forma di limitazione difficile da metabolizzare ai suoi successi metaforicamente bellici, di fronte a quelle malattie che impongono diagnosi infauste non tanto in fasi acute, quanto in prospettive croniche neurodegenerative e aprono a noti problemi deontologici e bioetici, denominati in modo esplicito con la locuzione di “fine vita”. Quando la medicina ha solo strumenti di gestione e non di risoluzione e ristabilimento della condizione di salute, trovandosi ad essere vincolata all’uso di ausili tra cui macchine per la ventilazione polmonare assistita invasiva e la Gastrostomia Endoscopica Percutanea (comunemente chiamata PEG), essa è posta irrimediabilmente di fronte a dilemmi che sono allo stesso tempo epistemologici ed etici. Cosa significa curare? In che senso una cura può essere definita come necessaria? In che senso, invece, si può configurare come accanimento terapeutico?¹ Oltre a risolvere questi dilemmi etici in ambito teorico, compito della medicina e più precisamente del medico è quello di affrontarli in termini pratici nella comunicazione e nella strutturazione di percorsi di presa in carico delle persone malate.

Questo articolo intende indagare la dimensione problematica che una serie di malattie croniche neurodegenerative a diagnosi infausta pongono alla medicina di specialità e di conseguenza a quella generale, attraverso la discussione dei risultati di una ricerca sul campo denominata *La bioetica con i caregiver. Alleanza terapeutica e qualità della vita*, svolta dal gruppo di ricerca in Etica Applicata del Dipartimento di Scienze di Base e Fondamenti dell’Università di Urbino². La ricerca ha coinvolto un vasto territorio della Provincia di Pesaro e Urbino ed è stata costruita di concerto con

¹ Cfr. M.Andreani, *Glossario Voci Accanimento Terapeutico – terapia del dolore – ventilazione meccanica – idratazione e alimentazione artificiali*, in M. Andreani, M. Dei, M. S. Russo (a cura di), *Bioetica e dibattito pubblico tra scuola e società*, Unicopli, Milano 2012, pp. 207 -211.

² Il gruppo di ricerca è stato costituito da Laura Piccioni, Monia Andreani e Luisa de Paula. Cfr. M. Andreani, L. De Paula, *La bioetica con i caregiver. Alleanza terapeutica e qualità della vita*, Unicopli, Milano 2015.

PASUR (Azienda Unica Regionale) delle Marche attraverso i Distretti di Fano-Pergola e Fossombrone come progetto di ricerca-intervento. La ricerca ha riguardato la qualità della vita in relazione alla dimensione delle scelte quotidiane e definitive di malati e dei loro *caregiver* in 18 casi relativi a patologie neurologiche degenerative gestite a domicilio, ad oggi considerate inguaribili, quali SLA, Distrofia Muscolare, Sclerosi Multipla, ma anche malattie rare tra cui Encefalomielite, Siringomielia e polipatologie di origine neurologica. Il progetto nel suo primo anno (2013) si è strutturato attraverso le seguenti fasi: 1. questionario sul carico (*burden*) e sull'esperienza di cura del *caregiver*; 2. intervista semi-strutturata incentrata sulla storia di cura, sulla percezione dei bisogni e sulla qualità della vita nella relazione di cura al *caregiver* e al paziente; 3 *focus group* tra *caregiver*, pazienti e personale sanitario dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Il secondo anno della ricerca (2014) si è strutturato come verifica dei risultati attraverso la loro presentazione e discussione con i Medici di Medicina Generale (MMG) del territorio in incontri tematici svolti nelle équipe territoriali, al fine di predisporre modalità comunicative inerenti i processi di condivisione delle scelte in merito alle fasi di peggioramento dello stato di salute e alla eventuale gestione degli ausili necessari per il mantenimento delle funzioni vitali.

1. La diagnosi infausta nelle malattie neurodegenerative e croniche: un problema etico ma anche epistemologico

In uno splendido racconto dall'atmosfera kafkiana Dino Buzzati, grande narratore delle distopie senza clamore, descrive in modo raffinato e inquietante una sconfitta della medicina di fronte a una malattia definita leggera di un paziente peraltro sicuro di guarire. Leggere *Sette Piani*, dalla raccolta *Sessanta Racconti* è entrare in un panorama dominato dalla medicina con i suoi apparenti successi ma soprattutto con i suoi palpabili insuccessi. Il signor Corte ricoverato in uno splendido complesso ospedaliero per i sintomi di una malattia non altrimenti definita, si trova a vivere uno sconcertante e inconsapevole viaggio verso la morte, accompagnato da medici e infermieri che sembrano non interessarsi realmente a lui. Questi sanitari si rimandano la gestione della cura del paziente da un piano all'altro dell'ospedale ed è come se si dimenticassero del fatto che proprio a lui avevano promesso la guarigione, gli avevano detto, anzi, che aveva «un principio di male – ma leggerissimo»³. Il nosocomio è strutturato in piani:

Il settimo, cioè l'ultimo, era per le forme leggerissime. Il sesto era destinato ai malati non gravi ma neppure da trascurare. Al quinto si curavano già affezioni serie e così di seguito, di piano in piano. Al secondo erano i malati gravissimi. Al primo quelli per cui era inutile sperare. (...)⁴.

³ D. Buzzati, *Sette Piani*, in *Sessanta Racconti*, Oscar Mondadori, Milano 2015, p. 27.

⁴ Ivi, p. 25.

Nel passaggio da un piano all'altro l'attenzione verso la malattia del signor Corte, che sta peggiorando ma in modo quasi impercettibile, aumenta ma solo riguardo ai sintomi e alla loro evoluzione non di certo come attenzione al pover' uomo, che non crede alle sue orecchie quando gli propongono per ben sei volte di scendere di un piano e di raggiungere chi sta sicuramente peggio di lui. Perché, come gli ricorda un simpatico medico, quello che conta è la malattia, non il posto in cui viene collocato il malato⁵.

Quello che conta è la malattia, non il malato. Già con queste premesse potremmo trasferire le parole di Buzzati dalla letteratura alla realtà, poiché, ancora oggi, la medicina sembra più interessata condensare l'attenzione sulla malattia da combattere e da sconfiggere, che sul malato. Tutto ciò accade in modo particolare di fronte a patologie che di per sé rappresentano un limite per la medicina stessa, tutte quelle per cui non c'è niente da fare, che letteralmente significa proprio che non si può fare nulla di risolutivo. In tutti questi casi la malattia dovrebbe prendere un posto secondario nella dimensione della cura per lasciare il passo alla vera protagonista che è la persona malata la quale, di fronte ad una sentenza senza appello, ha il diritto di vivere al meglio tutto il tempo residuo che gli è dato da vivere. Insomma dovrebbe accadere tutto il contrario di quello che capita al Signor Corte, lasciato sprofondare in una disperazione senza parole. Perché nel racconto di Buzzati troviamo i due punti salienti della questione che ci accingiamo ad affrontare: 1 la medicina posta di fronte al limite epistemologico di una cura che non c'è; 2 l'incompleta comunicazione di una diagnosi infausta e la mancata costruzione di una stabile relazione di cura come problema etico.

Nel 1992 si cominciò a parlare di Medicina basata sulle prove di efficacia sulle pagine della rivista medica statunitense JAMA⁶. L'Evidence Based Medicine (EBM) nasce e si sviluppa a partire da una opzione che definirei etica – poiché investe da vicino il problema dell'*ethos* del medico – in quanto si propone di trovare una risposta il più possibile uniforme alle variegate modalità di gestione delle cure da parte dei medici. L'EBM, basandosi su epidemiologia e bio-statistica individua, attraverso *trial* clinici randomizzati, le cure la cui efficacia è dimostrata dall'evidenza statistica e si prefigge di condurre il medico a proporre quelle cure al paziente. Non è una medicina incentrata sul caso individuale bensì sulla probabilità e sull'identificazione di un "paziente medio", ma di certo si pone l'obiettivo di curare le persone in un modo simile, se non proprio uguale, in diversi contesti. Si può considerare, almeno dal punto di vista della sua intenzione fondativa, come una medicina ispirata a principi democratici, perché contrassegnata da un afflato alla uguaglianza e alla razionalità dell'approccio scientifico. Quindi per la EBM quello che conta davvero è il metodo che dovrebbe essere condiviso da un medico il quale

⁵ Cfr. *ivi*, p. 31.

⁶ L. Carra, *Curare secondo le prove: luci e ombre della Evidence Based Medicine*, in D. Minerva, G. Sturloni (a cura di), *Di cosa parliamo quando parliamo di medicina*, Codice Edizioni, Torino 2007, pp. 91-101.

in modo «coscienzioso, esplicito e giudizioso»⁷ utilizzi i risultati delle migliori prove di efficacia disponibili come guida per prendere decisioni di cura, riuscendo a coniugare le conoscenze con l'esperienza clinica che ha maturato nel tempo e non da ultimo con le preferenze del paziente. Tale modo di fare medicina è inequivocabilmente affascinante perché mette in evidenza la necessità di predisporre – e quindi educare – capacità individuali di interrelazione e di gestione della complessità in un'ottica di riduzione del paternalismo medico. Considerata da questa prospettiva, l'EBM per funzionare necessita di trasparenza delle fonti e di chiarezza comunicativa inerente la formulazione della diagnosi e la proposta della cura migliore, pertanto si fonda su competenze specifiche che vanno oltre la conoscenza della letteratura e la pratica clinica in senso stretto. A questo punto risulta evidente che la comunicazione è del tutto centrale nei processi collegati con l'EBM, e proprio una ineducata (nel senso di non sufficientemente insegnata tra i banchi dell'Università) e inefficace comunicazione, si dimostra come uno degli elementi di crisi del suo successo.

In Italia la situazione è particolare poiché il sistema universitario, pur avendo abbracciato la EBM, non ha predisposto una sistematica e uniforme educazione alla comunicazione e alla mediazione delle scelte avvalendosi, ad esempio, dell'ausilio dell'etica della comunicazione o della bioetica, nei Corsi di laurea in Medicina. Pertanto la difformità di comunicazione tra diversi professionisti, in alcuni casi potrebbe rendere di difficile attuazione non tanto la proposta della migliore cura presente secondo i modelli EBM, quanto la sua gestione partecipata che prevede la costruzione di percorsi condivisi e quindi di fatto il superamento del paternalismo medico. C'è da dire, come sostiene Pagliaro, che l'EBM: «ignora completamente o quasi altri tipi di studi, per esempio quelli relativi alle scienze di base, le serie di casi e i case report, importanti per l'apprendimento della diagnosi, e gli studi osservazionali, necessari per valutare l'applicabilità dei trattamenti»⁸. Quindi l'EBM non è di fatto molto utile nella formulazione della diagnosi ma lo è di certo nella proposta della migliore terapia che è consequenziale a tale comunicazione. Prendiamo in esame la diagnosi di SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica) e la sua proposta terapeutica, nel quadro di una riflessione sulle potenzialità e sui limiti della EBM. Facciamo alcuni esempi che provengono dai risultati della ricerca *La bioetica con i caregiver. Alleanza terapeutica e qualità della vita*. Si tratta del caso di un uomo e di due donne a cui viene diagnosticata la SLA nei primi anni 2000 nella stessa struttura ospedaliera. Così l'uomo parla del momento in cui gli è stata data la comunicazione della malattia: « mi hanno detto: lei non ha la Sclerosi Multipla ma ne ha una che è mille volte peggio (...) e hanno detto a mia moglie: tempo tre mesi suo marito va su una sedia a rotelle, tempo due anni è morto». In questo caso la diagnosi non è stata precisa, si è eluso proprio il nome della malattia, si è però azzardata una prognosi

⁷ D. Sackett et al., *Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't*, in "BMJ" n. 321, 1996, pp. 71 – 72, citato in L. Carra, *Curare secondo le prove*, cit., p. 91.

⁸ L. Pagliaro et al, *L'EBM amica o nemica dei pazienti?*, in «Janus», pp. 34 – 43, citato in L. Carra, *Curare secondo le prove*, cit. p. 96.

(paradossalmente una prognosi senza una diagnosi) che poi si è rivelata falsa perché il malato racconta nel 2013 un fatto avvenuto ben 12 anni prima. Altro caso quello di una donna che così riferisce il momento della diagnosi: «È un bravo dottore ma quando mi ha comunicato la diagnosi è stato troppo diretto, mi ha comunicato che era una malattia inguaribile ed io ero sola sapendo che mia sorella stava per morire». Anche in questa occasione è accaduto che della malattia si è comunicato proprio l'aspetto disarmante, quello che distrugge le aspettative. Il medico si è concentrato su questo dato invece di spiegare in modo dettagliato di cosa si tratta (ad esempio riferendosi alle fonti in modo chiaro e comprensibile e descrivere quale motoneurone è stato compromesso), quale cura (farmacologica e non) si può fare per rallentare la progressione e per garantire una qualità della vita migliore nei processi di aggravamento. Ultimo caso, una donna che così racconta la sua esperienza: «mi ha detto: tu hai la malattia del motoneurone (...) hai questa malattia qui che è una malattia progressiva e tutto quanto però adesso non ti devi abbattere perché sei una persona battagliera, io ti aiuterò (...) la cura non c'è però ci sono dei farmaci che la possono rallentare, la possono tenere sotto controllo». Il racconto prosegue svelando che lei non aveva capito il significato specifico della diagnosi che era stata chiamata “malattia del motoneurone”, se ne è resa conto solo una volta che ha potuto consultare la cartella clinica, e lo spiega in questo modo: «sono andata a leggere tutta la diagnosi che lui aveva scritto e ho letto “malattia del motoneurone o SLA” allora io a casa ho scoperto che questa malattia era la SLA e io lo sapevo cosa fosse e sapevo benissimo che si trattava di questo e mi ricordo che ero sola a casa e mi sono sentita male». La terza testimonianza rivela ancora una difficoltà del medico a comunicare la diagnosi di SLA, ma lascia intravedere che di fronte a un carattere eccezionalmente effervescente e “bellicoso” della paziente anche il medico ha preso il coraggio di dire di più rispetto agli altri esempi, confortandola per lo meno su un aspetto che risulta fondamentale per la gestione delle malattie senza cura, quello della costruzione dell'alleanza terapeutica. Infatti il terzo è l'unico dei casi presentati in cui la paziente ha cominciato da subito a curarsi (senza peregrinare verso altri ospedali e pareri medici che hanno confermato la diagnosi con altre parole) – ovvero è l'unica che subito dopo la diagnosi è entrata nel protocollo di monitoraggio e di gestione dei sintomi – in quella clinica ospedaliera⁹.

La difficoltà di comunicare una diagnosi infausta, come nel caso della SLA, svela un problema di carattere comunicativo e relativo alla capacità del medico di avvicinare gradualmente ma con efficacia e chiarezza la persona malata alla verità della sua malattia, tuttavia mette anche in evidenza un altro problema più profondo collegato alla struttura stessa della EBM, e più in generale alla medicina intesa come visione normativa e uniforme. Il problema è costituito dal limite di conoscenza e di intervento, da quel lato oscuro che rappresenta il non ancora dominato e quindi il non ancora dissodato, studiato e validato. Una diagnosi di SLA ad esempio, pone il

⁹ Cfr. M. Andreani, *Le fasi della ricerca*, in M. Andreani, L. De Paula, *La bioetica con i caregiver*, cit., pp. 52-80.

medico di fronte al suo limite perché non ha altro da dire se non che per quella malattia non c'è una cura ma solo una terapia farmacologica che rallenta il suo decorso – ovvero per dirla come è – un farmaco, il Riluzolo, che secondo alcuni studi validati può allungare la vita dei malati anche se non in tutti i casi e non è efficace negli stadi avanzati della malattia. In questo caso il limite della conoscenza, della prassi clinica, dell'atto medico è anche il limite della comunicazione, e si può dire che proprio la comunicazione rivela il vulnus profondo della medicina, ne fa vedere i nervi scoperti. La comunicazione della diagnosi infausta nelle malattie neurodegenerative croniche senza cura può essere considerato come il sintomo di un problema e indurre ad abbracciare una visione meno uniforme e normativa della medicina, con buona pace sia degli accaniti assertori che dei ferventi detrattori dell'EBM. Perché in fin dei conti anche l'EBM si trova a contrastare il senso vago dell'ignoto contro cui la medicina ha sempre combattuto la sua battaglia, laddove l'ignoto è rappresentato da una malattia che porta la morte. Lo fa con un metodo diventato egemone principalmente a livello epistemologico, dominato dal concetto di probabilità, che funziona sui grandi numeri.

Paolo Vineis per descrivere il consapevole senso di incertezza che riguarda la medicina in generale di fronte all'ignoto prende a prestito le parole di John Locke:

Perciò, siccome Dio ha posto qualcosa in piena luce e ci ha dato qualche conoscenza certa, sebbene limitata a poche cose (...) così per la maggior parte delle cose che ci interessa, ci ha concesso solo il crepuscolo, così si potrebbe dire, della probabilità¹⁰.

La medicina da sempre è percorsa dalla probabilità¹¹ e di questa la EBM ha fatto il suo punto di forza, la bussola per muoversi nel crepuscolo. Tuttavia, proprio il limite posto da una diagnosi infausta: di SLA o di una malattia rara altrimenti chiamata malattia orfana¹² può essere considerato il punto esterno da cui guardare il problema. Ma di che problema si tratta? Che vi debba essere una norma in medicina secondo cui un solo metodo è quello che funziona, e che vi sia, su indicazione dell'EBM, un elemento da ricercare come salvifico, ovvero il termine medio che statisticamente garantisce quando uno studio è validato.

Dal punto di vista epistemologico il concetto di crepuscolo descritto da Vineis chiarisce un fatto: la EBM conosce i propri limiti. Come scrive Carra: «Secondo le recenti valutazioni, circa il 20% degli interventi medici è supportato da

¹⁰ J. Locke, *Saggio sull'intelletto umano*, a cura di Marian e Nicola Abbagnano, UTET, Torino 1971, p. 745; Cfr. Vineis, *Nel crepuscolo della probabilità*, Einaudi, Torino 1999, p. 34

¹¹ Cfr. G. Federspil, *Scoperta e diagnosi in medicina*, Piccin, Padova 1983, p. 27.

¹² Sono quelle patologie a bassa prevalenza che non riescono a intercettare una ricerca scientifica e farmacologica adeguata alla predisposizione di trial farmacologici di grandi dimensioni. In termini legali la procedura "orfana" viene conferita a quei farmaci che non sono in commercio ma di cui è consentito l'utilizzo per una determinata patologia rara precedentemente il loro primo utilizzo sugli essere umani o durante il loro sviluppo clinico. Cfr. http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Drugs_ListOrphanDesignation.php?lng=IT

prove di efficacia documentabili, mentre il restante 80% resta in una zona grigia, “orfano” di prove ma non per questo irrilevante per la pratica medica»¹³. Le malattie che entrano nelle procedure per accedere ai farmaci non ancora sperimentati (orfani), lo stesso ricorso al Riluzolo in caso di SLA, anche quando la sua efficacia è molto dubbia, sono esempi lampanti di questa zona grigia che prevede comunque una decisione del medico e possibilmente che questa decisione sia condivisa dal paziente.

