





a cura di Giustino Tomei e Sergio Balbi

IL CORPO DISTANTE

*L'identità del paziente tra
medicina specialistica e aspettative di cura*



© 2010 Università degli Studi dell'Insubria.

Tutti i diritti sono riservati.

La riproduzione e la duplicazione anche parziale con qualsiasi mezzo di illustrazioni e testi pubblicati in quest'opera sono vietate. I marchi e loghi eventualmente citati appartengono ai legittimi proprietari.

© 2010 Università degli Studi dell'Insubria.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise. Cited marks and logos belong to their respective owners.



INSUBRIA
UNIVERSITY
PRESS

Varese – 2010

www.uninsubria.it/web/iup

INDICE

SERGIO BALBI	7
<i>Come un'introduzione: "Nel condominio di carne" di Valerio Magrelli.</i>	
<i>Viaggio attraverso il corpo e le proprie storie cliniche</i>	
GIUSEPPE GIRGENTI	19
<i>Che cos'è e chi è l'uomo? Le risposte degli antichi (pagani e cristiani)</i>	
GAETANA SILVIA RIGO E GIUSEPPE ARMOCIDA	31
<i>Corpi a confronto: medico e paziente</i>	
MARIA TERESA RUSSO	39
<i>Così lontano, così vicino. Una lettura antropologica del corpo malato</i>	
PAOLO CATTORINI	57
<i>L'organo o la persona? Questioni di bioetica clinica</i>	
DON LUCA VIOLONI	71
<i>Il Corpo tra armonia e ferite</i>	
CLAUDIO SARTEA	81
<i>Corpo e diritto: tra oggettività e soggettività</i>	



Prefazione

La medicina contemporanea progredisce rapidamente soprattutto per quanto riguarda gli strumenti diagnostici e le apparecchiature tecnico-chirurgiche, permettendo diagnosi sempre più accurate e procedure terapeutiche meno invasive, con indubbi vantaggi sul paziente. Questo rapido sviluppo tecnologico richiede quindi un continuo aggiornamento degli operatori sanitari e di conseguenza una maggiore specializzazione, aumentando i campi di competenza e la necessità di riconoscere nuove figure professionali e specialistiche; ecco quindi che il paziente, il corpo del paziente, viene come suddiviso e distribuito ai vari campi di competenza, inserito in un sistema sanitario che si vuole sempre più efficiente e qualificato. In tutto questo però la cosiddetta prestazione sanitaria si riduce alla erogazione di un servizio, perdendo il carattere di relazione umana che costituisce invece una parte decisiva degli aspetti della cura di una malattia. Il medico sempre meno spesso è chino sul paziente (da cui l'etimologia della parola clinica), più sollecitato invece a prestare attenzione alle immagini di organi e apparati del paziente che la moderna tecnologia proietta su schermi o monitor. D'altro canto, la fede sempre più diffusa nelle conquiste della tecnica, e le aspettative di un loro continuo e sicuro miglioramento, è divenuta rapidamente sentimento comune in tutti i campi della nostra vita quotidiana, e si sta sostituendo, nella visione del paziente, all'affidamento fiducioso verso una relazione umana con il proprio medico; ecco quindi che le aspettative di cura e trattamento si vanno lentamente trasformando, assumendo anche nella prospettiva del paziente le caratteristiche di un servizio di cui si possa certificare la rapidità e l'efficacia, dai risultati sempre meno incerti, che gli possa restituire una piena efficienza lavorativa. Nel processo di diagnosi e cura la malattia viene quindi vissuta come ostacolo ad un modello di perfetta efficienza che, ridotta temporaneamente, deve

essere ripristinata, in modo tale che l'atto terapeutico viene percepito come un semplice processo di riparazione dell'organo malato. Il corpo e la malattia non vengono quindi più vissuti come parte della nostra storia personale ma come una parentesi, difficile e dolorosa, nel percorso della figura sociale e nel ruolo che ricopre quotidianamente chi non è più possibile definire sano.