2. *L’ethos del medico e la centralità della relazione di cura*

Facciamo un altro esempio. Il caso di una diagnosi di tumore al seno comunicata a una giovane donna alla quale viene consigliata la rimozione delle ovaie. La proposta che il clinico fa alla paziente è relativa a una percentuale statisticamente descritta (18%) di diminuzione della probabilità di morte¹⁴. È plausibile ipotizzare che la donna chieda al medico di voler sapere se il suo caso risponda o meno alla statistica. Quindi se l’intervento sia per lei davvero necessario. La domanda è cruciale ed è evidente che l’EBM non ha una risposta da dare. Tuttavia, il medico deve rispondere alla donna e deve comprendere con lei, in un regime di condivisione di scelte terapeutiche, quale strada percorrere. In sintesi il medico deve costruire un’alleanza terapeutica altrimenti detta relazione di cura che garantisca una scelta informata, condivisa e soprattutto duratura nel tempo, di fronte a una pesante incertezza. La complessità di tale sfida è davvero grande e necessita di una specifica attenzione e di una valutazione in termini deontologici ed etici. Ciò è tanto più vero quando non c’è neppure una proposta da fare al paziente per ridurre il rischio di mortalità e la costruzione dell’alleanza terapeutica deve impiantarsi a partire da una diagnosi infausta, già determinata a priori. Secondo i risultati della ricerca *La bioetica con i caregiver*, il rischio è quello di un silenzioso e progressivo abbandono terapeutico che emerge come un’assenza di follow-up¹⁵ nel confronto con i malati e con i loro familiari *caregiver* delle fasi della progressione della malattia.

Per illustrare la questione è opportuno prendere in esame il caso di un uomo malato di SLA, profondamente ansioso e depresso, che manifesta gravi problemi respiratori. Al momento dell’intervista (agosto 2013) l’uomo utilizza da tempo una ventilazione polmonare non invasiva con un dispositivo Bipap¹⁶. Raccontando assieme alla sua caregiver la propria storia di vita con la SLA si

¹³ L. Carra, *Curare secondo le prove*, cit., p. 96.

¹⁴ Cfr. *ivi*, pp. 98 - 99

¹⁵ Risulta necessario valutare nel tempo cosa i pazienti e i familiari hanno capito e come lo hanno interpretato e quali sono le domande e le paure rispetto alla progressione della malattia.

¹⁶ Strumento che aiuta la respirazione dosando meccanicamente la pressione relativa a inspirazione ed espirazione basandosi sulle esigenze respiratorie del paziente. È utilizzata nella gestione della SLA al fine di mantenere il più a lungo possibile la capacità polmonare residua prima dell’eventuale tracheotomia e del conseguente utilizzo della ventilazione polmonare invasiva. L’uomo di cui si riporta il caso, è deceduto nel maggio del 2014 in situazioni non meglio precisate, avendo rifiutato la tracheotomia.

sofferma in maniera particolare sul momento in cui si è spenta la sua speranza di continuare a combattere la malattia. Da allora ha deciso di non andare più alle visite di controllo nel reparto di neurologia in cui è tuttora in cura. Le parole della sua caregiver sono molto chiare:

il medico gli disse: vedrai che ti potrò dare nel corso del 2012 qualche piccola novità; e questo gli aveva messo molta fiducia e lui ha aspettato tutto il 2012 con questa fiducia e anche noi, ma quando andiamo a domandare a malapena ci rispondono sia lui che il suo staff. Ultimamente poi ho capito che ci sono diversi studenti universitari che sono presenti e sono minimo tre o quattro. All'inizio c'era anche un fisioterapista che l'ultima volta non c'era.

Così come si legge nel racconto di Buzzati, ma qui siamo di fronte ad una tragica realtà, la medicina che non ha nulla di nuovo da proporre, si dimentica delle sue promesse, diventa rarefatta di parole e di azioni. In questo caso cambia lo staff e una figura importante per la riabilitazione neuromotoria come il fisioterapista non compare più durante la visita di controllo. Cosa significa? Che il paziente è peggiorato e quindi che non è più utile lavorare a un mantenimento riabilitativo? Queste sono le domande che si pongono il paziente e il caregiver e non sanno come risponderci. Il risultato di tanti interrogativi rimasti nel silenzio può provocare una disaffezione e proprio nelle persone più malate, un distacco, di fatto un rifiuto. In questo caso si deteriora l'alleanza terapeutica dello staff medico del reparto verso questa persona che sta peggiorando. Tutto ciò è particolarmente significativo se consideriamo che proprio i malati più gravi hanno bisogno di cura, di attenzione, di sostegno psicologico, ma anche etico per compiere razionalmente e secondo i propri valori, le scelte di fine vita. Ma di quale tipo di cure stiamo parlando? Non certamente del complesso fascio di cure tese alla guarigione della malattia, infatti la malattia ha – per ora – già vinto. Stiamo parlando della costellazione di interazioni e di pratiche che coinvolgono il “prendersi cura” o “*to care*”. Il paziente deve stare al centro dell'interesse, per quanto riguarda la sua condizione di vita, le sue paure e le sue domande etiche, deve potersi sentire accompagnato nel percorso che dovrà affrontare. Ma non occorre dimenticare che il paziente ha bisogno della cura (intesa anche come *to cure* – curare per guarire) delle altre malattie anche non gravi che possono insorgere (infiammazioni, affezioni passeggera, lesioni da decubito) e che disturbano moltissimo la quotidianità di vita di chi già soffre. Infine ha anche bisogno della più conosciuta, ma ancora poco diffusa, terapia del dolore.

3. Conclusioni

Secondo la bioetica della virtù¹⁷, la competenza del medico non è solamente tecnica ma soprattutto umana e si esprime in un lavoro etico sul sé e ha come scopo quello

¹⁷ Cfr. E. D. Pellegrino, - D. C. Thomasma (1988), *Per il bene del paziente. Tradizione e innovazione nell'etica medica*, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo, 1992. Sul tema della centralità della relazione di

di produrre un agire virtuoso e quindi sempre orientato al “bene del paziente” (1994). L’*ethos* del medico virtuoso nel caso delle patologie a diagnosi infausta è quello di accettare il limite e di costruire percorsi di cura incentrati il più possibile sui valori e le preferenze dei malati, la cui sofferenza è fisica, psicologica e morale poiché posta di fronte a terribili dilemmi etici tra cui quello fondamentale di accettare o meno la condizione di totale immobilità e di dipendenza (per respirare, per nutrirsi e per comunicare) da macchine, al fine di continuare a vivere. La relazione di cura che il medico costruisce con il paziente, il *caregiver* e i suoi familiari, la possiamo individuare come una versione ampia di quella che si chiama comunemente medicina palliativa. Intendo come versione ampia quella che include, ma non si identifica, con l’opzione EBM della medicina palliativa (concentrata sui risultati dei migliori farmaci per il controllo del dolore nelle diverse patologie). Questa tipologia di medicina non è a solo appannaggio del medico palliativista, ma può essere considerata come nuova maniera di intendere professionalmente la relazione di cura, aperta ad una complessità fatta di dialogo e di atti medici centrati sul singolo paziente. A tale proposito sono eloquenti le parole di Virginio Bonito, neurologo che si è confrontato per anni sulle questioni bioetiche nel Gruppo di Studio per la Bioetica e le Cure Palliative in Neurologia della Società Italiana di Neurologia: «(...)dove si “combattono le malattie” non è facile affermare che esistono altre priorità, come aver cura della persona»¹⁸.

Se si abbraccia l’ottica della cura¹⁹ della persona si superano alcuni dei problemi più evidenti della sola opzione normativa dell’EBM senza disfarsi del tutto delle sue fondamentali conoscenze e si riporta al centro il valore democratico della costruzione di scelte condivise. A tale proposito è possibile trovare allo stesso modo e senza giudizi sulla migliore scelta possibile – così come è risultato nella ricerca che qui ho discusso – il caso di un uomo a cui è stata diagnosticata la SLA nel 1999 che vive da 11 anni attaccato agli ausili vitali ed è contento della scelta che ha fatto perché gli permette di vivere serenamente la sua quotidianità in mezzo a figli e nipoti. Ma allo stesso tempo il caso di un uomo ammalatosi nel 2013 di una forma di SLA bulbare molto acuta, che ha deciso di non continuare a vivere con la tracheotomia e in accordo con i suoi *caregiver* e il personale sanitario, nella fase terminale della malattia ha intrapreso la strada della Sedazione Palliativa in modo altrettanto sereno e, il più possibile, indolore.

cura e sulla virtù del medico, cfr. anche A Ficorilli, *La relazione di fiducia. Un approccio bioetico alle questioni della cura*, Le Lettere, Firenze 2014.

¹⁸ V. Bonito, *Vent’anni di bioetica. Dai principi alla relazione di cura*, in «Bioetica. Rivista interdisciplinare», n. 2 A, Anno XVIII, 2010, pp. 17-19: 18.

¹⁹ Per una discussione approfondita del concetto filosofico di cura cfr. L. Mortari, *Filosofia della cura*, Raffaello Cortina, Milano, 2015.

La medicina e il dogma della normalità nel dibattito sul potenziamento morale

Maurizio Balistreri

1. Introduzione

Negli ultimi anni è diventato sempre più evidente che gli interventi medici non soltanto possono – in maniera indiretta – potenziare la condizione del paziente, ma possono anche essere praticati su soggetti sani per migliorare le loro disposizioni e capacità. Queste nuove opportunità aperte dallo sviluppo scientifico e tecnologico sollevano importanti questioni morali che sono sempre più al centro della riflessione bioetica. Diversi sono i piani in cui il tema del potenziamento umano coinvolge la morale. Innanzi tutto, una riflessione sul potenziamento umano si collega alla moralità, in quanto possiamo e dobbiamo ragionare sull'accettabilità morale degli interventi migliorativi. Lo sviluppo tecnologico permette ormai di intervenire sulla natura umana e di modificare, a fini migliorativi, le capacità e le disposizioni che attualmente abbiamo. Quello che possiamo fare, però, non è necessariamente morale ed eticamente accettabile. Inoltre, non vogliamo soltanto sapere se, da un punto di vista morale, è moralmente accettabile intervenire per migliorare le nostre capacità e/o disposizioni. Ci interessa anche capire quale potenziamento della natura umana è moralmente approvabile. In che modo, cioè, possiamo distinguere tra interventi migliorativi accettabili e interventi migliorativi non accettabili e individuare il potenziamento morale. Infine, la relazione tra potenziamento umano e morale si pone al livello che riguarda la possibilità di modificare la natura umana per renderla moralmente più apprezzabile. Attraverso il potenziamento, infatti, possiamo migliorare le nostre capacità fisiche e psichiche, ma potremmo anche accrescere le nostre disposizioni morali. Il dibattito sul potenziamento nasce come riflessione sulla possibilità di ricorrere alle biotecnologie per potenziare le nostre disposizioni fisiche e cognitive. Soltanto di recente è emersa la questione del potenziamento delle nostre capacità morali. Anche in questo caso, comunque, si pone una questione di carattere generale che riguarda la liceità morale di un intervento che modifica le nostre disposizioni e capacità. Ma si pone anche una questione di carattere più particolare che riguarda il tipo di problematiche che il potenziamento morale pone rispetto agli altri tipi di intervento. Noi affronteremo il tema del potenziamento morale soprattutto a questo livello, approfondendo la

questione se possiamo rendere le persone morali modificando il loro codice genetico o somministrando loro farmaci.

Noi riteniamo che il potenziamento biotecnologico potrebbe facilitare sia l'apprendimento (*learning*) che l'impegno (*effort*), affiancando i tradizionali metodi educativi. Siamo scettici, invece, riguardo all'ipotesi che la medicina e le biotecnologie possano essere utilizzate da sole per promuovere un programma di perfezionamento morale, in quanto la moralità non è la mera occorrenza di reazioni o sentimenti immediati. La moralità presuppone la capacità da parte nostra di rispondere riflessivamente agli eventi che accadono e di interrogarci su come si deve agire e vivere. Alcune prospettive, al contrario, guardano con favore alla programmazione morale della società e sono convinte che, in futuro, le biotecnologie permetteranno di realizzarla. A prescindere dal fatto che riteniamo questa previsione molto poco realistica, uno scenario di questo tipo solleva una serie di importanti interrogativi con cui, nel corso della nostra riflessione sul potenziamento morale, ci confronteremo. Ammettiamo, infatti, che sia veramente possibile programmare il carattere morale delle persone e, di conseguenza, renderle attraverso i farmaci o l'ingegneria genetica virtuose. Chi dovrebbe decidere qual è il tipo di potenziamento morale più desiderabile? E una politica di potenziamento a quale paradigma morale dovrebbe ispirarsi? Non c'è il pericolo che il potenziamento morale possa essere incoraggiato e promosso soprattutto dalle persone che trarrebbero vantaggio da processi di normalizzazione? E, infine, l'appiattimento su un unico modello morale non rappresenterebbe un grave impoverimento per la società stessa che, in questo modo, sarebbe privata della possibilità di confrontarsi e dialogare con prospettive morali diverse? Noi siamo convinti che un programma di potenziamento finalizzato a promuovere la formazione del carattere morale dei cittadini a partire da un unico modello rappresenterebbe un grave pericolo per la società nel suo complesso. Malgrado, cioè, le aspettative che vengono sempre più riposte nelle biotecnologie migliorative, noi riteniamo di avere ragioni valide per contestare la desiderabilità di un programma di potenziamento morale della società raggiungibile per via biotecnologica. Questo programma di perfezionamento morale non soltanto non è realizzabile, indipendentemente dallo sviluppo scientifico e tecnologico che possiamo immaginare, ma rischia anche di creare aspettative del tutto ingiustificate circa il futuro. La nostra preoccupazione è che l'illusione per perfezionamento morale per via biotecnologica alimenti la convinzione che la crescita morale della società passi necessariamente attraverso una maggiore uniformità negli atteggiamenti morali dei cittadini.

2. È giusto rendere le persone virtuose per via biotecnologica?

Non è vero che la capacità di potenziare la natura umana sia strettamente legata allo sviluppo scientifico e tecnologico degli ultimi decenni e che, di conseguenza, accada per la prima volta di trovarci nella condizione di poter modificare la nostra "umanità". È vero, infatti, che è da sempre che produciamo cambiamenti nel

mondo; ma come modifichiamo la realtà intorno a noi, allo stesso modo trasformiamo la nostra natura¹. Le nostre azioni non soltanto sono in grado di trasformare il nostro ambiente, ma hanno anche un impatto significativo sulla nostra natura, rimodellando le nostre stesse capacità. Il risultato, inoltre, è anche un cambiamento importante della nostra costituzione biologica, in quanto le trasformazioni che realizziamo nel mondo contribuiscono a promuovere una migliore condizione di benessere e, di conseguenza, una migliore resistenza alle malattie e, come altro risultato, una maggiore durata della vita. È giusto, pertanto, ragionare intorno al tipo di potenziamento moralmente più apprezzabile, ma non ha senso assumere una posizione di principio contro l'*enhancement*, in quanto, vivendo, siamo destinati a migliorare le nostre disposizioni e capacità. A partire da queste considerazioni, per altro, è possibile trarre alcune conclusioni in merito al potenziamento che, da un punto di vista morale, è più accettabile. Posto, infatti, che non esistono contorni della natura umana prestabiliti e immutabili, il modo migliore di potenziare le nostre disposizioni e le nostre capacità sarà soltanto quello che promuove il benessere delle generazioni presenti e di quelle future. Non possiamo, cioè, stabilire a priori qual è il potenziamento eticamente più giustificato, ma possiamo farlo soltanto dopo aver considerato le conseguenze che produce sulle persone che saranno coinvolte, nel presente e del futuro, da quest'intervento. Questo è l'unico criterio che resta ad un'umanità in continua trasformazione, che deve confrontarsi e fare i conti con le opportunità delle biotecnologie.

È proprio in considerazione dei benefici che potremmo ottenere da quest'intervento, che riteniamo corretto valutare positivamente il miglioramento morale delle persone producibile attraverso interventi biotecnologici (cioè, il biopotenziamento). Attraverso il biopotenziamento morale, infatti, potremmo formare individui in grado, con maggiore facilità, di tenere comportamenti corretti e apprezzabili, con le conseguenze che, a livello sociale ed individuale, possiamo immaginare. È vero che già facciamo ricorso a strumenti di potenziamento morale – come, ad esempio, l'istruzione, la socializzazione, la letteratura ed il cinema – ma, con l'aiuto delle biotecnologie, il potenziamento morale potrebbe risultare più efficace. Grazie alle biotecnologie potremmo accrescere ulteriormente le nostre capacità razionali e, in particolare, essere capaci di migliorare le nostre capacità di concentrazione, di avere un maggiore controllo sulla libido, sulle pulsioni aggressive e sull'umore, di estendere la nostra memoria o di apprendere molto più facilmente. E sempre attraverso le biotecnologie potremmo, ad esempio, diventare molto più empatici e capaci di sentire le sofferenze delle altre persone, fiduciosi, altruisti e cooperativi. Queste capacità, potenziabili per via biotecnologica, non sono di per sé morali, in quanto possiamo essere, ad esempio, empatici e cooperativi senza essere virtuosi, e, tuttavia, il possesso di queste disposizioni unito ad un programma

¹ A. Buchanan, *Beyond Humanity*, Oxford UP, Oxford 2011; J. Harris, *Enhancing Evolution*, Princeton UP, Princeton 2007.

tradizionale di educazione potrebbe favorire la formazione morale delle generazioni future.

Anche se la moralità presenta aspetti che richiedono da parte del soggetto lo sviluppo di competenze e di un senso morale che non sono producibili ad arte, attraverso, ad es., la somministrazione di farmaci o interventi di modificazione genetica, negli ultimi anni un potenziamento di questo tipo è stato più volte discusso². Non sono soltanto coloro che sono favorevoli alle biotecnologie che invitano a immaginare, in qualche modo fantasiosamente, lo sviluppo di interventi o farmaci che permetterebbero di programmare, nel dettaglio, le disposizioni morali delle persone. Ma anche coloro che dubitano dell'accettabilità morale del potenziamento sembrano dare per scontato che lo sviluppo scientifico consentirà di portare al mondo persone così migliorate, che potranno, senza alcuna esitazione o difficoltà, comportarsi moralmente. Per rendere, inoltre, questo scenario il meno possibile criticabile moralmente, viene supposto che il programma di potenziamento abbia costi contenuti, possa, pertanto, essere garantito a tutti i cittadini, non abbia effetti collaterali e sia efficace. L'ipotesi di biotecnologie che consentono la realizzabilità del potenziamento morale viene, quindi, ulteriormente semplificata immaginando che esista un computer potentissimo (la macchina di Dio) che monitora i pensieri, le credenze, i desideri e le intenzioni di ogni essere umano ed è capace di modificarli nel tempo di nanosecondi, senza che le persone interessate possano accorgersi delle modifiche prodotte dalla macchina³. Il computer non interviene sempre, ma soltanto quando il soggetto interessato è vicino a compiere un'azione che provocherebbe agli altri un gravissimo danno. In alternativa, le cattive intenzioni delle persone vengono corrette da un microchip, programmato ad hoc ed impiantato alla nascita nel cervello delle persone oppure attraverso la somministrazione di particolari trattamenti durante lo sviluppo embrionale⁴. Anche se il fatto che questi scenari appaiano molto poco realistici rende difficile immaginare cosa potrebbe significare avere, a causa del potenziamento, una vita prestabilita, le preoccupazioni di coloro che temono che l'enhancement morale possa minacciare la nostra umanità sembrano, ad ogni modo, abbastanza comprensibili. Se consideriamo, però, le cose con più attenzione, queste preoccupazioni svaniscono. Innanzi tutto, non è vero che la persona "migliorata" non sarebbe libera. L'interpretazione classica della libertà umana va incontro all'intuizione ampiamente diffusa che noi non possiamo essere liberi se qualcosa determina o causa le nostre scelte. Secondo quest'interpretazione, noi, come agenti morali, siamo liberi perché possiamo sempre prendere le distanze dall'ordine naturale delle cause in cui siamo inseriti. Per questa concezione, pertanto, il

² M. Walker, *Enhancing Genetic Virtue: A Project for Twenty-First Century Humanity*, in «Politics and the Life Sciences», XXVIII, n. 2, 2009, pp. 27-47.

³ J. Savulescu, I. Persson, *Moral Enhancement, Freedom and the God Machine*, in «The Monist», XCV, n. 3, 2012, pp. 399-421.

⁴ D. DeGrazia, *Moral Enhancement, Freedom and What We (Should) Value in Moral Behaviour*, in «Journal of Medical Ethics», doi:10.1136/medethics-2012-101157, pubblicato online 25 gennaio 2013.

potenziamento morale per via biotecnologica non rappresenta una vera minaccia per la libertà della persona potenziata, che può sempre prevalere sull'ordine naturale delle cause attraverso la sua volontà. Una posizione diversa è quella difesa da coloro che ritengono che il determinismo sia compatibile con la libertà e condizione necessaria per la moralità. Secondo questa prospettiva, infatti, noi siamo liberi quando facciamo quello che vogliamo, e questo vale anche se il nostro comportamento è determinato causalmente. Anche per questa posizione, perciò, il potenziamento morale non può minacciare la libertà. Posto, infatti, che la persona interessata voglia veramente fare quello che sta facendo, indipendentemente da se le sue capacità siano potenziate oppure no, ella è libera. È vero, per altro, che con il potenziamento biotecnologico le nostre disposizioni del carattere (quelle che, poi, ci influenzano e ci spingono ad agire in un certo modo) non saranno più il prodotto della sorte, sarebbero, invece, il risultato di una scelta di altri. Questo però non depone necessariamente contro le biotecnologie migliorative, perché quello che produce il caso non è sempre meglio di ciò che noi possiamo realizzare. Anzi, noi riteniamo giusto, quando possiamo farlo, interferire con la natura. Per quanto riguarda, poi, la questione dell'autenticità, il problema non sembra porsi, in quanto l'autenticità non può essere l'espressione di un sé prestabilito, ma va collegata a quello che mostriamo di essere, di giorno in giorno, nelle nostre relazioni con le altre persone. Possiamo, pertanto, anche ammettere che le biotecnologie migliorative avranno conseguenze importanti sulla vita di quelle persone che avranno un carattere potenziato: quello che, invece, non possiamo accettare è che ciò abbia per forza conseguenze negative per queste persone e mettere a rischio la possibilità di una vita autentica. Il fatto, infine, che le persone potenziate non sentiranno il richiamo del male e, di conseguenza, non avranno occasione di "cadere" non sembra una ragione sufficiente per considerare inaccettabili quegli interventi che consentono il potenziamento⁵. Al contrario, sembra offrire una ragione forte per apprezzarli moralmente, in quanto promuovono il benessere e la felicità delle persone interessate che avranno, infatti, meno occasione di fare il male e, soprattutto, di subirlo dagli altri. Per altro, facciamo un grande sforzo per formare moralmente le generazioni più giovani e riteniamo di aver raggiunto un risultato importante se sviluppiamo in loro un'inclinazione al bene ed, allo stesso tempo, un'avversione sincera al male ed al vizio. Non si comprende, allora, perché dovrebbe essere sbagliato ottenere questo stesso risultato, e con maggiore efficacia, attraverso gli strumenti della scienza e delle biotecnologie.

3. Il potenziamento morale e il rischio della normalizzazione

È possibile, allora, affermare che sarebbe eticamente accettabile programmare, attraverso le biotecnologie, il comportamento ed il carattere delle generazioni future? Un'eventuale programmazione della personalità non sarebbe un danno per le

⁵ J. Harris, *Moral Enhancement and Freedom*, in «Bioethics», XXV, n. 2, 2011, pp. 102-111.

persone. Anche se, però, le persone potenziate moralmente non subirebbero alcun danno, possiamo avere, tuttavia, ancora delle ragioni importanti per dubitare dell'accettabilità morale di una politica che rende virtuosi i propri cittadini per via biotecnologica. Innanzi tutto, questa programmazione potrebbe rappresentare un problema serio per la società, la quale non avrebbe più la possibilità di trarre vantaggio dal pluralismo morale. Il rischio, infatti, è che un programma di potenziamento morale faccia riferimento ad un'unica prospettiva morale che, in questo modo, avrebbe l'occasione di prendere il sopravvento e, di conseguenza, di cancellare, una volta e per sempre, le altre. Il risultato sarebbe, cioè, la produzione di una società uniforme e indifferenziata, in cui le disposizioni dei cittadini si conformerebbero al modello di virtù più popolare. Questa conseguenza potrebbe sembrare un bene, in quanto, evidentemente, riduce la possibilità che vengano seguite e sopravvivano concezioni inappropriate della moralità. L'assenza, però, di concezioni della moralità diverse potrebbe essere, in prospettiva, un grave impoverimento per la società che non avrebbe più la possibilità di imparare da quanto altre visioni del mondo possono insegnare sulla vita e sulla condotta. Inoltre, l'assenza di altre concezioni morali potrebbe, in prospettiva, indebolire la forza della stessa concezione morale che si prende a modello per il potenziamento, in quanto non ci sarebbero più occasione di difenderla da eventuali critiche.

Per altro, resterebbe il problema di stabilire quale concezione di moralità prendere a modello per promuovere il potenziamento per via biotecnologica delle persone. La questione che si pone, cioè, non è soltanto quella di chi dovrebbe guidare e realizzare il programma, ma anche quella di quale programma di potenziamento realizzare. È vero, infatti, che a partire da prospettive morali diverse è comunque possibile individuare alcune esigenze fondamentali che possono essere condivise ed accettate, come ad esempio l'assenza di disposizioni antisociali o di capacità empatiche. Tuttavia, il potenziamento morale prospettato dai sostenitori dell'enhancement morale sembra richiede qualcosa di ulteriore, in quanto presuppone la capacità delle persone di riconoscere in ogni situazione qual è il comportamento più giusto. O, comunque, il possesso da parte degli agenti di un carattere globalmente virtuoso. Ma è proprio su questo che è più difficile costruire un "consenso per intersezione", in quanto prospettive diverse indicheranno un complesso diverso di disposizione che, dal loro punto di vista, una persona veramente virtuosa dovrebbe possedere. L'alternativa di prevedere un potenziamento che rispetta il pluralismo morale presente nella nostra società non sembra, invece, una strada veramente percorribile. In questo caso, infatti, malgrado il potenziamento, non soltanto resterebbero i disaccordi morali, ma, proprio a causa di quest'intervento, verrebbero acuiti, in quanto per le persone sarebbe difficile, se non impossibile, cambiare atteggiamento. Resta il dubbio, poi, che in questo caso non sarebbe corretto parlare di potenziamento, in quanto le modifiche indotte nei cittadini non accrescerebbero a fortiori le capacità, ma rispecchierebbero semplicemente il pluralismo morale della società.

Collegata a questa, poi, c'è la questione di chi dovrebbe avere l'ultima parola sulla programmazione del carattere più desiderabile e, quindi, sul potenziamento morale⁶. Anche chi ritiene realizzabile il potenziamento morale del carattere per via biotecnologica riconosce che a questo punto ci troviamo davanti a un problema importante. Il potenziamento morale, infatti, dovrebbe servire proprio a colmare le imperfezioni che caratterizzano la natura umana che, a livello morale, appare molto limitata. Ma allora anche le persone che saranno responsabili del programma di potenziamento potrebbero non essere capaci di mettere in atto le politiche sociali più opportune. Il problema non è tanto che queste persone potrebbero approfittare della propria posizione di potere per adottare politiche diverse da quelle finalizzate al miglioramento, come ad esempio rendere la popolazione molto più docile ed ubbidiente. La questione piuttosto è che coloro che sono chiamate a decidere potrebbero essere convinte, sbagliando, che il programma che propongono sia quello migliore. Non soltanto, quindi, i cittadini potrebbero non fidarsi delle loro politiche, ma avrebbero tutte le ragioni per non accettare di conformarsi alle loro prescrizioni. Potremmo anche supporre, poi, che le persone incaricate di dare attuazione al programma di potenziamento vengano scelte attraverso una particolare selezione o screening che permetta di riconoscere le loro migliori disposizioni e capacità morali. Ma questo aprirebbe uno scenario molto diverso da quello democratico cui noi siamo abituati, dove ogni cittadino ha il diritto di partecipare alla vita e alle decisioni politiche, e dovremmo mettere in conto il rischio che qualcuno approfitti della buona fede dei propri concittadini o della propria posizione di potere per accreditarsi a livello sociale come una delle persone più dotate moralmente e con il diritto di governare gli altri.

4. Conclusioni

Possiamo, pertanto, anche immaginare che si possa ricorrere a farmaci o ad altri interventi e rendere le generazioni future predisposte automaticamente alla moralità, ma concludere che un programma di perfezionamento di questo tipo non sarebbe auspicabile. Quello che rende irragionevole e poco accettabile un programma di questo tipo è soprattutto la concezione della morale che viene presupposta, che collega la virtù a disposizioni naturali che governerebbero in maniera immediata il comportamento umano. Ovvero sia, l'idea che la moralità sia riducibile a disposizioni come, ad esempio, l'altruismo o il sacrificio di sé, l'atteggiamento di fiducia verso le altre persone e lo spirito di cooperazione e che sia sufficiente ampliare queste disposizioni, non importa se con l'educazione o con le biotecnologie, per rendere le persone più morali. Ciò che, infatti, caratterizza la morale non è la mera occorrenza di reazioni immediate. La moralità presuppone la capacità da parte nostra di rispondere riflessivamente agli eventi che accadono e di interrogarci su come si deve agire e vivere. Attraverso non soltanto l'esperienza, ma

⁶ R. Sparrow, *Better Living through Chemistry? A Reply to Savulescu and Persson on "Moral Enhancement"*, in «Journal of Applied Philosophy», XXXI, n. 1, 2014, pp. 23-32.

anche l'educazione e la reazione degli altri, impariamo che al mondo ci sono altre persone i cui interessi dobbiamo considerare e, sulla base di questa consapevolezza, correggiamo poi la nostra condotta. Naturalmente, a livello morale, particolari attitudini o sentimenti sono molto importanti, soprattutto se ci predispongono ad avere più attenzione verso le altre persone. Ma per essere morali non è sufficiente essere pronti a sacrificare il proprio interesse, essere poco aggressivi e violenti o avere la volontà di cooperare con gli altri. E nemmeno, poi, è sufficiente avere la capacità di controllare i propri impulsi immediati o provare una qualche reazione empatica nei confronti delle altre persone. Dobbiamo, invece, imparare a considerare le cose da un punto di vista fermo e generale, ovvero sia essere in grado di approvare o disapprovare riflessivamente le nostre reazioni, e di valutare quali sono i comportamenti che anche le altre persone potrebbero accettare. È importante, cioè, essere in grado di sviluppare, attraverso un percorso personale sostenuto dal contesto sociale, un punto di vista critico sulle proprie passioni. Del resto, se manca il senso morale, la prontezza a sacrificare i propri interessi può essere una risorsa per impegnarsi in imprese immorali, con il massimo della dedizione. La volontà di cooperare può servire, invece, a rafforzare un gruppo o una comunità nelle proprie politiche discriminatorie ed aggressive nei confronti delle altre popolazioni. Anche un aguzzino, poi, può avere la capacità di controllare i propri impulsi e utilizzarla per prolungare l'agonia e la sofferenza che infligge alle proprie vittime. Una maggiore empatia, inoltre, può servire a sviluppare un punto di vista imparziale che ci permetta di considerare gli interessi ed i bisogni anche di quelle persone che non conosciamo o che, ad ogni modo, non hanno con noi relazioni strette e frequenti. Tuttavia, il potenziamento dell'empatia può rafforzare la parzialità verso i propri familiari e l'indifferenza nei confronti delle persone che non appartengono al nostro gruppo. Anche per questo, la simpatia va considerata soltanto il presupposto della moralità, che richiede, ad ogni modo, la capacità di saper assumere la prospettiva degli altri anche quando, per una ragione o per l'altra, i nostri sentimenti non riescono a raggiungerli.

Per altro, coloro che sostengono che per educare alla virtù siano sufficienti le biotecnologie, oltre a creare delle aspettative ingiustificate nei confronti dello sviluppo scientifico, alimentano la convinzione che si possa sviluppare un carattere morale semplicemente ricorrendo alla medicina e seguendo le prescrizioni che i dottori indicheranno. In questo modo, però, non soltanto la distinzione tra persone moralmente responsabili e persone che, invece, responsabili non sono viene ricondotta ad un esame medico – la persona viziosa viene in qualche modo presentata come una persona malata che la società ha quindi il compito di riportare alla normalità con l'aiuto della medicina –, ma l'idea del progresso morale viene messa in rapporto con la riduzione del pluralismo e con il conformarsi o uniformarsi delle persone ad un unico modello di virtù. Promuovere, pertanto, un programma basato su un'ideologia che collega la moralità alla medicina potrebbe avere conseguenze molto gravi per la vita delle persone. Gli individui che non volessero conformarsi a questo programma sarebbero probabilmente stigmatizzati e

disapprovati dal resto della popolazione che, invece, considererebbe gli interventi di potenziamento indispensabili al benessere della società. Se, poi, malgrado la disapprovazione pubblica, si ostinassero a non uniformarsi, accettando gli interventi farmacologici o di ingegneria genetica previsti, questi individui potrebbero essere sottoposti a trattamenti forzosi con l'autorizzazione di un giudice, che probabilmente considererebbe la loro condotta pericolosa o non equilibrata. È vero, inoltre, che in questo modo la società priverebbe i propri cittadini della possibilità di confrontarsi con prospettive morali e, di conseguenza, punti di vista diversi, ma possiamo prevedere che l'interesse immediato di ridurre o, come sembra possibile, cancellare l'immoralità possa prevalere su altri possibili interessi, meno immediati. Dato, per altro, che la responsabilità del programma di potenziamento sarebbe nelle mani di persone con capacità morali comunque limitate e, in qualche modo, miopi, non è così difficile immaginare che esse subirebbero le pressioni dell'opinione pubblica a mettere in atto tutte le misure possibili per contenere la criminalità.

Negli ultimi decenni il rischio che la medicina venga utilizzata per promuovere particolari prospettive normative è stato messo in relazione soprattutto al tema della malattia. Quello che è stato osservato è che dietro concetti apparentemente descrittivi che riguardano la salute e la normalità possano nascondersi particolari concezioni della moralità. Tuttavia, anche alcuni discorsi sul potenziamento, in generale, e sul potenziamento morale, in particolare, partono da determinati presupposti sulla medicina che vengono presentati come oggettivi ma che sono molto più che controversi.

“Stroncato da un male incurabile”: come la morte tecnica ha prevalso sul morire

Davide Sisto

1. Introduzione: la morte multidimensionale

Il recente caso di Brittany Maynard, la ragazza ventinovenne americana che – a causa di un doloroso tumore al cervello senza possibilità di cura – ha deciso volontariamente di anticipare la fine della sua vita, riaccendendo il dibattito sull'eutanasia negli Stati Uniti, conferma – se mai ce ne fosse ancora bisogno – la necessità di un'attenta analisi teorica del significato che la morte e la sua relazione con la vita hanno assunto all'interno di uno spazio pubblico, come quello attuale, fortemente condizionato dalle innovazioni tecno-scientifiche¹. Il tema della morte, indiscernibile dal rapporto tra natura e tecnica così come si è venuto a costituire ultimamente, svolge un ruolo nevralgico per la comprensione storico-sociale di questi primi decenni del XXI secolo, trascendendo i confini della bioetica e della metafisica che si contendono di solito il monopolio dei problemi relativi al fine vita con uno sguardo unidirezionale.

Ciò dipende dal carattere *multidimensionale* della morte, giacché essa non ha soltanto un impatto radicale sulla sfera emotiva privata dei singoli individui, ma rappresenta anche un coacervo di problemi sociali e amministrativi, un oggetto di elaborazione giuridica, un punto di riferimento per le politiche pubbliche, nonché un tema decisivo per le strategie economiche di ogni singola nazione². La multidimensionalità propria della morte determina, pertanto, conseguenze fondamentali sia sul piano della scelta del metodo di ricerca più adatto per affrontare i problemi di natura tanatologica, sia sul piano della comprensione di ciò che è

¹ Per un breve sunto della vicenda che ha riguardato Brittany Maynard, si veda l'articolo *Le ultime parole di Brittany: «cambiamo i nostri pensieri»*, in «Corriere della sera», 3 novembre 2014, link: http://www.corriere.it/esteri/14_novembre_03/si-suicidata-brittany-aveva-annunciato-sua-morte-29bb53ae-631b-11e4-bb4b-8f3ba36eaccf.shtml. Per una lettura teorica di questa vicenda, si vedano invece le considerazioni del sociologo Luigi Manconi, *L'infinita libertà di Brittany*, in «Internazionale», 4 novembre 2014, link: <http://www.internazionale.it/opinione/luigi-manconi/2014/11/04/l-infinita-liberta-di-brittany>.

² Cfr. J.-C. Ameisen, D. Hervieu-Léger, E. Hirsch, *Qu'est-ce que mourir?*, Le Pommier, Paris 2003, p. 11. Per una comprensione delle trasformazioni storiche della morte nel mondo occidentale si veda F.-P. De Ceglia (a cura di), *Storia della definizione di morte*, FrancoAngeli, Milano 2014.

diventata la natura umana, protesa sempre più verso orizzonti post-umani. A seconda, infatti, di come si articola il legame tra la vita e la morte, legame che dipende profondamente dal metodo di ricerca utilizzato dagli studiosi nei confronti del tema del morire, si sviluppano concezioni differenti in merito al significato da attribuire ai concetti di natura umana e di identità soggettiva, a cui fanno seguito molteplici direzioni teoriche, spesso in contrasto reciproco e decisive per le scelte di carattere politico ed economico della società.

Partendo da simili presupposti generali, il mio intento consiste, in primo luogo, nel descrivere brevemente le caratteristiche che il rapporto tra la vita e la morte ha assunto nello spazio pubblico contemporaneo; in secondo luogo, nel tentare di spiegare le ragioni filosofiche a fondamento di queste caratteristiche e, infine, nel provare a indicare una possibile alternativa al modo attuale di concepire la morte in Occidente, mostrando l'indissolubilità del suo legame con la vita.

2. *La morte tecnica prevale sul morire: medicalizzazione e parcellizzazione tecnologica*

Le innovazioni nel campo della medicina e i grandi progressi tecno-scientifici che segnano in modo profondo il XX secolo, nel modificare radicalmente la concezione fino ad allora acquisita della differenza tra naturale e artificiale, portano nella direzione di un'intensa *medicalizzazione della morte*. La capacità di far fronte, in virtù di tecniche mediche sempre più complesse, a malattie e a condizioni igienico-sanitarie critiche, che per secoli hanno comportato l'esigua durata della vita delle persone, allontana gradualmente il malato terminale dalla sua dimensione casalinga privata per isolarlo all'interno dell'ospedale pubblico, il quale diviene «il luogo privilegiato della morte»³. L'ospedale rappresenta, cioè, il luogo in cui non ci si reca più soltanto per guarire, ma anche e soprattutto per concludere la propria vita, lontano dalle attività consuetudinarie della società. Perdendo in maniera graduale il carattere simbolico e rituale che l'ha contraddistinta fino alla fine del XIX secolo, la morte diviene nel corso del Novecento «un fenomeno tecnico ottenuto con l'interruzione delle cure, cioè, in un modo più o meno confessato, con una decisione del medico e dell'équipe ospedaliera»⁴.

Un *fenomeno tecnico* alla cui guida si pone l'uomo con le sue capacità strumentali: man mano che migliorano le tecniche di rianimazione e di trapianto, si perviene alla possibilità di mantenere in vita uomini in condizioni di salute disperata, attraverso la respirazione artificiale e il mantenimento del battito cardiaco. Ciò comporta tanto la possibilità di salvare la vita di un uomo mediante la sostituzione delle funzioni organiche irrimediabilmente danneggiate con tecniche respiratorie artificiali, quanto la situazione – sempre più frequente – dello stato di coma non reversibile, per cui al battito cardiaco regolare non necessariamente corrisponde il

³ P. Ariès, *Essais sur l'histoire de la mort en Occident*, Éditions du Seuil, Paris 1975; trad. it. di S. Vigezzi, *Storia della morte in Occidente*, Bur, Milano 2006, p. 70.