Da questa duplice riflessione che coinvolge non solo le figure professionali del campo sanitario ma anche il modo di tutti noi di vivere la malattia è nato il progetto del convegno **“Il corpo distante; l'identità del paziente tra medicina specialistica e aspettative di cura”** che si è tenuto il 22 settembre 2009 presso l'Aula Magna dell'Università dell'Insubria a Varese; l'intento del convegno era quello di riappropriarsi nuovamente del significato di parole come corpo, anima, malattia, cura, paziente, riconoscerne i valori profondi per ricominciare a vedere le conquiste della medicina come uno strumento finalizzato all'incontro tra due persone (il medico e chi è sofferente) in modo che da questa relazione nasca un rapporto di ascolto, competenza e vera fiducia, restituendo ad entrambe le figure le giuste prospettive nel cammino a volte lungo e faticoso della storia di una malattia e della sua cura. Con l'aiuto di storici, filosofi, antropologi, psicologi e medici, provenienti da varie Istituti Universitari Italiani il convegno ha presentato una riflessione ampia ed articolata sui numerosi aspetti in gioco, in un materia così complessa come l'identità della persona nel suo percorso difficile e carico di incognite quando arriva a doversi confrontare con la prova della malattia.

SERGIO BALBI

*Come un'introduzione:
"Nel condominio di carne" di Valerio Magrelli.
Viaggio attraverso il corpo e le proprie storie cliniche*

Il paziente è cambiato. Questa semplice asserzione, che sempre più spesso possiamo ascoltare negli ambienti dei luoghi di cura, è il segno che nella relazione tra il medico e il paziente e nell'atteggiamento che questo assume verso le procedure diagnostiche e terapeutiche, le moderne acquisizioni tecniche e scientifiche e quindi un diverso modo di intendere la medicina anche all'interno della società, hanno determinato un profondo mutamento nella percezione del corpo altrui e della relazione che ognuno di noi ha con il proprio; la consapevolezza che il nostro corpo è parte integrante della natura umana, è parte del nostro essere nella storia, che ci identifica quindi come persone capaci di incontri ed esperienze, ha lasciato il posto ad una visione di questo più superficiale, più estetica e strumentale che sostanziale, dove il valore di questo viene misurato in termini di efficienza e capacità lavorativa, tanto da poter essere classificato secondo scale numeriche che diano un valore anche economico non solo alla malattia, ma anche alle prestazioni sanitarie e alla cura; con questo non si vuole dire che l'ottimizzazione e la razionalizzazione delle risorse non abbiano portato indubbi vantaggi, come l'abbattimento degli sprechi e delle inefficienze in campo sanitario, ma tutto questo ha inciso profondamente sull'aspetto legato alla percezione del corpo nell'identità della persona, soprattutto di fronte ai cambiamenti che la malattia produce nella relazione quotidiana con le nostre capacità, possibilità e aspettative.

Il cambiamento fa parte della nostra vita anche fisiologicamente e tutto sommato questo è vissuto in modo relativamente indolore fino almeno alla cosiddetta terza età, dove questo assume un segno negativo dovuto alla riduzione delle capacità fisiche e cognitive.

All'interno della storia della nostra vita però la malattia interviene in modo inatteso, deciso, non fisiologico, mutando in breve tempo il rapporto con il nostro corpo, che può essere riconosciuto come osta-

colo, fonte di dolore, nemico, oppure ridotto solamente alla porzione di esso che in quel momento, come sede della malattia, rappresenta il nostro universo.

La medicina a questo punto interviene impossessandosi del corpo, distribuendolo alle varie branche specialistiche, operando su parti di questo azioni di sostituzione, riparazione, protesizzazione. Il paziente riceve nuovamente il proprio corpo manipolato, guarito o curato ma ugualmente non più riconoscibile. Ecco però che come avviene che la medicina manipoli, certo a fin di bene, il corpo, ma riducendo la necessità di una relazione di incontro tra paziente e curante, anche il primo sente l'ambiente sanitario, il luogo di cura, come uno strumento che possa erogare un servizio efficiente atto alla restituzione "ad integrum" dell'organo malato, per poter essere reinserito nella società; l'aspettativa del paziente nei confronti della medicina è quindi non più orientata sugli aspetti della cura della persona, dell'incontro e della relazione con un'altra persona competente e capace di alleviare le proprie sofferenze ma viene ridotta alla richiesta di un servizio "riparativo", che restituisca la condizione originaria; in questo modo le aspettative sull'intervento medico assumono una veste quasi contrattuale, in cui il risultato deve essere scontato e certo. Per meglio chiarire queste idee e queste parole farò ricorso alla forza e alla profondità della parola poetica, che sempre più viene relegata ad un ambito costituito da pochi appassionati, specialisti, con il rischio dell'autoreferenzialità, ma che invece dovrebbe da parte di tutti essere recuperata come sguardo attento e vigile sulla realtà quotidiana e della società civile. Intendo quindi avvalermi dell'opera di un poeta italiano contemporaneo, Valerio Magrelli, che qualche anno fa ha pubblicato un libro di prose brevi che articolano nel loro insieme una precisa e profonda riflessione sugli aspetti dell'identità della persona nei rapporti con il proprio corpo durante la vita, nella malattia e nell'incontro del paziente con la medicina. Già il titolo, "Nel condominio di carne" (Einaudi, 2003), contiene la suggestione di come la condivisione del corpo, distribuito alle varie competenze mediche, sia un motivo forte, che giustifica la necessità di una riflessione a riguardo.