⁴ *Ibidem*.

funzionamento del cervello. Pertanto, una Commissione di medici di Harvard, incaricata di studiare i mutamenti del rapporto tra scienza e morte, mette in luce, nel 1968, il carattere obsoleto della definizione di morte in termini cardiorespiratori o cardiopolmonari, cioè come la cessazione totale e non reversibile di tutte le funzioni vitali dell'organismo, cessazione attestata dall'arresto cardiocircolatorio e dall'assenza del respiro⁵. Tale commissione fornisce una nuova definizione di morte sulla base di criteri neurologici, dieci anni dopo che due medici francesi, Mollaret e Goulon, avevano coniato la locuzione *coma dépassé* (“coma oltrepassato”), con cui descrivere lo stato proprio di coloro i quali, in virtù del trattamento di rianimazione, rimangono in vita, pur in una condizione cerebrale irreversibilmente danneggiata⁶.

Il Rapporto di Harvard, nel mutare in modo radicale la definizione giuridica di morte, ora intesa come cessazione irreversibile di tutte le funzioni cerebrali, non solo fornisce la condizione indispensabile per effettuare il prelievo degli organi in funzione dei trapianti, aspetto che attira – per esempio – le critiche di Hans Jonas⁷, ma attesta – una volta per tutte – la separazione del morire umano da quello degli altri esseri viventi, i quali non hanno accesso alle complesse strutture tecnoscientifiche che irrompono nella vita dell'uomo. Vengono, in altre parole, delimitate nella morte due dimensioni solitamente non distinte in natura: la cessazione dell'attività neurologica e la cessazione dell'attività cellulare. A partire da queste due dimensioni “innaturali”, che sono il frutto di una decisa prevaricazione dell'artificiale sul naturale, l'evento del morire viene ulteriormente frazionato e scomposto in più fasi in virtù delle costanti innovazioni in ambito medico e tecnologico. La parcellizzazione tecnologica della morte, frutto dell'imporsi progressivo delle strutture sanitarie in materia di fine vita, rende, dunque, sempre meno *naturale* la presenza della morte all'interno della vita dell'uomo. Questo “distacco”, secondo Gadamer, non fa altro che attestare il carattere definitivo dell'inserimento del decesso nel ciclo tecnologico della produzione industriale.

La tecnologia problematizza la morte. La tecnologia ha congelato le condizioni fra la vita e la morte che in precedenza erano state oggetto della mitologia, della fantasia o della filosofia. Fino all'avvento del respiratore, la cessazione della respirazione spontanea portava immediatamente alla cessazione della circolazione e a danni cerebrali irreparabili. Dagli anni Sessanta abbiamo continuamente espanso

⁵ Cfr. P. Becchi, *La morte nell'età della tecnica. Lineamenti di tanatologia etica e giuridica*, Compagnia dei Librai, Genova 2002, p. 56.

⁶ Cfr. P. Mollaret, M. Goulon, *Le coma dépassé. Memoire préliminaire*, in «Revue Neurologique», 101 (1959), pp. 3-15. Si veda a proposito P. Becchi, *Morte cerebrale e trapianto di organi*, Morcelliana, Brescia 2008, pp. 13-16 e le considerazioni contenute in P. Singer, *Rethinking Life & Death*, Text Publishing Company, Melbourne 1994; trad. it. di S. Rini, *Ripensare la vita*, Il Saggiatore, Milano 1996. Si veda anche D. Sisto, *Narrare la morte. Dal romanticismo al post-umano*, ETS, Pisa 2013, pp. 115 ss.

⁷ Cfr. soprattutto H. Jonas, *Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*, Insel, Frankfurt am Main 1985; trad. it. di P. Becchi e A. Benussi, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, a cura di P. Becchi, Einaudi, Torino 1997.

L'area grigia fra la vita e la morte, stabilizzando un processo dopo l'altro in quello che prima era l'inesorabile cammino dalla vita alla polvere⁸.

Negli studi medici contemporanei, per esempio, si sono individuate addirittura quattro tipologie di decesso: la *morte relativa*, che ha luogo nel momento in cui cessano le attività respiratorie, circolatorie e nervose ma in modo non necessariamente irreversibile per cui è ancora possibile un loro ripristino, la *morte apparente*, che si distingue dalla prima poiché in essa tali attività sembrano cessate pur non essendolo, in quanto si sono solo attenuate ed è in teoria possibile ripristinare la loro funzione, la *morte intermedia*, che ha luogo quando le funzioni del soggetto sono irreversibilmente compromesse e permangono attive solo attività biologiche secondarie destinate a cessare in breve tempo, e infine la *morte assoluta* o *biologica*, quando cessano anche le attività biologiche secondarie o elementari. Quest'ultima «corrisponde alla morte cellulare e all'avvio della distruzione anatomica integrale che porta al rientro della materia nell'economia generale della natura»⁹.

La scomposizione e il frazionamento tecnologici della morte umana in tante piccole morti che precedono il decesso definitivo e irreversibile, quindi l'espansione dell'area grigia fra la vita e la morte, fanno sì che oggi la preoccupazione dominante nel mondo della medicina sia quella di evitare di considerare vivi pazienti che di fatto sono morti, a differenza dei secoli passati in cui il medico temeva di dichiarare morto un paziente ancora vivo¹⁰. Come evidenzia Ivan Illich, a decidere quando e dopo quanti interventi un paziente va dichiarato morto è il sistema medico, che sottrae all'uomo occidentale il diritto di presiedere all'atto di morire. «La salute, cioè il potere di agire autonomamente, è stata espropriata fino all'ultimo respiro. *La morte tecnica ha prevalso sul morire*. La morte meccanica ha vinto e distrutto tutte le altre morti»¹¹. In altre parole, la medicalizzazione di una morte definita sulla base di criteri neurologici, la sua parcellizzazione tecnologica e l'espansione dell'area grigia tra il vivere e il morire, nell'isolare il fine vita umano da quello degli altri esseri viventi, implicano una tangibile rimozione sociale del morire, frutto di una indebita identificazione tra le funzioni della vita organica e i processi della macchina. La morte, cioè, sembra essere diventata «una macchia bianca sulla carta geografica del

⁸ J. Hughes, *The Future of Death: Cryonics and the Telos of Liberal Individualism*, in «Journal of Evolution and Technology», 6, 2001, pp. 1-23, cit. da G. Brown, *The Living End. The Future of Death, Aging and Immortality*, Palgrave Macmillan, Basingstoke 2008; trad. it. di G. Guerrerrio, *Una vita senza fine? Invecchiamento, morte, immortalità*, a cura di E. Boncinelli, Cortina, Milano 2009, p. 217. Cfr. anche H.-G. Gadamer, *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Suhrkamp, Frankfurt am Main 1993; trad. it. di M. Donati e M.E. Ponzio, *Dove si nasconde la salute*, Cortina, Milano 1994, pp. 69-78.

⁹ F. Vinci, *Introduzione*, in Id., *La prova della premorienza. Profili giuridici e medico-legali. Dalla casistica classica all'attualità di un naufragio*, Aracne, Roma 2012, p. 15.

¹⁰ Cfr. P. Ariès, *Storia della morte in Occidente*, cit., p. 70; C.A. Defanti, *Soglie. Medicina e fine della vita*, Bollati Boringhieri, Torino 2007, p. 204; G. Brown, *Una vita senza fine? Invecchiamento, morte, immortalità*, cit., p. 217.

¹¹ I. Illich, *Limits to Medicine, Medical Nemesis: the Expropriation of Health*, Penguin Books, Harmondsworth 1977; trad. it. di D. Barbone, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano 2004, pp. 222-223. Corsivo mio.

sociale»¹², per usare una felice espressione del sociologo Norbert Elias: si isola meccanicamente il morente nella struttura ospedaliera, di modo che sia nascosto e tenuto lontano dallo sguardo delle persone in salute, e in contemporanea si cerca di dimenticare la mortalità propria dell'uomo e il pensiero generale della morte con l'illusione di un'inedita forza prometeica acquisita in virtù dello sviluppo tecno-scientifico. In tal modo, la morte non può che tramutarsi in «un'oscura profezia» che, come scrive Georg Simmel, la maggior parte degli uomini sente aleggiare sulla propria vita ma con cui entra angosciosamente in contatto «soltanto nell'attimo della sua realizzazione»¹³.

Ora, partendo dal presupposto che l'influenza della tecnologia nelle questioni del fine vita attesta, una volta ancora, che la determinazione del momento di morte non è mai indipendente dall'ambiente culturale all'interno di cui ha luogo, occorre vedere in che modo la morte tecnica ha prevalso sul morire e come la scienza è giunta, negli ultimi settant'anni, a mettere in discussione la diade vita-morte.

3. Resistenza alla morte! Bichat, Foucault, Baudrillard e la nascita della morte tecnica

Michel Foucault, nella *Nascita della clinica*, considera Xavier Bichat, il medico fondatore dell'anatomia moderna vissuto a cavallo tra il XVIII e il XIX secolo, colui che ha aperto la via per la trasformazione tecno-scientifica della morte, fornendo gli strumenti concettuali necessari per la sua medicalizzazione e parcellizzazione tecnologica. Decisiva per Foucault è la nota definizione che Bichat fornisce della vita, intesa come «l'insieme delle funzioni che resistono alla morte»¹⁴. Questa definizione è accompagnata dall'idea che si debbano distinguere due forme di vita, il cui esaurimento non è mai simultaneo: la *vita animale*, che consiste nel fissare in modo attivo relazioni con l'ambiente circostante e che si esaurisce precocemente, e la *vita organica*, che si identifica con le funzioni di assimilazione ed escrezione di tutto ciò che garantisce l'autosussistenza, funzioni la cui durata è maggiore rispetto a quella delle funzioni della vita animale.

Ora, nel periodo storico in cui vive Bichat, la morte è principalmente interpretata come un evento *non naturale*, cagionato da una *colpa*, la cui origine è esterna alla natura e da cui segue la perversione irreversibile delle leggi di natura. Questo tipo di morte simbolica è concepito come un *nemico* o un *mistero* che viene dall'esterno, contraddistinto dall'irrazionalità, portato a contaminare la vita originariamente pura e accompagnato dall'idea di decorso o passaggio socialmente

¹² N. Elias, *Ueber die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen*, Suhrkamp, Frankfurt am Main 1982; trad. it. di M. Keller, *La solitudine del morente*, Il Mulino, Bologna 1985, p. 47.

¹³ G. Simmel, *Metafisica della morte e altri scritti*, a cura di L. Perucchi, SE, Milano 2012, p. 10. A proposito, si veda M. Sozzi, *Sia fatta la mia volontà. Ripensare la morte per cambiare la vita*, Chiarelettere, Milano 2014, pp. 61 ss. Sui cambiamenti scientifici che, a partire da metà Novecento, hanno allontanato la morte dalla vita cfr. E. Morin, *L'Homme et la Mort*, Editions du Seuil, Paris 1970; trad. it. di A. Perri e L. Pacelli, *L'uomo e la morte*, Meltemi, Roma 2002, pp. 313 ss.

¹⁴ X. Bichat, *Recherches physiologiques sur la vie et sur la mort*, Inalf, Paris 1961, p. ???

definito, quindi dall'*innaturalità*. La morte, tuttavia, nel momento in cui infrange l'ordine simbolico e pre-mortale della vita, *diviene* un evento indisciungibile dai processi della vita stessa, quindi non interpretabile come episodio separato dal corso vitale. Se ne evince, così, un'oscillazione tra la sua innaturalità, quale fatto storicamente determinato, e la sua naturalità acquisita, quale limite interno alla vita stessa. Da questa oscillazione segue la radicale difettosità della vita e una visione della natura – in qualche modo – spiritualizzata.

La definizione della vita come l'insieme delle funzioni che resistono alla morte, data da Bichat, rappresenta – secondo il ragionamento di Foucault – il passaggio cruciale *dall'oscillazione tra l'innaturalità e la naturalità acquisita* della morte, frutto della visione simbolica del morire e di una concezione spirituale della natura, a una sua *naturalità originaria*, in quanto fenomeno integrato nella vita stessa: è la presenza costante e *naturale* della morte, cioè, che rende possibile la comprensione delle funzioni e delle relazioni che la vita instaura all'interno di un organismo. Decisivo per tale passaggio è il connubio tra la naturalizzazione del morire e la contemporanea de-spiritualizzazione della natura. Foucault ritiene che la definizione della vita data da Bichat infranga la «trinità tecnica e concettuale» costituita dalla vita, dalla malattia e dalla morte, in base alla quale nella vita viene situata dall'esterno la minaccia della malattia e nella malattia – sempre dall'esterno – la presenza ravvicinata della morte. Al posto di questa trinità «s'articola una figura triangolare, la cui sommità superiore è definita dalla morte»¹⁵. Il fatto che le funzioni vitali vengano determinate in relazione alla loro resistenza alla morte, quindi alla *battaglia* che portano da sempre avanti contro di essa, pone la morte in una posizione, per così dire, dominante, in quanto ciò a partire da cui si possono analizzare le dipendenze organiche e le sequenze patologiche, in vista della lotta medica. Essa non è più «la notte in cui s'annulla la vita, in cui la malattia stessa si confonde»¹⁶, ma la luce che rischiarava lo spazio dell'organismo e il tempo della malattia. La morte, dice Foucault, «si cangia per la prima volta in strumento tecnico che dà presa sulla verità della vita e la natura del suo male [...] è la grande analista che mostra le connessioni dispiegandole, facendo balzar fuori le meraviglie della genesi nel rigore della decomposizione»¹⁷. Bichat, in altre parole, inaugura la medicina anatomo-clinica, fornisce di un significato preciso il concetto di autopsia e apre, dunque, la via per il mutamento della morte da evento simbolico a fenomeno tecnico, previa espulsione di qualsivoglia elemento spirituale esterno dalla natura: l'analisi della malattia viene

¹⁵ M. Foucault, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Presses Universitaires de France, Paris 1963; trad. it. di A. Fontana, *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, postfazione di M. Bertani, Einaudi, Torino 1998, p. 157. Sul tema della morte simbolica e sulla sua oscillazione, a cavallo tra il XVIII e il XIX secolo, tra innaturalità e naturalità acquisita si vedano D. Sisto, *Moral Evil or Sculptor of the Living? Death and the Identity of the Subject*, in G. Chiurazzi, D. Sisto, S. Tinning (Eds.), *Philosophical Paths in the Public Sphere*, Lit Verlag, Berlin 2014, pp. 33 ss e Id., *Narrare la morte*, cit., pp. 41-80.

¹⁶ M. Foucault, *Nascita della clinica*, cit., p. 157.

¹⁷ *Ibidem*.

svolta non dal punto di vista della vita, ma da quello della morte, a cui la vita per definizione oppone *naturalmente* resistenza.

Bichat ha relativizzato il concetto di morte – osserva Foucault – togliendola a quell'assoluto in cui appariva come un evento insecabile, decisivo e irrecuperabile: l'ha volatilizzato e distribuito nella vita, sotto forma di morti in dettaglio, morti parziali, progressive e così lente a concludersi oltre la morte stessa. Ma proprio per questo veniva a costituire una struttura essenziale del pensiero e della percezione medica; ciò a cui la vita *s'oppon*e e ciò a cui *si espone*, ciò rispetto a cui è vivente *opposizione*, dunque *vita*; ciò rispetto a cui è analiticamente *esp*osta, dunque *vera*¹⁸.

Naturalizzando la morte quale fenomeno a partire da cui comprendere la vita e, al tempo stesso, eliminando gli elementi simbolici e misterici che impedivano una totale integrazione tra vita e morte e sottraevano la natura a una sua radicale meccanicizzazione, Bichat fornisce gli strumenti teorici per un'identificazione tra la malattia e la morte e per la decomposizione della morte nella moltitudine infinita delle sue manifestazioni cliniche, avendo la medicina l'imperativo di combatterla. Con il medico francese, conclude Foucault, «la conoscenza della vita trova la sua origine nella distruzione della vita, e nel suo estremo opposto; solo alla morte la malattia e la vita dicono la loro verità: verità specifica, irriducibile, protetta contro tutte le assimilazioni all'inorganico dal cerchio della morte che le designa per quello che sono»¹⁹.

Ha luogo, pertanto, un movimento da una fase storico-sociale in cui vita e morte non coincidono completamente a una in cui esse si integrano in modo totale. Ma se nel momento in cui non coincidono, la morte svolge un ruolo simbolico fondamentale per la vita, al punto che non vi può essere vita che non sia pensata come mortale e morte che non sia pensata come vitale, nel momento, invece, in cui si integrano totalmente e in cui addirittura la vita viene definita *a partire dalla* morte, ha inizio una radicale distinzione tra il vivere e il morire (la morte è «ciò a cui la vita *s'oppon*e e ciò a cui *si espone*, ciò rispetto a cui è vivente *opposizione*, dunque *vita*» – secondo la citazione foucaultiana summenzionata). Ciò di primo acchito può sembrare un non senso: più logico parrebbe, infatti, l'esatto contrario.

Il non senso, tuttavia, viene meno se si pensa al passaggio dalla realtà simbolica a quella tecnica, implicito nel movimento descritto, e al significato proprio del concetto di *simbolo*. Come mostra Jean Baudrillard, ciò che definisce l'essenza del simbolico è l'opposizione a qualsivoglia forma di separazione o disgiunzione: «*esso* – scrive il pensatore francese – è *l'utopia che mette fine alle topiche dell'anima e del corpo*,

¹⁸ Ivi, p. 158.

¹⁹ Ivi, p. 159. A proposito, si vedano anche C. Lafontaine, *La société postmortelle*, Éditions du Seuil, Paris 2008; trad. it. di R. Peverelli, *Il sogno dell'eternità. La società postmortale. Morte, individuo e legame sociale nell'epoca delle tecnoscienze*, Medusa, Milano 2009, pp. 30 ss.; N. Rose, *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton University Press, Princeton 2007; trad. it. di M. Marchetti e G. Pipitone, *La politica della vita. Biomedicina, potere e soggettività nel XXI secolo*, Einaudi, Torino 2008, pp. 69 ss.

dell'uomo e della natura, del reale e del non-reale, della nascita e della morte. Nell'operazione simbolica i due termini perdono il loro principio di realtà. Ma questo principio di realtà non è mai che l'*immaginario* dell'altro termine»²⁰. In un contesto in cui reale e simbolico non si contrappongono ma si equivalgono, non è possibile stabilire una definizione separata di vita e di morte: «la morte comincia prima della morte [...] la vita continua dopo la vita»²¹. Gli orizzonti del vivere e del morire si intersecano vicendevolmente, diluiscono il proprio sé l'uno nell'altro, per cui non ha senso alcuno pensare la morte come quel *fatto* che inizia *soltanto* nel momento in cui la vita *finisce*. Il simbolico è propriamente l'operazione che restituisce la vita alla morte e viceversa: «contro la rappresentazione che vede nell'una il *termine* dell'altra – osserva Baudrillard – bisogna cercare di vedere l'*indeterminatezza* radicale della vita e della morte e l'impossibilità di automatizzarle nell'ordine simbolico. La morte non è una scadenza, è una sfumatura della vita – oppure la vita è una sfumatura della morte»²².

Nel momento in cui dissolviamo il nesso simbolico e pur restituendo al morire la sua *naturalità*, i due termini ritrovano il loro principio *distinto* di realtà, allo stesso modo in cui lo ritrovano la natura e lo spirito, non più concepiti come armonicamente corrispondenti. La de-simbolizzazione della morte e della natura fanno sì che i due concetti, rientrando in un orizzonte dualistico che tiene rigidamente separato lo spirituale dal materiale, siano assorbiti nelle logiche proprie della tecnica, quindi debbano ubbidire alle regole meccaniche del *funzionamento*, facendo venir meno il senso della sfumatura.

Il verbo “funzionare” significa letteralmente “adempire le proprie funzioni”. Un organismo è *vivo* perché *funziona*, perché adempie le proprie funzioni resistendo alla morte; è *morto*, perché *non funziona*, perché le proprie funzioni non sono state capaci di opporre resistenza. L'organismo è quindi pensato come una macchina, il cui valore intrinseco è racchiuso nella capacità di prestazione, nell'efficienza e nella manutenzione di sé; di conseguenza, la malattia viene concepita come un incidente, un *guasto* che deve essere necessariamente riparato. Affinché la prestazione organica sia efficace e la manutenzione sia tale da eludere qualsivoglia guasto, l'atteggiamento medico deve essere totalmente incentrato ad attuare su un piano pratico l'imperativo di far funzionare l'organismo *a tutti i costi*, cercando di controllare la durata della vita e di procrastinare l'ingresso nella morte. Come osserva la tanatologa Marina Sozzi, la mentalità del Novecento è contraddistinta da un pensiero di questo tipo: «se il corpo è in panne, lo portiamo dal medico, che in un tempo X (dipende dal tipo di

²⁰ J. Baudrillard, *L'échange symbolique et la mort*, Gallimard, Paris 1976; trad. it. di G. Mancuso, *Lo scambio simbolico e la morte*, Feltrinelli, Milano 2009, p. 146. Sul rapporto tra simbolo e corrispondenza, avvalorato dal termine tedesco con cui si indica il simbolo, vale a dire *Sinnbild*, quale legame armonico tra il *Sinn* (senso-spirito) e il *Bild* (immagine-natura), si vedano D. Sisto, *Dal simbolo al simulacro: il virtuale come anestesia dell'organico*, in G. Pezzano, D. Sisto (a cura di), *Immagini, immaginari e politica. Orizzonti simbolici del legame sociale*, ETS, Pisa 2013, pp. 153-168 e Id., *Narrare la morte*, cit., pp. 47 ss.

²¹ J. Baudrillard, *Lo scambio simbolico e la morte*, cit., p. 176.

²² *Ibidem*.

riparazione richiesta) lo riporta alla situazione di partenza»²³. Pertanto, la *salute* non può che essere pensata nel modo suggerito da Baudrillard, come «funzione generale di equilibrio del corpo allorché essa è mediata da una rappresentazione strumentalistica del corpo»²⁴. Da qui si comprende la crescita del ruolo del “tecnico”, le cui competenze riconosciute dalla società lo spingono ad esercitare arbitrariamente i propri diritti nelle questioni che riguardano la vita e la morte dell’individuo, partendo dal presupposto della sovrapposizione definitiva dell’artificio umano sul naturale *tout court*. La supremazia su tutto ciò che è naturale viene percepita come una liberazione dalle catene della necessità e della casualità.

L’individualizzazione clinica della morte è quindi il frutto di un’applicazione meccanica della relazione causa-effetto alle varie funzioni vitali: il decesso di un individuo non è un evento inevitabile della vita, un processo inscritto nelle leggi della vita che prende piede dall’istante della sua nascita, ma l’*effetto* specifico di una specifica *causa*. Questo modo di ragionare sta a fondamento della rimozione sociale del morire e della decostruzione della mortalità. Come osserva Zygmunt Bauman, se la morte non può essere di fatto negata, tuttavia può essere esclusa o elusa, partendo dal presupposto che è sempre una morte *particolare* e che questa particolarità può essere respinta, differita o addirittura evitata del tutto.

La morte come tale è inevitabile; ma ogni esempio concreto di morte è contingente. La morte è onnipotente e invincibile, ma nessuno dei suoi casi specifici lo è. Tutte le morti hanno delle cause, ciascuna morte ha una causa, ciascuna morte particolare ha la sua causa particolare [...] *Non sentiamo di gente che muore di mortalità*. Muoiono solo di cause individuali, muoiono perché c’è stata una causa individuale²⁵.

Il prevalere della morte tecnica sul morire trova la sua spiegazione puntuale nella convinzione acquisita che mai nessuno “muore di mortalità”. Quando ha luogo il decesso di una persona, la prima domanda che nasce spontanea è: “*di che cos’è morta?*”. Ci interessa, cioè, la *singola, specifica* causa che ha provocato quell’evento *speciale*, benché morire di per sé – nella sua astrattezza – non sia mai evitabile: la specificità della causa e la natura speciale dell’evento ci danno l’illusoria certezza che a noi non può succedere lo *stesso* evento determinato dalla *stessa* causa. Un caso particolarmente significativo del linguaggio comune, a conferma di quanto sinora mostrato, è quello della persona X che è morta a causa di un tumore: in riferimento a ciò, si dice che la persona X è stata “stroncata da un male incurabile”. Il verbo “stroncare” rimanda la mente a un *particolare* atto violento che, improvvisamente,

²³ M. Sozzi, *Sia fatta la mia volontà*, cit., p. 58. A proposito, molto importanti le considerazioni contenute in J. Ellul, *Le Systeme technicien*, Calmann-Levy, Paris 1977; trad. it. di G. Carbonelli, *Il sistema tecnico. La gabbia delle società contemporanee*, Jaca Book, Milano 2002, p. 395.

²⁴ J. Baudrillard, *La société de consommation. Ses mythes ses structures*, Gallimard, Paris 1974; trad. it. di G. Gozzi e P. Stefani, *La società dei consumi. I suoi miti e le sue strutture*, Il Mulino, Bologna 1976, p. 161.

²⁵ Z. Bauman, *Mortality, Immortality and Other Life Strategies*, Polity Press, Cambridge 1992; trad. it. di G. Arganese, *Mortalità, immortalità e altre strategie di vita*, Il Mulino, Bologna 2012, p. 182. Corsivo mio.

interrompe il *naturale* corso della vita-ingranaggio, attestando una sconfitta a seguito di una lotta durante cui i combattenti dispongono della possibilità di vincere o di perdere. Ciò che *stronca* la sua vita-ingranaggio è il tumore inteso come “male incurabile”: questa espressione linguistica pone al centro dell’attenzione pubblica l’attività medica della cura, in cui si riflette l’idea del controllo della morte e del suo possibile annullamento in virtù delle decisioni prese dall’uomo lungo il decorso della malattia, e dà una connotazione etica al morire in quanto evento che cancella irrimediabilmente l’efficacia dell’organismo. Non è una coincidenza che Max More, uno degli esponenti più importanti dell’attuale corrente del transumanesimo immortalista, dedito a interpretare il decesso come una patologia che la scienza con i suoi progressi può un giorno sconfiggere, descriva la morte come «il più grande dei mali»²⁶.

Stroncato da un male incurabile: all’interno della logica razionale propria del pensiero tecno-scientifico, che ha depurato la morte da ogni rimando al simbolico e che la considera parte della natura, l’atto del morire – se non ha luogo nella tarda fase della vecchiaia – risulta essere in ogni caso uno scandalo, perché sfugge all’arbitrio umano e all’efficacia del corpo. Ignorando qualsivoglia approccio ermeneutico alla realtà che tenga conto di ciò che non può essere definito razionalmente, si perde l’abitudine a dover far fronte ad avvenimenti non previsti. «Il mondo sarà il parco giochi della ragione – scrive Bauman – Non più l’inaspettato, l’imprevisto e l’imprevedibile. Non più il contingente. Tutto ciò che ha il permesso di esistere deve prima superare la prova di utilità della ragione»²⁷. Così, allo stesso modo di un terremoto o del crollo di una casa, il decesso diviene un fatto radicalmente assurdo, la cui forza dirompente è simile a quella di un attentato. Baudrillard sostiene che la cultura razionalista, dominata dall’idea della perfezione promessa dalla tecnica e dal mito dell’efficacia, equipara la morte al *sabotaggio*: «un demone maligno è all’opera per far sì che questa macchina tanto bella si guasti sempre»²⁸. Il pensatore francese ha, così, modo di sottolineare il carattere sofisticato del concetto di “morte naturale”, a cui siamo pervenuti a partire da Bichat. La morte naturale è semplicemente una forma ideale e standardizzata di morte, quella che deve essere ricondotta a forza entro i confini della ragione. «È una morte “normale”, perché arriva “al termine della vita”». Il suo stesso concetto nasce dalla possibilità di far arretrare i limiti della vita»²⁹: rientra, cioè, nella mania di accumulazione propria

²⁶ M. More, *Transhumanism: Towards a Futurist Philosophy*, in «Extropy», 6 (1990), p. 8. Una proposta di superamento nel mondo mediatico italiano dell’infelice espressione “stroncato da un male incurabile”, recentemente ancora abusata dopo i decessi dell’attrice Virna Lisi e del cantante rock Joe Cocker, è presente nel seguente articolo: A. Ferrari, “*Stroncata da un male incurabile*”: appello per un #giornalismo sanitario differente, in «L’Espresso», 23 dicembre 2014, link: <http://ferrari.blogautore.espresso.repubblica.it/2014/12/23/stroncata-da-un-male-incurabile-appello-per-un-giornalismo-sanitario-differente/?ref=fbpe>.

²⁷ Z. Bauman, *Mortalità, immortalità e altre strategie di vita*, cit., pp. 177-178.

²⁸ J. Baudrillard, *Lo scambio simbolico e la morte*, cit., p. 178.

²⁹ Ivi, p. 179.

dell'uomo contemporaneo, il quale ritiene che la strategia quantitativa sia la migliore per rendere efficace la vita. L'organismo è una macchina che deve funzionare; di conseguenza, il suo primo obiettivo è quello di capitalizzare la propria vita, che va prolungata *ad libitum*, fondando le proprie basi esistentive sui principi dell'accumulo, della quantità, della conservazione, dell'artificializzazione di ciò che non è artificiale, per cui esso deve essere immune da alterazioni o da debolezze.

La morte naturale non significa quindi l'accettazione d'una morte che sarebbe nell'ordine delle cose, ma una negazione sistematica della morte. La morte naturale è quella che dipende giurisdizionalmente dalla scienza, e che ha la vocazione a essere sterminata dalla scienza. Questo significa in chiaro: la morte è inumana, irrazionale, insensata, come la natura quando non è addomesticata (il concetto occidentale di "natura" è sempre quello d'una natura rimossa e addomesticata). La buona morte è solo quella vinta e sottomessa alla legge: questo è l'ideale della morte naturale. A ciascuno dovrebbe essere possibile andare fino al termine del suo "capitale" biologico, godere "fino al termine" della sua vita, senza violenza né morte precoce. Come se ognuno avesse impresso il suo piccolo schema di vita, la sua "speranza normale" di vita, un "contratto di vita" in fondo – d'onde la rivendicazione sociale di questa qualità di vita di cui fa parte la morte naturale. Nuovo contratto sociale: è tutta la società, con la sua scienza, la sua tecnica, che diventa solidalmente responsabile della morte di ogni individuo³⁰.

Il quadro teorico appena descritto, tramite le riflessioni filosofiche di Foucault e di Baudrillard, fornisce una spiegazione abbastanza esaustiva del motivo per cui, da una parte, la morte tecnica ha prevalso sul morire e, dall'altra, nessuno crede che sia possibile morire di mortalità. Si tratta, ora, di mostrare come il capovolgimento di questa prospettiva, nel rispetto dei progressi tecno-scientifici del Novecento, permetta di rivedere completamente il ruolo della morte all'interno della vita, di modo da sottrarre l'esperienza del morire ai meccanismi rigidi del funzionamento.

4. *Si muore di mortalità: distribuzione insensata e vitale asimmetria*

Come abbiamo visto, la medicalizzazione e la parcellizzazione tecnologica di una morte definita sulla base di criteri neurologici, nonché la parallela espansione dell'area grigia tra il vivere e il morire, sono processi strettamente legati al passaggio da una morte simbolica a una morte tecnica. Tale passaggio rimanda all'idea di una naturalizzazione del morire, le cui basi – tuttavia – poggiano su una concezione meccanica e de-spiritualizzata della natura, a cui non spetta più potere decisionale. Si può dire che, attraverso gli inediti progressi tecno-scientifici del mondo contemporaneo, è stato portato a termine il percorso tipicamente dualistico del pensiero occidentale, le cui origini sono propriamente riconducibili al problema della morte nella vita dell'uomo e al tentativo di risolverlo razionalmente attraverso un *escamotage* di comodo. «Questa morte, che è ovunque nella vita – osserva Baudrillard

³⁰ Ivi, pp. 179-180.

– bisogna scongiurarla, localizzarla in *un* punto del tempo e in un luogo preciso: il corpo»³¹. La cultura occidentale, come mostra con attenzione Hans Jonas in *Organismo e libertà*, è da sempre impegnata a relegare la mortalità sul piano del corpo, *oggetto* che l'uomo condivide con gli altri animali, il quale si vendica nei confronti dell'anima (o coscienza) immortale, elemento *divino* presente soltanto nell'uomo (secondo, però, le arbitrarie idee dell'uomo stesso), appunto, morendo. La de-simbolizzazione della morte e la riconduzione della dialettica tra il vivere e il morire a un processo di funzionamento non fanno altro che enfatizzare l'estraneità reciproca tra l'anima sempre efficace e il corpo inefficace per definizione. La morte tecnica non solo è il risultato di una strumentalizzazione meccanica del corpo, ma è anche ciò che certifica la frattura tra il piano fisico e il piano mentale dell'uomo, facendo del corpo quell'elemento degradabile, il cui unico scopo è morire.

Sulla base di quanto appena osservato, si comprende come l'equivalenza tra la vita e la morte di un organismo e il meccanismo di funzionamento risponda a un approccio metodologico ai problemi del fine vita che non tiene conto della natura multidimensionale del morire. Nel riconoscimento della sua multidimensionalità, infatti, si manifestano in modo cristallino il limite di una razionalità che pretende di oggettivarne le caratteristiche a partire da una sua definizione chiara e distinta, figlia della cultura dualistica della separazione e dell'omologazione, e la dignità epistemologica che va riconosciuta al corpo e alla sensibilità in generale. Ogniqualevolta si cerchi di fornire una definizione esatta e razionale all'essenza della morte, si percorre un vicolo cieco il cui unico possibile sbocco non è altro che il paradosso: essendo condizionata da una radicale evanescenza ontologica, giacché priva di un'immagine corrispondente, la morte può essere spiegata effettivamente soltanto da coloro che sono di fatto morti, la cui condizione "noumenica", tuttavia, impedisce loro di avere un legame epistemologico con il mondo di cui i vivi fanno esperienza³².

Eppure, se è impossibile – stando al di qua del confine – stabilire in maniera oggettiva e razionale che *cosa sia* la morte, niente di più frequente all'interno della vita di ogni individuo è la sua esperienza diretta, nella forma della *perdita* irrecuperabile o della cessazione irreversibile di una qualsiasi relazione, perdita che tocca radicalmente la sfera emozionale dell'uomo: la psicologia, in particolare, ci insegna come sia possibile sperimentare costantemente momenti di morte, per esempio, quando termina un legame amoroso, quando si rompe un oggetto a cui si è molto affezionati, quando vengono meno parti corporee (denti, capelli, ecc.) o abilità psichiche (memoria, prontezza di reazione, ecc.), quando si smarriscono ideali politici e così via³³. Tutte queste esperienze sono occasioni che, non solo pongono

³¹ Ivi, p. 177.

³² Sul tema dell'evanescenza ontologica della morte latente di immagine, si veda D. Sisto, *Narrare la morte*, cit., pp. 34-40.

³³ Cfr. G. Petter, *Concetto di morte nel ciclo della vita*, in U. Curi (a cura di), *Il volto della Gorgone. La morte e i suoi significati*, Mondadori, Milano 2001, pp. 230 e ss. Il rapporto simbolico tra l'esperienza di morte e la fine di un rapporto amoroso è un tema che trascende i confini della psicologia e coinvolge lo

l'individuo dinanzi all'ineluttabilità della propria mortalità, coinvolgendo tanto il lato razionale o intellettuale quanto quello sensibile o emotivo di ciascuno, ma dimostrano anche quanto la morte sia inestricabile dalla vita. Un'inestricabilità che alcuni scienziati hanno descritto, sul piano biologico, ricorrendo al concetto di “grappolo di attributi” (*cluster of attributes*). Il concetto di “grappolo” suggerisce che il rapporto tra la vita e la morte in un organismo debba essere compreso come un insieme di attributi, i quali possono essere presenti o assenti in varie combinazioni, che non necessariamente rispondono a un ordine di ragione. Allo stesso modo di una *casa*, la quale non è mai definita da un singolo attributo, ma da un grappolo di attributi che si combinano in maniera differente e che sono presenti o assenti in maniera costantemente varia, spesso casuale. In tal modo, la morte è intesa come una progressiva perdita di attributi rilevanti, da cui seguono nuove combinazioni vitali³⁴.

Tanto l'esperienza psicologica della perdita quanto quella scientifica del grappolo di attributi, nel confermare il carattere plurivoco della morte e nel riabilitare il ruolo del corpo e della sensibilità, mettono in luce come un legame più armonico tra l'uomo e l'esperienza del morire debba passare attraverso il capovolgimento di quei principi che sono alla base della medicalizzazione e della parcellizzazione tecnologica descritte: vale a dire, riconoscere la *prevalenza del morire sulla morte tecnica* ed essere consapevoli che *si muore di mortalità*. Fare in modo che il morire prevalga sulla morte tecnica e rendersi consapevoli che, al di là delle singole cause, di fatto si muore di mortalità vuol dire interpretare in maniera differente la naturalizzazione del morire e la definizione della vita come l'insieme delle funzioni che resistono alla morte, nonché concepire l'uomo come unità psicofisica, e non come un essere in cui il lato razionale si distingue qualitativamente da quello fisico. Lungi dall'implicare una concezione meccanica della natura, la quale presuppone il ruolo dominante del “tecnico”, il concetto di “morte naturale” va inteso nel modo seguente: è *naturale* che prima o poi si muoia. Non si muore, cioè, perché ci si ammala, per cui la singola morte è l'effetto di una causa patologica che rende inefficiente l'organismo; ma ci si ammala perché, in quanto esseri ontologicamente finiti e limitati, dobbiamo morire, come ci insegna – tra l'altro – il processo biologico dell'apoptosi o suicidio cellulare³⁵. È la morte, con il suo carattere inevitabile in quanto processo interno alla vita, che è a fondamento della malattia e

stesso pensiero filosofico. In riferimento per esempio a un'interpretazione datane da Gabriel Marcel, a partire dalla morte effettiva dell'amato, si veda C. Rebuffo, *Gabriel Marcel. La filosofia incarnata e la questione della morte*, in «Dialegesthai», 2011, link: <http://mondodamani.org/dialegesthai/cre01.htm#par3>.

³⁴ Cfr. a proposito J.R. Botkin, S.G. Post, *Confusion in the Determination of Death: Distinguishing Philosophy and Medicine*, in «Perspectives in Biology and Medicine», XXXVI, 1992, pp. 129-138: 134-135.

³⁵ Sul significato filosofico della teoria biologica dell'apoptosi si veda J.-C. Ameisen, *La Sculpture du vivant. Le Suicide cellulaire ou la Mort créatrice*, Editions du Seuil, Paris 1999; trad. it. di A. Serra, *Al cuore della vita. Il suicidio cellulare e la morte creatrice*, Feltrinelli, Milano 2001. A proposito cfr. anche D. Sisto, *Moral Evil or Sculptor of the Living? Death and the Identity of the Subject*, cit., pp. 41-45.

non viceversa. Come osserva il bioetico americano Daniel Callahan, «quando una malattia è stata curata, un'altra prenderà il suo posto»³⁶. Pertanto, il modo di porre la morte al centro della vita, come fa Bichat secondo Foucault, va ribaltato e inteso secondo il ragionamento che Hans Jonas sviluppa qui di seguito: «la vita è mortale non anche se è vita, bensì perché è vita, in base alla sua costituzione più originaria, in quanto il rapporto tra forma e materia sul quale essa si fonda è proprio di tipo revocabile e incerto»³⁷. Solo a partire da questa consapevolezza è possibile recuperato il valore *simbolico* della morte, nel senso inteso da Baudrillard, per cui vita e morte, perso il loro principio di realtà, tornano a essere l'una la sfumatura dell'altra.

Ora, occorre evitare un fraintendimento: un ritorno alla concezione simbolica della morte e una critica alla sua concezione tecno-scientifica, così come si è sviluppata nel corso del Novecento, non significa affatto una negazione del valore qualitativo dei progressi tecnologici, scientifici e medici in materia di fine vita né tantomeno la riattribuzione di una qualche forma di “sacralità” alla natura e alla vita, il cui esito non può che essere un censurabile e inadatto oscurantismo religioso in nome di una presunta intoccabilità metafisica. Come osservano Prigogine e Stengers, l'alienazione a cui conduce il riduzionismo scientifico esasperato non va controbilanciata da una concezione metafisica e antiscientifica della natura³⁸. Significa, piuttosto, ristabilire le regole del rapporto tra tecnica e scienza, a partire dalla metafora foucaultiana della morte come la grande analista che mostra le connessioni dispiegandole: la tecnica è uno *strumento* essenziale della scienza che, come tale, non va autonomizzato, attribuendogli principi e leggi che impongono alla ricerca scientifica di *provare* la realtà piuttosto che di *esplorarla*³⁹. È, infatti, l'autonomia della tecnica rispetto alla scienza a determinare le derive prometeiche e i sussulti di onnipotenza che portano l'uomo nella direzione di un utopico controllo scientifico e politico della vita e della morte, della salute e della malattia per mezzo di schemi, rigide relazioni di causa-effetto, logiche razionali. Un controllo che nasce da una concezione altrettanto “tecnica” della soggettività umana, la cui meccanizzazione razionale, frutto dell'idea che mai nulla può esistere al di fuori della sua potenza produttiva e della sua capacità di manutenzione, non collima – tuttavia

³⁶ D. Callahan, *Troubled Dream of Life. In Search of a Peaceful Death*, Georgetown University Press, Washington 2000, p. 75.

³⁷ H. Jonas, *The Phenomenon of Life. Towards a Philosophical Biology*, Harper & Row, New York 1966; trad. it. di A. Patrucco Becchi, *Organismo e libertà. Verso una biologia filosofica*, a cura di P. Becchi, Einaudi, Torino 1999, p. 12.

³⁸ Cfr. I. Prigogine, I. Stengers, *La Nouvelle Alliance. Métamorphose de la science*, Gallimard, Paris 1978; trad. it. di P.D. Napolitani, *La nuova alleanza. Metamorfosi della scienza*, Einaudi, Torino 1999, pp. 30 ss.

³⁹ A proposito, si tenga conto delle considerazioni di Umberto Veronesi contenute in G. Reale, U. Veronesi, *Responsabilità della vita. Un confronto fra un credente e un non credente*, Bompiani, Milano 2013, p. 61. Riguardo all'idea della scienza che non prova ma esplora, cfr. G. Bateson, *Mind and Nature. A Necessary Unity*, Bantam Books, New-York 1979; trad. it. di G. Longo, *Mente e natura. Un'unità necessaria*, Adelphi, Milano 1995.

– con una realtà in cui il caso e il caos giocano un ruolo tanto fondamentale quanto imprevedibile, come dimostrano recenti studi scientifici sulle cause dell’insorgenza dei tumori⁴⁰. Riscoprire la morte simbolica e riconoscere che si muore di mortalità, a partire dal ruolo strumentale della tecnica nella ricerca scientifica che esplora e non prova, vuol dire maturare una concezione più realistica del soggetto, di per sé *asimmetrico* – «la natura ha orrore della simmetria, figliolo, non commette mai un simile errore di stile. Ti stupirebbe vedere com’è inespessivo un viso simmetrico, se ne incontrassi uno!»⁴¹ – e costantemente *preso in una distribuzione insensata*, come sostiene Baudrillard: «il soggetto ha bisogno, per la sua identità, di un mito della propria fine, come ha bisogno d’un mito d’origine. In realtà, il soggetto non è mai là – come il viso, le mani, i capelli, e anche prima indubbiamente, è sempre già altrove, preso in una distribuzione insensata, in un ciclo senza fine spinto dalla morte»⁴². Asimmetria e distribuzione insensata, quali caratteristiche proprie del soggetto umano, sono due aspetti strettamente collegati alla consapevolezza della mortalità e del fatto che una vita per essere tale deve essere mortale, finita, limitata, oscillante tra il piacere e il dolore. Se è l’“aver luogo” in quanto tale l’unica giustificazione dell’attività di una macchina, il soggetto asimmetrico, preso nella sua distribuzione insensata, è costantemente in balia del dolore e del piacere, della riuscita e del fallimento, della realizzazione e della frustrazione; alla diade percezione-movimento, che esaurisce il meccanismo proprio della macchina, il soggetto vivente aggiunge il *sentimento*, l’elemento medio che collega la percezione al movimento⁴³.

La morte simbolica allora, concepita come forza dinamica della vita di un soggetto asimmetrico preso in una distribuzione insensata, in cui il sentimento e il corpo vivente hanno dignità conoscitiva tanto quanto l’intelletto e la ragione, diviene un elemento fondamentale per attribuire un senso inedito ai progressi tecnoscientifici e per reimpostare l’etica della cura in materia di fine vita. A partire da essa si può, cioè, monitorare meglio la scienza e la medicina, allontanandole dall’obiettivo del funzionamento *tout court* e della prevenzione, che trasforma la morte acuta in morte cronica. In tal modo, le si aiuta a maturare tanto una sensibilità maggiore

⁴⁰ Un recente studio condotto presso la Johns Hopkins School of Medicine del Maryland dal genetista Bert Vogelstein e dal matematico Cristian Tomasetti, i cui risultati sono stati pubblicati sulla rivista *Science*, dimostra che – nella maggior parte dei casi – ammalarsi di tumore dipende dal caso e non dallo stile di vita. Analizzando trentuno differenti tumori, gli scienziati hanno constatato che il 66% di essi scaturiscono “per sfortuna” e non per comportamenti rischiosi. Cfr. C. Tomasetti, B. Vogelstein, *The Bad Luck of Cancer*, in «Science», vol. 347, n. 6217, 2015, pp. 12. A proposito, si veda il seguente articolo: *Tumori, la ricerca shock: ne causa più la sfortuna che lo stile di vita*, in «La Repubblica», 02 gennaio 2015, link: http://www.repubblica.it/salute/ricerca/2015/01/02/news/tumori_ricerca_ne_causa_pi_la_sfortuna_che_lo_stile_di_vita-104167899/?ref=HREC1-2.

⁴¹ D. Pennac, *Journal d’un corps*, Gallimard, Paris 2012; trad. it. di Y. Melaouah, *Storia di un corpo*, Feltrinelli, Milano 2012, p. 326.

⁴² J. Baudrillard, *Lo scambio simbolico e la morte*, cit., p. 177.

⁴³ Cfr. H. Jonas, *Organismo e libertà. Verso una biologia filosofica*, cit., p. 153 e p. 168. In realtà, è consigliata la lettura di tutto il capitolo settimo, *Cibernetica e scopo. Una critica* (pp. 149-169).

all'interno delle dinamiche che regolano il rapporto vita-morte, quanto una consapevolezza che permetta di affrontare i casi come quello di Brittany Maynard, citato in apertura, con maggiore elasticità e delicatezza, eludendo forme deleterie di dogmatismo e di rigida conformazione a protocolli tecnici che mai aderiscono allo sviluppo autonomo della vita e incentivando le attività sempre più importanti degli *hospices*. Come dice Gadamer, è comprensibile che chi vive non accetti la morte, tuttavia non deve eluderla ma affrontarla: «noi siamo viandanti sul confine tra l'aldiqua e l'aldilà»⁴⁴.

⁴⁴ H.-G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, cit. p. 76.

«Ricordati che devi morire!»; «Tu non morirai!». Terapie e strategie dinanzi alla paura della morte.

Cristina Rebuffo

1. Premessa

Per quanto tentino costantemente di dissimularlo, tutti gli uomini temono la morte. Temono la propria morte, temono il come e il quando essa avverrà e il cosa a cui essa lascerà spazio, eventualmente. Gli uomini hanno sempre temuto, in certo qual modo, la morte, la propria e quella dei propri cari. Tuttavia, nel corso della storia dell'Occidente l'immagine che di essa gli uomini si sono figurati non è stata sempre la stessa e, di conseguenza, le strategie messe in atto nel corso dei secoli come tentativo di esorcizzarla sono state molteplici.

Per questo motivo, nelle pagine a seguire si tenterà di ricostruire la storia di questa paura, a partire da due grandi paradigmi terapeutici, che si è deciso di racchiudere in due esortazioni: quello del «Ricordati che devi morire!» e quello del «Tu non morirai!». Il primo sintetizza a mio avviso l'atteggiamento che si è avuto dinanzi alla morte dall'Antichità all'Ottocento; il secondo che, citando il filosofo francese Gabriel Marcel, riassume invece l'impostazione contemporanea.

2. «Ricordati che devi morire!»: dall'Antichità all'Ottocento

Mario (*alias* Massimo Troisi) rimira trasognante il medievale paesaggio del paesino in cui è stato magicamente catapultato attendendo per ore che si rialzassero le sbarre di un passaggio a livello con l'amico Saverio (*alias* Roberto Benigni), quando a un tratto il suo sognare ad occhi aperti viene interrotto da una minacciosa voce monacale che gli intima un catastrofico: «Ricordati che devi morire!» ripetuto come una nenia tragica. A ogni ripetizione la voce del monaco si fa sempre più inquietante e Mario, il cui volto è sempre più perplesso e spaesato, risponde ironicamente: «Sì, sì, mo' me lo segno, non vi preoccupate...».

I poemi omerici rappresentano una visione estremamente tragica della vita e della morte; la vita e la morte, del resto, sono profondamente legate tra di loro, dal momento che la prima, per essere degna di tale nome, deve necessariamente

concludersi in una “bella morte”¹. L’Ade, il terribile mondo degli inferi in cui l’anima si reca dopo essersi staccata dal corpo cadaverico, è un luogo terrificante e caotico, simbolo della caducità, della corruttibilità e dell’oblio a cui sono destinati tutti i mortali. La terapia che la cultura greca ha elaborato dinanzi a questo terribile volto della morte consiste proprio nel riscatto dei morti, reso possibile dall’eroismo e dalla memoria dei superstiti: la fama dell’eroe è l’unica forma di immortalità, e dunque di strategia escogitata per sfuggire alla definitezza della morte; immortalità assicurata all’eroe dalla memoria dei suoi congiunti e dal canto del poeta. L’eroe classico è colui che esorcizza la morte sfuggendo alla vecchiaia e al deperimento dei propri tessuti corporei andando fieramente e orgogliosamente incontro alla morte nel momento in cui egli si trova all’apice della propria forza e bellezza fisiche, divenendo così modello di gloria imperitura:

una volta scomparso il suo corpo, che cosa resta dell’eroe? Due cose. Innanzitutto il *sema* o *mnema*, la stele, il monumento funebre commemorativo eretto sulla tomba che ricorderà agli uomini futuri, nel corso delle generazioni successive, il suo nome, la sua fama e le sue imprese. [...] Lo *mnema* è dunque il testimone permanente dell’identità di un essere che è sprofondato, con il suo corpo, in un’assenza definitiva [...] In secondo luogo e parallelamente al monumento funebre, il canto di lode, memoria fedele delle imprese compiute dall’eroe. Conservata e ripresa continuamente nella tradizione orale, la parola poetica, celebrando le gesta dei guerrieri del passato, li sottrae all’anonimato della morte in cui si dileguano, nella notte dell’Ade, gli uomini comuni; rievocandoli costantemente nel corso della recitazione epica, fa di questi guerrieri scomparsi i “brillanti eroi” la cui figura, sempre presente nella mente dei viventi, risplende di un fulgore che nulla potrà mai offuscare: quello del *kleos aphthiton*, la “gloria imperitura”.²

La morte non è, insomma, temuta di per sé: ad essere temuta è piuttosto la morte legata all’oblio, la morte che non lascia traccia. Sconfiggere la paura della morte significa affrontarla a viso scoperto, la qual cosa garantisce l’ammirazione e la celebrazione dei posteri, che comincia dal momento successivo al trapasso dell’eroe, con i riti funerari e il pianto intorno alle spoglie, lavate e imbellite attraverso pratiche precise, prima di essere arso sulla pira. Questo ideale legato alla tradizione epica si modifica in parte con l’avvento delle democrazie cittadine, quando ogni aspetto del culto prima riservato all’eroico cadavere viene trasferito a quello del soldato, acquisendo così un’evidente valenza politica.

Per quanto concerne il mondo romano, occorre chiaramente tener presente della fusione delle due civiltà greca ed etrusca di cui esso fu erede. Ben lontani dalle elucubrazioni metafisiche, i romani riconducevano per lo più la nozione di “buona morte” al ruolo pubblico del cittadino, il quale doveva mostrarsi coraggioso e sereno

¹ Si pensi, a titolo d’esempio, al rifiuto, da parte di Odisseo, dell’immortalità offertagli dalla ninfa Calipso, giacché questa lo priverebbe del suo destino di eroe mortale il cui unico obiettivo è quello di vivere nella memoria celebrativa degli uomini; cfr. OMERO, *Odissea*, versione di I. Pindemonte, Newton Compton, Roma 2011, Libro V, vv. 255-289.

² JEAN-PIERRE VERNANT, *L’individuo, la morte, l’amore*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2000, p. 20/s.

dinanzi alla propria e all'altrui morte, assistito in ciò dalla propria famiglia e dai gruppi dei pari, dalla città intera. Gli epitaffi funebri pagani forniscono spesso informazioni riguardanti episodi della vita politica, personale e professionale del defunto³, a significare l'estrema importanza data dai romani alla vita terrena piuttosto che all'aldilà. Com'è noto, infatti, nella cultura latina si fa spesso riferimento al *carpe diem*, al godimento dei beni terreni per quanto possibile: l'idea di una vita successiva al momento del trapasso, di un destino ultraterreno dell'anima umana è praticamente assente in quel contesto storico. La vita, vissuta come viaggio, necessariamente e naturalmente approderà, presto o tardi, al proprio porto, un luogo confortevole dove poter finalmente riposare⁴: la terapia nei confronti del timore della morte in epoca pre-cristiana a Roma consiste dunque nel figurarsi la fine della propria vita in maniera profondamente consolatoria e tranquillizzante, come dimostrato dalle riflessioni in merito dei grandi autori latini, Lucrezio⁵, Seneca⁶, Cicerone⁷, Marco Aurelio⁸, i quali sembrano trattare della morte con l'unico grande obiettivo di liberare l'uomo dalla paura, di spingere i cittadini ad affrontare la morte con pace, coraggio e dignità, di affrontarla come si trattasse di scegliere la propria libertà eterna.

A partire dal IV secolo d.C. la Chiesa si inserisce nella relazione tra cittadino, famiglia e città, e prende prepotentemente a farsi interprete del senso della morte: la Chiesa si sostituisce, insomma, alla città nel celebrare la gloria di coloro che sono scomparsi, attraverso l'organizzazione di feste annuali in memoria dei defunti, di preghiere comunitarie e di sacrifici eucaristici volti a preservarne la memoria. Gli eroi epici cedono il passo ai santi martiri. La vita terrena perde d'importanza e il pensiero dell'aldilà diviene costante, e in questo orizzonte, l'idea di un paradiso, regno della speranza, diviene la grande terapia della Roma cristiana.

L'immaginario cristiano domina tutto il periodo medievale, epoca in cui i vivi vivono un rapporto profondamente simbiotico coi loro morti. La "buona morte" è per la tradizione cristiana quella comprensibile a partire dal trionfo di Cristo sulla croce e dalla promessa della vita eterna. La morte corporea non è definitiva ma è trapasso, è nuova nascita: per questo motivo il buon cristiano non teme, di fatto, la morte (se non come deperimento biologico) bensì è chiamato ad accoglierla con

³ Cfr. S. GIORCELLI BERSANI, *Epigrafia e storia di Roma*, Carocci, Roma 2004, pp. 169-202.

⁴ Non è un caso che i romani venissero seppelliti fuori le mura, lungo le strade e che gli epitaffi si rivolgero dunque necessariamente ai viandanti e ai mercanti.

⁵ Cfr. *De rerum natura*, in particolare il libro III, in cui, riflettendo sulla morte del maestro Epicuro, tenta di dissuadere gli uomini dal patire per via della propria mortalità e di far loro comprendere che grazie alla consapevolezza e all'intelletto essi possono sconfiggere la loro paura.

⁶ Il tema della morte come fonte di liberazione ricorre soprattutto nel pensiero di Seneca, come dimostrato dalle sue parole a favore del suicidio; nelle *Lettere a Lucilio* leggiamo: «io stesso scelgo l'imbarcazione quando devo imbarcarmi, e la casa in cui voglio vivere; parimenti ho lo stesso diritto di scegliere come morire, come abbandonare la vita».

⁷ Il tema della morte è presente in diverse opere del grande oratore, come, ad esempio, le *Tusculanae disputationes* e il *De senectute*.

⁸ Cfr. *Ricordi*.

tranquillità e gioia, e in questo i martiri sono ovviamente il modello da seguire. Con la morte l'anima viene resa a Dio e liberata finalmente dalla "prigione" della carne. Com'è noto, tuttavia, questo immaginario possiede una risvolto ben più temibile e oscuro, ossia il tragico pericolo della perdizione e della dannazione. L'ideale medievale è così duale: da un lato la speranza, il paradiso, la salvezza eterna; dall'altro il timore, l'inferno, la dannazione, la possibilità di un'eternità fatta di pene e dolore⁹. Solo dopo il 1200 nasce infatti l'idea del purgatorio¹⁰ come via di mezzo teologica tra inferno e paradiso: esso, sebbene luogo di sofferenza ed espiazione che gli uomini temono tanto quanto temono l'inferno, offre comunque in certo qual modo uno spiraglio di speranza di un percorso salvifico, agevolato dalle preghiere dei vivi. La Chiesa confonde dunque, in un certo senso, i propri fedeli infliggendo loro da un lato la pastorale terroristica fondata sulla paura dell'inferno e confortandoli, del resto, attraverso l'idea della possibilità della salvezza mediante i sacramenti e il culto dei santi. Ora, qual è lo spartiacque terapeutico tra questi due quanto mai divergenti aspetti? Il *memento mori* non serve che a evitare i piaceri corporei, le tentazioni carnali e i piaceri terreni, responsabili primari dell'eventuale destino tragico della propria anima. La morte ideale è quella che non arriva in modo repentino, la qual cosa impedirebbe infatti di portare a compimento tutti i passaggi che l'anima deve compiere per giungere pulita e candida al momento del suo distacco dalla carne: la confessione, il viatico, la preghiera in primis; ma oltre a ciò il morente deve poter "godere" dell'arrivo della propria morte nel proprio letto, circondato dai parenti, dai vicini di casa e, ovviamente, dal curato. Ora, detto ciò, è chiaro che quello della morte serena e pacifica era, di fatto, un semplice ideale. La morte è profondamente temuta anche in epoca medievale, essa suscita orrore, come dimostrato dai testamenti, dai riti dell'agonia che avevano lo scopo di diminuire le pene del morente, dall'iconografia macabra.

Il tema macabro¹¹, effettivamente, sorge proprio durante quello che Huizinga¹² ha definito "l'autunno del Medioevo", quando la corporeità e la conseguente ossessione nei confronti della decomposizione fisica tornano ad acquisire una posizione centrale. L'iconografia della fine del Medioevo è ricolma di rappresentazioni di decomposizioni, di teschi, scheletri, vermi e putrefazione. Per quanto riguarda la letteratura, il Quattrocento è il secolo delle cosiddette *artes moriendi*¹³, testi con lo scopo di istruire i moribondi al fine di condurre la loro anima alla salvezza in punto di morte.

⁹ Si pensi alle tremende immagini iconografiche raffiguranti scene di anime torturate dai demoni e straziate dal fuoco, immerse nelle viscere della terra e divorate da Lucifero, come nel caso dell'affresco di Giotto per la cappella degli Scrovegni a Padova o delle descrizioni dantesche nella *Divina Commedia*.

¹⁰ Cfr. J. LE GOFF, *La nascita del purgatorio*, Einaudi, Torino 1996.

¹¹ Sul tema macabro si veda P. ARIÈS, *Storia della morte in Occidente*, BUR, Milano 2001, p. 110-128.

¹² Cfr. J. HUIZINGA, *L'autunno del Medioevo*, Newton Compton, Milano 2011.

¹³ Cfr. P. ARIÈS, *Storia della morte in Occidente*, op. cit., pp. 38-41.

Questa tradizione scompare, poi, a poco a poco con la cultura umanistica, per la quale la riflessione sulla morte è volta unicamente a mettere l'accento sulla corporeità, la temporalità e per riportare il centro di gravità della vita degli uomini sulla terra. Perciò, è chiaro che agli umanisti la morte fisica appare come male radicale, come male che, tuttavia, non arriva repentino al termine del viaggio, ma che colora di nero il viaggio stesso dal momento del suo esordio: la vita è morte essa stessa, è morire di ora in ora. Il tema dello scorrere incessante e inesorabile del tempo conduce così a una forte ripresa del classico motivo del *carpe diem*¹⁴.

La morte torna al centro dell'attenzione in epoca barocca. La grave crisi economica e politica che ha caratterizzato il Seicento europeo acuisce infatti la sensibilità nei confronti della morte, per molti aspetti paragonabile a quella medievale, per quanto riguarda senso del macabro, pastorale religiosa terroristica, simbologia e *memento mori*. Tuttavia, se il Medioevo guardava alla morte, terapeuticamente, dalla prospettiva della salvezza o della dannazione, nel Seicento l'angoscia di fronte alla morte diviene qualcosa di personale, carica di malinconia, simbolo di un amore sfrenato nei confronti della vita terrena e dell'attaccamento al mondano, attaccamento consapevolmente fragile ed effimero. L'iconografia del periodo è da questo punto di vista esemplare: la ricorrenza delle clessidre, dei teschi, degli scheletri completamente scarnificati ricordano costantemente agli uomini del Seicento la insistente presenza della morte all'interno della vita. E allora l'unica soluzione è rendere il dramma della morte – mi si passi il gioco di parole – il più drammatico possibile: l'istante del trapasso è valorizzato al punto da essere costantemente messo in scena, in arte (Caravaggio), in letteratura (Shakespeare), nella quotidianità, nei riti e nella nascita delle pompe funebri, nelle tombe. La morte secentesca ha, insomma, un aspetto teatrale e spettacolare e un fine pedagogico: le grandi morti dei potenti e dei religiosi fungono da esempio per quelle altrui in quanto pacifiche, consapevoli e tranquille. Per questo motivo frequentare le “belle agonie” diventa uno degli aspetti più tipici della preparazione alla propria morte; osservare il morente esalare l'ultimo respiro è la terapia che il Seicento ha elaborato per sottrarsi al timore nei confronti della morte, e familiarizzare con la morte anche quando essa è già avvenuta aiuta i fedeli a osservare da vicino ciò che sarà di loro¹⁵.

¹⁴ Cfr., a titolo d'esempio, *Il trionfo di Bacco e Arianna* di Lorenzo de' Medici.

¹⁵ Le Catacombe dei Cappuccini di Palermo – la più grande collezione di mummie al mondo – offrono, in questo senso, un esempio ineguagliabile. I frati Cappuccini si stabilirono nel capoluogo siciliano nel 1534, in un'epoca, cioè, in cui ci si preoccupava molto del destino del proprio cadavere, in cui «era già cominciata, fra i nobili e i facoltosi, una vera e propria corsa per accaparrarsi le sepolture all'interno delle chiese, sotto gli altari o nelle cappelle dedicate al Santo che era il principale oggetto di venerazione», cfr. I. CENZI (curatore), *La veglia eterna. Catacombe dei Cappuccini di Palermo*, Logos Edizioni, Modena 2014, p. 21. Chiunque abbia messo piede in questo luogo ricorderà con lucidità l'inquietante spettacolo che gli si parò davanti, dietro e ai lati: una volta scesi dalla scala di accesso alle catacombe ci si trova a percorrere diversi corridoi le cui pareti sono letteralmente tappezzate di cadaveri, vestiti di tutto punto, immobilizzati nelle loro smorfie di morte, coi loro capi spolpati rivolti verso i visitatori: «le catacombe “violano” almeno tre dei principi fondamentali della sepoltura occidentale: secondo le consuetudini, il cadavere dev'essere

Una imponente crescita demografica, il regresso di alcune grandi epidemie (in primis la peste) e i primi timidi passi avanti compiuti dalla medicina determinano, nel Settecento, un modesto aumento delle aspettative di vita: il pensiero della morte si allontana, così, in certo qual modo, dalle opere letterarie soprattutto nel suo aspetto terrificante e macabro. I testi di preparazione alla morte sono, anzi, addirittura, criticati e la morte viene raffigurata in maniera molto più ragionevole (in tendenza rispetto alla cultura dei Lumi), come fenomeno naturale, terreno, accettabile per l'uomo sottoposto alle leggi della natura¹⁶. L'attenzione è riposta sulle questioni legate alla corporeità: interrogarsi sulla morte significa interrogarsi sul destino del corpo a morte avvenuta, e la risposta che i materialisti elaborano, in senso strategico, è quella secondo cui il corpo, più che cadere nel nulla, cambia e si trasforma scindendosi nei suoi componenti, tornando alla natura e reinserendosi nel ciclo della vita.

Nel 1804 Napoleone Bonaparte emana il celebre editto di St. Cloud, i cui articoli più importanti sottolineano l'esigenza di istituzionalizzare e ordinare il più possibile il culto dei morti. In particolare l'editto vieta di seppellire le salme all'interno non solo delle chiese ma delle stesse città, stabilisce che la sepoltura debba essere individuale – contro la pratica delle fosse comuni – e che i cimiteri, da costruirsi fuori le mura, debbano apparire come giardini con vialetti da poter percorrere in raccoglimento e meditazione. Ora, l'editto di St. Cloud segna la fine della coabitazione tra vivi e morti. Ciononostante l'allontanamento fisico dei morti dalle città non equivale a una rottura totale col loro mondo: la costruzione dei cimiteri, e con essi di tombe di famiglia, mausolei o cappelle private, conduce i vivi a preoccuparsi sempre di più di ornare e decorare le lapidi, e questi nuovi giardini del

sepolto *da solo; orizzontale; e nascosto alla vista*. Qui, rispetto a tutto il resto d'Europa, abbiamo invece un culto che rifiuta di relegare il morto in un aldilà invisibile [...] il cadavere viene esibito. Lo si colloca in posizione eretta, vigile, attenta [...] Infine, i morti sono mantenuti in gruppo, divisi a seconda dei ranghi, delle occupazioni e delle caratteristiche terrene» (*Ivi*, p. 91). Eppure, durante il Seicento e il Settecento era una consuetudine del tutto diffusa recarsi giornalmente in questi sotterranei per prendersi cura dei cadaveri dei propri cari (erano i parenti a occuparsi di aggiustare braccia rotte col fil di ferro o di cambiare gli abiti del defunto qualora fossero troppo sgualciti), o per scegliere il proprio domicilio funebre, valutando accuratamente la storia dei futuri vicini. Anche i bambini erano soliti recarsi in questi luoghi, accompagnati da genitori o nonni: «era usanza che gli adulti portassero lì sotto i bambini a conoscere i loro antenati, come introduzione alla storia di famiglia» (*Ibidem*).

¹⁶ La stessa paura per la morte è considerata un fatto del tutto naturale, come possiamo leggere in Rousseau: «Celui qui feint d'envisager la mort sans effroi ment. Tout homme craint de mourir, c'est la grande loi des êtres sensibles, sans laquelle toute espèce mortelle serait bientôt détruite. Cette crainte est un simple mouvement de la nature, non seulement indifférent, mais bon en lui-même et conforme à l'ordre : tout ce qui la rend honteuse et blâmable, c'est qu'elle peut nous empêcher de bien faire et de remplir nos devoirs», in ID., *Julie ou La nouvelle Héloïse : lettres de deux amants habitants d'une petite ville au pied des Alpes*, 1761.

silenzio e del raccoglimento divengono il luogo ideale in cui manifestare pietà e memoria, le virtù caratteristiche della morte borghese¹⁷.

Durante l'Ottocento, accanto alla morte cristiana – nell'ambito della quale inizia a farsi strada l'idea per cui non solo i vivi devono preoccuparsi del destino delle anime del purgatorio ma pure i defunti hanno il compito di vegliare sui vivi, instaurando un rapporto di perfetta biunivocità – fa capolino anche la morte laica, per esempio di repubblicani e socialisti, i quali scandalizzano con le loro esequie civili. Essi considerano buona la morte che avviene quando gli ideali politici e filosofici di tutta una vita non vengono meno nemmeno al momento dell'estremo saluto; coloro che si raccolgono intorno al morente si aspettano da lui che egli resti fedele al proprio laicismo nonostante i patimenti fisici e il timore, dando così testimonianza della propria forza interiore. Come l'eroe antico, il laico del XIX secolo sconfigge la propria paura grazie alla consapevolezza della memoria nei posteri, dell'esempio offerto alla propria comunità politica. Al di là di queste differenziazioni tra morte cristiana e morte laica, comunque, la novità dell'Ottocento è la valenza prettamente estetica, più che morale, che acquisisce la morte: esistono morti belle o brutte; la morte può essere bella, se soave, dolce e commovente. Ed essa è resa soave proprio dal fatto che la grande strategia terapeutica nei confronti della morte nel XIX secolo consiste nell'eliminazione di ogni aspetto spregevole o temibile dalla morte: l'inferno, ad esempio, è ora considerato un destino verosimile unicamente per i grandi criminali. La nuova sensibilità romantica porta, insomma, a condurre la morte ai grandi canoni estetici della Natura, dell'Infinito e del Sublime; e tale sensibilità ha certamente posto la morte al centro delle proprie riflessioni¹⁸, una morte che libera la spiritualità dell'individuo e segna un ritorno, appunto, allo spirito universale. Va da sé che la morte che fa paura è nell'Ottocento quella, tutt'altro che soave, descritta da naturalisti e veristi, la morte violenta o legata all'alcol e alla miseria che interessa soprattutto le classi subalterne, una morte tendenzialmente solitaria (che infatti spesso è seguita dall'immagine del cadavere abbandonato in un vicolo)¹⁹.

3. «Tu non morirai!»: la problematicità del Novecento e dei primi anni Duemila

Quell'alito di Nyodene D. mi ha seminato la morte in corpo. Ormai, stando al computer, è ufficiale. Ho la morte dentro. È solo questione se riuscirò o meno a sopravvivere. Gli effetti hanno una loro durata. Trent'anni. Anche se non sarà direttamente il Nyodene D. ad ammazzarmi, probabilmente mi sopravvivrà dentro il mio corpo [...] È la natura della morte moderna, - considero Murray. - Ha una vita indipendente da noi. Sta crescendo in prestigio e dimensione. Dispone di uno slancio mai conosciuto prima. Noi la studiamo

¹⁷ Cfr. quanto ricorda a questo proposito Philippe Ariès: «la morte romantica, retorica, è innanzitutto *la morte dell'altro*; l'altro il cui ricordo e rimpianto ispirano nel XIX e XX secolo il nuovo culto delle tombe e dei cimiteri» in ID., *Storia della morte in Occidente*, op. cit., p. 50.

¹⁸ Non a caso Giacomo Leopardi scrive, nelle *Operette morali*, che «Questo secolo si può dire con verità che sia proprio il secolo della morte».

¹⁹ Si pensi, a titolo d'esempio, a *L'Assommoir* di Zola e all'intero suo ciclo dei Rougon-Macquart.

obiettivamente. Possiamo predirne l'aspetto, seguirne il corso nel corpo. Possiamo ritrarla in sezione, registrarne su nastro tremori e onde. Non le siamo mai stati tanto vicini, mai abbiamo avuto tanta familiarità con le sue abitudini e i suoi atteggiamenti. La conosciamo nell'intimo. Ma lei continua a crescere, ad aumentare in dimensione e portata, ad acquisire nuovi sbocchi, nuovi passaggi e mezzi. Più ne apprendiamo, più cresce. Che sia una legge della fisica? Ogni progresso in conoscenza e tecnica viene pareggiato da un nuovo tipo di morte, da una nuova specie. La morte si adatta, come un agente virale.²⁰

Spesso si è detto e scritto che l'età contemporanea è l'età della rimozione del pensiero della morte dalle coscienze degli uomini. Questa rimozione, a detta dei più, sarebbe dovuta al progresso scientifico-medico-tecnologico, il quale avrebbe condotto alla «sottrazione di un qualsivoglia carattere mitico e simbolico ai processi intrecciati del vivere e del morire»²¹ e a una conseguente modificazione delle modalità del morire: non più partecipazione sociale nella camera del morente ma isolamento e solitudine di quest'ultimo in una stanza qualsiasi di una qualsiasi struttura ospedaliera, laddove parenti e professionisti si premurano, più che di accompagnare l'uomo verso il trapasso, di negare che tale trapasso in effetti avverrà²². Le grandi innovazioni in campo medico avrebbero, insomma, indotto a poco a poco gli uomini a credere che ogni fallacia o disfunzionamento corporeo possa essere facilmente corretto, fino al punto di allontanare il pensiero della morte come situazione difficilmente inevitabile. La conseguente pretesa di immortalità fisica dell'uomo postmoderno, specchio della riproduzione industriale in serie²³, avrebbe infine indotto ad additare il corpo come nemico numero uno da combattere, come ostacolo alla suddetta pretesa.

Ora, queste poche righe ci conducono necessariamente a evidenziare come la caratteristica peculiare dell'età contemporanea sia, probabilmente, ciò che Gabriel Marcel ha indicato come ribaltamento tra la categoria del soggetto e quella dell'oggetto; ribaltamento, questo, facilmente attuabile per ciò che concerne il particolare essere che noi tutti siamo, ossia un essere incarnato: è attraverso il proprio corpo che ci si muove e si agisce nel mondo e che si entra in relazione con gli altri esseri. La relazione che s'intrattiene col proprio corpo è affatto particolare: «c'è in questo legame un incredibile paradosso: mi è impossibile tanto identificarmi col mio corpo quanto separarmene radicalmente»²⁴, dal momento che ci si trova implicati con esso in una relazione tale per cui non si può affermare esclusivamente né di essere quel corpo né che esso sia nient'altro che una cosa esteriore sulla quale avanzare un certo diritto di proprietà. Marcel non si stanca mai di ripetere, in effetti,

²⁰ D. DELILLO, *Rumore bianco*, Einaudi, Torino 1999, p. 182/s.

²¹ D. SISTO, *Narrare la morte. Dal romanticismo al postumano*, Edizioni ETS, Pisa 2013, p. 138.

²² Scrive, a tal proposito, ancora Sisto: «questa forma di elusione del morire è talmente radicata nella quotidianità che i parenti ripetono costantemente al morente che riuscirà a sfuggire certamente alla morte, tornando alla tranquilla quotidianità del mondo di cui si prendeva cura», in *ivi*, p. 151.

²³ Cfr. *ivi*, p. 160/ss.

²⁴ R. MATERA, «La fenomenologia del corporeo», *Rivista di filosofia neo-Scolastica*, 72, n. 1 (1980), p. 65.

che noi ci troviamo esattamente sulla soglia tra il campo dell'*essere* e quello dell'*avere*: «di questo corpo io non posso dire né che sono io, né che non lo sono, né che esso è per me (oggetto)»²⁵. Detto ciò, è allora chiaro che quando si parla del proprio corpo, non è soltanto agli aspetti anatomico-carnali che ci si riferisce, ma pure a quel corpo che io *sento* come mio, a quel corpo che è da me vissuto e partecipato. La soggettività incarnata rifiuta, insomma, radicalmente la possibilità di distinguere tra corpo e coscienza, tra anima e corpo quasi si trattasse di due “cose” separate l’una dall’altra: l’io, pur essendo soggetto epistemologico resta pure anche sempre legato alla fatticità empirica per la mediazione del dato corporeo. Ecco, l’io è esattamente quel legame, e non l’uno o l’altro dei termini di esso. Detto ciò è dunque chiaro che il tema della paura della morte in un mondo come quello postmoderno, in cui l’attenzione nei confronti della corporeità è di tipo meccanicistico, medico e tecnico, assume una rilevanza particolare. La paura della morte, a partire dal Novecento, assume la connotazione di paura di perdere un oggetto che si possiede e di cui non si può fare a meno, se non altro fin tanto che è in grado di espletare tutte le funzioni a cui è preposto. La paura della morte altrui, allo stesso modo, è paura di perdere un corpo da accudire, da amare, da toccare e baciare, da utilizzare nel caso in cui il proprio non sia sufficiente allo scopo, come ne fosse il prolungamento strumentale. Marcel stesso si è più volte definito nei suoi scritti come «un essere traumatizzato fin dall’infanzia dalla morte degli altri»²⁶; ora, con gli altri, tutti noi non ci troviamo, a detta del filosofo francese, in una relazione del tipo *io/tu* ma di *coesistere*, inteso come compresenza strutturale, come determinazione simultanea che produce un influsso d’essere reciproco tra i due termini i quali non sono più propriamente separati ma uniti in questo scambio vitale reciproco. Nel mondo postmoderno, un mondo fatto per lo più di indisponibilità e di rifiuto all’altro, l’unica possibile terapia alla paura della morte di sé e degli altri è dunque, la realizzazione del *noi*, per sfuggire, da un lato, alla tentazione di sbarazzarsi del proprio corpo che non si uniforma alla perfezione e aggiustabilità degli oggetti (è il caso del suicidio), e dall’altro alla tentazione di considerare gli altri come oggetti che a un certo punto si possono perdere così com’è possibile perdere un orologio, o le chiavi di casa. Quell’incontro che da origine al *noi* non consiste nel semplice contatto fisico o nella mera prossimità spaziale bensì è possibile solo qualora i due esseri in esso coinvolti siano dotati di interiorità, di spiritualità e si riconoscano vicendevolmente questa caratteristica; perché quell’incontro avvenga è chiaro che gli esseri coinvolti debbano esplicitare la propria disponibilità: tutto ruota intorno alla decisione di aprirsi all’incontro con l’altro, di rispondere al *dono* della sua chiamata per mezzo della dimostrazione della fedeltà. Il *noi* in cui essi si troveranno così legati, che può essere definito, ancora con Marcel, come una “indistinzione feconda”, costituisce un vero e proprio slancio vitale per gli esseri che vi si fondono, perché qui essi vanno incontro a un rafforzamento e una rigenerazione che non cessa mai di essere rinnovata. Tale

²⁵ G. MARCEL, *Giornale metafisico*, Abete, Roma 1966, p. 231.

²⁶ «Un être traumatisé dès l’enfance par la mort d’autrui». G. MARCEL, *Présence et immortalité*, Flammarion, Paris 1959, tr. nostra, p. 182.

unione legherà quegli esseri anche quando non potranno più fisicamente essere insieme, anche quando le circostanze non sembreranno più permetterlo: «è chiaro che non vi è da preoccuparsi se uno degli individui in contatto non è fisicamente presente. Noi siamo in effetti su un piano in cui i segni non hanno alcuna importanza»²⁷. Si tratta qui di puntare tutto sulla fedeltà, una fedeltà che non si cura delle circostanze concrete o della possibilità o impossibilità di mantenere la promessa fondataria del *noi*, una fedeltà che dall'esterno appare sempre insensata e incomprensibile, una fedeltà che è pervasa di “amore oblativo” e di speranza, laddove questa speranza si formula nel senso di un “Io spero in te per noi”: si spera in una comunità indistruttibile come antidoto alla disperazione determinata da quel senso di minaccia di morte che aleggia sempre su di noi²⁸.

La fedeltà creatrice di cui si è detto fin qui si manifesta in tutta la sua autenticità esattamente nella formulazione di un rifiuto esplicito e di una negazione convinta della morte, in particolar modo della morte di coloro che si amano:

la negazione attiva della morte [...] è insieme una sfida e un'espressione d'amore; anzi, e meglio, un'espressione d'amore che la nostra modalità d'inserimento nel mondo obbliga ad assumere l'apparenza di una sfida. La gente cinicamente viene a dirmi che quest'essere teneramente amato non esiste più al mondo, che è escluso dalla contabilità umana – ed io pretendo che esista ugualmente e non può non esistere²⁹.

L'essere defunto che si è conosciuto e amato resta comunque un essere, non si riduce alla semplice idea che di esso permane in chi gli sopravvive, resta attaccato alla loro realtà, alla loro vita³⁰. Occorre, insomma, ricordare che il termine antitetico a “morte” non è affatto “vita” bensì “nascita”: quella cosa che chiamiamo corpo è destinata a scomparire, non sarà più visibile come non lo era prima di uscire dall'utero materno, ed è quindi chiaro, da questo punto di vista che l'unica terapia per sconfiggere il timore nei confronti della morte è abbandonare una volta per tutte l'ossessione per la corporeità per, come insiste Marcel, addentrarsi nel mondo della conservazione di una memoria, laddove la memoria non è l'attaccamento a un simulacro (una fotografia, un fazzoletto, una lapide) bensì il tentativo di cogliere l'*indefettibile*, ciò che non verrà mai meno se l'amore che lega all'altro è autentico, se si manifesta, cioè, appunto, come fedeltà creatrice. La morte non sarà allora per nulla una realtà ultima, un fatto oggettivo da attestare con certezza scientifica perché il mistero della morte non è separabile dal mistero dell'amore:

²⁷ G. MARCEL, *Giornale metafisico*, cit., p. 34.

²⁸ Su questo tema si veda: G. MARCEL, *Homo viator*, Borla, Roma 1980, p. 72/ss.

²⁹ *Ivi*, p. 173.

³⁰ La produzione drammaturgica di Marcel è, da questo punto di vista, forse più esplicativa delle stesse riflessioni strettamente filosofiche. Si veda, a titolo d'esempio, il dramma *L'iconoclaste*.

l'esperienza della morte d'altri tematizza il rapporto interpersonale nei termini contrapposti di presenza/assenza, dove per assenza si intende una presenza di segno diverso. Il rapporto intercorre tra una persona corporalmente presente ed un'altra presente misteriosamente³¹.

L'unico modo per sfuggire alla paura della morte è, allora, per noi uomini del Novecento, farsi risucchiare nel mistero dell'essere, nel mistero che è espressione di quell'amore oblativo che sfida l'assenza e trionfa su di essa, di quell'amore, cioè, che consiste nel dire, all'essere che si ama, «Tu non morirai!»³².

³¹ F. Riva, *Corpo e metafora in Gabriel Marcel*, Vita e Pensiero, Milano 1985, p. 66.

³² Cfr. G. Marcel, *Tu non morirai*, a cura di F. Riva e M. Pastrello, Casini, Roma 2006, p. 151.

Recensione

Ewa Nowak, *Experimental Ethics. A Multidisciplinary Approach*, Lit Verlag, Zürich-Münster, 2013, 168 pp.

Roberto Franzini Tibaldeo

Perché le persone non sono in grado di mettere in pratica i valori, le norme e gli ideali che, pure, professano? Perché si comportano in modo contraddittorio rispetto alle loro convinzioni e ciò anche in quei casi in cui queste ultime sono state elaborate in modo assai lucido e sofisticato? Sono questi gli interrogativi da cui prende spunto la riflessione di Ewa Nowak, docente di etica all'Università di Poznan in Polonia. Tra le possibili risposte l'autrice indica in particolare la seguente, che funge da ipotesi di lavoro del volume: in queste persone le competenze cognitive atte a giudicare e assumere decisioni hanno bisogno di essere rafforzate e ciò al fine di evitare che i valori o i principi dichiarati continuino ad avere una rilevanza solamente accidentale, scoordinata o dispersiva sulla loro prassi. Infatti, sarebbe proprio la mancanza di un adeguato sviluppo della capacità di giudizio morale a impoverire il pluriverso dell'agire umano, riducendone i criteri di fondo ai tre seguenti: timore della punizione, conformismo, redditività. E scongiurare questo pericolo – afferma l'autrice richiamandosi ad autori quali J. Dewey, J. Habermas, P. Freire, a cui potrebbero senz'altro aggiungersi anche M. Lipman e M. Nussbaum – dovrebbe essere uno degli obiettivi prioritari di quei sistemi politici che si definiscono “democratici”. A questo riguardo, però, Nowak non manca di sottolineare una contraddizione, le cui conseguenze possono mettere a rischio la tenuta stessa della democrazia: in teoria è infatti proprio quest'ultima che concede fiducia ai cittadini, non solo responsabilizzandoli e consentendo loro di formulare apertamente e autonomamente i propri giudizi, ma anche ponendosi l'obiettivo di rafforzare tramite la scolarizzazione le loro abilità a pensare e giudicare; in pratica, però, ciò a cui si assiste nel tempo presente è, da un lato, la reviviscenza di fondamentalismi di varia natura e, dall'altro lato, un generalizzato impoverimento della qualità dell'educazione, vale a dire del tradizionale veicolo con cui si ambiva a forgiare i cittadini e i lavoratori del domani.

In che modo, ad avviso di Nowak, è possibile venire a capo di questa problematica scissione tra teoria e pratica, che riguarda innanzitutto l'etica e

conseguentemente la politica? La sua proposta si può riassumere come segue. A) In primo luogo, occorre assumere un metodo di indagine “sperimentale”, che cerchi di mostrare la fondamentale co-implicazione di pensiero e azione, riflessione teorica e competenze pratiche, ecc. B) In secondo luogo, riconoscere che la scelta di larga parte dell’etica tradizionale di occuparsi esclusivamente di questioni astrattamente razionali e universali deve essere quanto meno rivista e ampliata facendo rientrare a pieno titolo nel novero dell’etica istanze relative all’affettività, all’emotività e alla comunicazione non- o pre-verbale. C) Ciò che ne consegue è che la riflessione etica deve rassegnarsi a mettere da parte alcuni obiettivi che la contrassegnavano tradizionalmente (come per esempio l’aspirazione a conseguire sistemi solidi, regolari, armonici, universali e al riparo dalle contraddizioni) e accettare che ciò con cui si ha a che fare sia per sua natura complesso, segnato da diversità e contraddizioni, nuovo, inatteso e sconosciuto. Questo capita perché l’etica si occupa proprio di riflettere su quelle esperienze che gli individui reputano nuove, significative e problematiche. E come ognuno sa, in esperienze di questo tipo – esperienze, cioè, in cui ci si incontra o ci si scontra con un’alterità che avanza pretese diverse dalle proprie – ci si imbatte di continuo: sul lavoro, in politica, nei rapporti con gli altri, nel dialogo con se stessi, ecc. D) Se così è, quale metodo deve assumere l’etica per portare efficacemente a compimento il proprio sforzo di chiarificazione? La risposta di Nowak è che, data la natura in definitiva relazionale delle esperienze oggetto dell’etica, il metodo di indagine prescelto deve conferire ampio spazio all’osservazione e al dialogo. E) Infine, quale persuasione teorica di fondo anima l’adozione di siffatto metodo? L’autrice non nasconde la propria predilezione per un approccio cognitivista, secondo cui la cognizione sociale (*social cognition*) – vale a dire competenze sociali, quali il comportamento intenzionalmente orientato a valori e teso alla gestione razionale di eventuali conflitti, e le competenze relazionali interpersonali – non è un patrimonio innato né è il semplice prodotto di un determinato set di neuroni che orientano l’essere umano e fanno sì che stringa relazioni sociali, come ritengono invece orientamenti post-cognitivistici di cui la teoria dei neuroni specchio è uno degli esempi più celebri. Al contrario, nell’essere umano la cognizione sociale sarebbe legata ad aree cerebrali con una storia evolutiva piuttosto recente e pertanto richiederebbe di essere rafforzata mediante un’opera di socializzazione supportata dal punto di vista educativo. La non occasionale e profonda eterogeneità riscontrabile nel pluriverso dell’agire umano sarebbe – ad avviso di Nowak – la prova di quanto la cognizione sociale sia un fenomeno recente e non ancora sedimentato; ciò vale specialmente per la consapevolezza morale, la quale è precisamente capace di auto-riflessività critica e correttiva. A ciò sarebbe in definitiva da attribuirsi lo scollamento tra valori professati e condotta pratica, espressa dagli interrogativi di partenza della ricerca. Tuttavia, aggiunge l’autrice, colmare il divario tra teoria e pratica è senz’altro possibile, oltretutto doveroso; a patto che si sappia far leva in modo efficace sulle diverse componenti della razionalità umana. A questo riguardo, Nowak concentra i propri sforzi sul concetto di giudizio morale e sui suoi nessi con dimensioni quali affettività, interesse e valore.

Si confronta con autori, tra cui J. Piaget, L. Vygotskij, H. Arendt, A. Honneth, J. Habermas, L. Kohlberg, e con metodologie didattico-educative o valutative, come il “Fünf-Finger-Modell” di Ekkehard Martens o il “Moral Competence Test” e il “Konstanzer Methode der Dilemma-Diskussion / Konstanz Method of Dilemma Discussion (KMDD)” elaborati da Georg Lind.

Quel che ne risulta è un articolato e interessante cammino di ricerca etica in cui, per un verso, si fa esperienza del fecondo intreccio tra riflessione teorica, ricerca-azione e risultati sperimentali, e, per altro verso, si esplora il contributo offerto da diverse discipline (in particolare filosofia, psicologia, pedagogia, scienze neurocognitive e sociologia) alla chiarificazione di esperienze di incontro con l'altro o di concetti, quali rispetto, universale, valore, democrazia.

Jürgen Habermas, *Verbalizzare il sacro. Sul lascito religioso della filosofia*, traduzione italiana di L. Ceppa, Laterza, Roma-Bari, 2015, 245 pp.

Francesca Benenati

Episodi di fondamentalismi e integralismi religiosi sono sempre più frequentemente al centro della cronaca, dando così all'opinione pubblica l'impressione di un prepotente e talvolta inquietante ritorno della religione in quell'Occidente da tempo guidato dalla bandiera della ragione illuminata. È questa invece l'illusione che Habermas, nel suo ultimo lavoro *Verbalizzare il sacro. Sul lascito religioso della filosofia*, traduzione italiana di L. Ceppa, Laterza 2015, intende smascherare a partire da una decostruzione della teoria per cui la secolarizzazione si accompagnerebbe all'inesorabile modernizzazione e progresso scientifico dell'Occidente. Lungi dall'aver perso presa sulle coscienze, la religione si rivela essere invece una sorprendente figura della contemporaneità. Si tratta infatti per Habermas di analizzare in che senso è possibile parlare di società post-secolare: tale aggettivo non indica affatto la scomparsa della religione in seguito alla crescente razionalizzazione dell'Occidente, ma piuttosto è un predicato sociologico che fa riferimento a società moderne secolarizzate che si aprono al dialogo con la religione. Una società non potrebbe dirsi liberale e democratica se non accogliesse e tutelasse i contributi di tutti i suoi componenti, compresi quelli religiosi, da cui peraltro non può prescindere se non vuole rinunciare a tutta la sua ricchezza e alle risorse per lo sviluppo di una razionalità comunicativa di carattere pubblico.

Che ruolo ha nel pensiero habermasiano la filosofia di fronte alla necessità di riabilitare la religione quale figura contemporanea dello spirito? Per rispondere a tale interrogativo, Habermas dedica la prima parte del libro alla ricostruzione del percorso che ha portato dalle immagini-di-mondo, ossia le concezioni con cui ogni comunità si rappresenta il cosmo e si orienta in esso, al mondo-di-vita, ossia l'orizzonte esistenziale – riprendendo la nozione di Husserl – in cui si è già da sempre immersi e che costituisce lo sfondo dell'agire comunicativo che orienta l'azione dei singoli. In questo percorso Habermas individua tre cesure: l'età assiale, quale sfondamento cognitivo che segna il passaggio delle grandi religioni mondiali dall'immanenza alla trascendenza; la rivoluzione nominalistica che segna la separazione tra filosofia e teologia; e l'empirismo, che introduce l'approccio

razionalizzante delle scienze della natura. Infine, con l'emergere delle scienze dello spirito, viene introdotto l'approccio psicologista, che in maniera analoga al metodo delle scienze della natura, cerca di definire in termini razionali la dimensione del mentale. Il tentativo di Habermas è allora quello di smarcarsi dal vicolo cieco dell'opposizione, generata da questa duplice oggettivazione del mondo-di-vita, tra una filosofia scientificamente orientata, che tende a comprendere la realtà entro categorie riduzionistiche di un naturalismo estremo, e una filosofia delle visioni del mondo di stampo postmodernistico che rielabora la pluralità delle narrazioni religiose in una teoria dei giochi linguistici, dove ogni immagine-di-mondo è una monade chiusa nel proprio orizzonte, incommensurabilmente impossibilitata a comunicare e relazionarsi con le altre. L'alternativa proposta da Habermas per uscire da tale circolo vizioso è quella di una forma di naturalismo debole, che coniughi l'evoluzione biologica dell'uomo con il suo sviluppo culturale, caratterizzato da vari stadi di apprendimento suscettibili di provocare spinte cognitive e salti mentali come quello dell'età assiale. È qui che entra in gioco la preziosa funzione del pensiero post-metafisico quale filosofia che voglia operare un'adeguata autocomprensione di sé, senza rinunciare alle conquiste del pensiero secolare, ma mantenendo al contempo la coscienza della propria fallibilità. In questo senso Habermas ravvisa la nascita del pensiero post-metafisico in Kant, che con la sua rivoluzione gnoseologica fu il primo a ridimensionare le pretese della metafisica, confinando l'*in-sé* in una dimensione non raggiungibile dal solo uso teoretico della ragione e riabilitando in questo modo le pretese cognitive della ragion pratica. Compito del pensiero post-metafisico è quello di chiarire i rapporti tra filosofia e religione al fine di offrire un'adeguata autocomprensione della modernità, e di aprire la possibilità di recuperare i cosiddetti potenziali semantici della religione rimasti non sfruttati. Nella prima parte del testo Habermas mostrava infatti, attraverso una genealogia della ragione comunicativa elaborata a partire da un confronto con studi antropologici e biologici, come il mondo-di-vita sia il luogo delle ragioni simbolicamente incarnate, ovvero l'insieme di quelle conoscenze e competenze condivise che permettono di orientare l'azione del singolo. Tale patrimonio viene costruito attraverso l'uso performativo del linguaggio all'interno di una comunità, in cui il rito esercita una funzione di rafforzamento dell'identità collettiva e di coesione. I potenziali semantici della religione che secondo Habermas vanno riportati alla luce nella sfera laica della società sono appunto i residui e i contenuti di tali esperienze religiose e pratiche che si sono depositati in forme simboliche: compito della filosofia è dunque quello di creare un ponte semantico tra queste due dimensioni attraverso un'opera di traduzione dei contenuti religiosi in un linguaggio secolare accessibile a tutti (e arriviamo qui al nocciolo della seconda parte del volume e tema portante dell'opera, sviluppato attraverso il confronto con numerosi autori che sono intervenuti nel dibattito aperto da Habermas). Attraverso questa traduzione i contributi delle varie comunità religiose potrebbero confluire, arricchendolo, nel dibattito pubblico che precede la presa di decisioni vincolanti per la società da parte degli organi istituzionali competenti. Ancora una volta il debito è nei confronti di Kant, che già

aveva cercato di recuperare l'eredità della religione nella sua etica, di cui però Habermas non può ovviamente condividere l'esito dell'approdo a una religione razionale.

L'ultima parte del testo è dedicata a Rawls, che secondo Habermas ha avuto il merito di mettere in luce il fatto che la secolarizzazione non abbia risolto il problema del ruolo della religione nella società: il suo giusrazionalismo valorizza invece nella democrazia il pluralismo delle visioni-di-mondo.

Infine, le implicazioni di questa ridefinizione della religione quale figura contemporanea dello spirito e la promozione di un conseguente *ethos* civico che garantisca un'inclusione egualitaria di tutti i cittadini nella sfera della pubblica discussione politica e la tutela delle varie e differenti identità, dischiude la possibilità, quantomeno a livello teorico, del sogno habermasiano di una politica mondiale interna che, prendendo le mosse dall'idea kantiana di cosmopolitismo, affermi e garantisca i diritti dell'uomo, senza scivolare nella pericolosa tentazione di uno stato mondiale.

È chiaro che le riflessioni sviluppate da Habermas in questo testo si presentano non solo come una prosecuzione delle opere precedenti, ma soprattutto come una sintesi del suo pensiero, che tenta di coniugare l'aspetto epistemologico con quello più morale e politico. Interessante è la tendenza dell'indirizzo habermasiano degli ultimi anni di rivalutare e difendere la religione da forme di laicismo e scientismo aggressive: evidentemente questo suo interesse è motivato non tanto da ragioni teologiche, quanto da una preoccupazione etica riguardante la funzione sociale della religione quale baluardo contro il dominio della ragione e il tentativo di recuperare una dimensione normativa per la filosofia. Tale posizione ha tuttavia scatenato inevitabilmente critiche e prese di distanza da parte di vari esponenti del mondo accademico, in particolare di coloro più legati alla Scuola di Francoforte che vedono nel suo epigono un ammorbidente delle tesi cardine di questa corrente filosofica. Al di là di tali polemiche e concentrandosi unicamente sul testo, rimane comunque lecito sollevare alcune perplessità: per esempio ci si può chiedere se la proposta di Habermas incontri la reale disponibilità da parte di tutte le componenti della società, in *primis* le stesse comunità religiose, di accogliere la clausola-di-traduzione; ma, ancora più a monte, la domanda è come Habermas intenda concretamente quest'operazione di traduzione dei contenuti religiosi senza incappare in una contraddizione di fondo. O si pongono sotto giudizio tali contenuti in modo da "tradurli" in linguaggio secolare, ma snaturando così l'essenza della religione, in quanto fondata su dogmi che per definizione non possono essere sottoposti a giudizio critico; oppure li si accetta acriticamente, ma rendendo in tal modo impossibile la reciprocità cognitiva tra le due parti della società. In altre parole, la questione enunciata da Habermas, lungi dall'aver trovato soluzione definitiva, rimane ancora aperta.