Subito nelle prime pagine la riflessione sull'identità della persona trapela: *"Questione di energie debolissime; come reagisce il nostro sistema mentale alle trasformazioni del suo supporto? Perché i capelli rimangono attaccati al pettine che li ha portati via? Una trepida ragnatela, controluce, toccante fluttuare di alghe al trascorrere di una corrente sottomarina. Cavalco un'onda che si disfa sotto di me,*

e disfacendosi mi sospinge. Cavalco l'avanzare di una cresta che si srotola sempre un po' più in là. Cavalco la spinta che percorre la carne per consegnarsi oltre. Cavalco una spinta che è carne. Si creano rughe e pieghe." Più oltre, di fronte al ritrovamento di alcune vecchie immagini radiografiche l'identità perduta lascia tuttavia un segno che lo riassocia al passato "C'erano voluti quarant'anni d'attesa per maturare quella messe di immagini, quella flora di lemuri tremanti, quella perplessa accolta di fantasmi (...). Ma in verità il fantasma è uno soltanto che trascorre fruscando tra le forme" e, citando Valery, "la vita vola tra i corpi, di corpo in corpo, braccata dalla loro breve durata, come un uccello che fuggendo tra i rami, di ramo in ramo, fugga la loro tremante fragilità". (...) Di fossile c'è soltanto l'orma, l'impronta di un organismo che, continuando a mutare non è ancora svanito. La forma morta di una forma viva."

Verso la fine del libro però l'autore matura una visione di questa identità nel tempo più serena, in qualche modo raggiunge la consapevolezza che la maturazione, la crescita, sono il frutto di una storia personale che non ha estraniato la persona dalla propria identità ma ha contribuito a compierla: "Frutta in conserva, vertebre che si incollano come prugne nel vaso della dispensa, zuccheri animali, cartilagini lente e pesche scioppate nel loro sugo. Mi frolo, mi spezio, mi trasformo. Con un lunghissimo brivido miliardi di cellule si vanno succedendo, onda su onda, mutando il materiale di cui sono composto. Ma tutto così gradualmente, ma tutto così dolcemente, da conservare pressoché immutata l'ansa che via via colmano di sé. Io stesso, dunque, costituisco il medesimo testo di tanti anni fa, ma nutrito di lettere nuove, di sillabe alterate. Sono un esercito nel vivo della battaglia, dove i rincalzi subentrano a chi cade, o un abito rattoppato con la sua stessa stoffa, un rammendo visibile, un telaio di carne, molecole su è giù come una spola."

Ma nella malattia, il cambiamento diventa evidente in tempi più rapidi ed è un richiamo forte alla nostra finitudine, alla nostra fragilità. Possono essere affezioni molto comuni ed impercettibili come riporta Magrelli, ma proviamo ad amplificare quello che ci riferisce immaginandolo in casi di gravi patologie, dove non solo si può perdere la propria integrità, ma anche la fiducia in una incorruttibilità che spesso è una spinta alla sopravvivenza, una questione che ci permette di guardare al futuro con assoluta fiducia nei propri mezzi. "Ora è in ballo la pelle e il temporaneo addio che volle dare al mio corpo. Si perché mentre me ne andavo in quel paradiso di luce, la luce lavorava fervida sopra la mia carnagione. Mi congia per le feste,

anzi mi concia e basta. Separa l'epitelio, lo stacca (anatra laccata) e col suo flauto ci soffia entro non so più quale musica o liquido o siero... Era la prima tappa nel lungo percorso di ustioni che mi aspettava. Poi avrei dovuto vedere la mia faccia staccarsi lenta come una maschera mortuaria dal resto del viso”.

Già qui traspare come la malattia agisca in un modo che sfugge al nostro controllo, alle nostre scelte, inserendosi in una quotidianità vissuta come gradevole come può essere la luce del sole in una bella giornata estiva.

Nella malattia il cambiamento può essere minimo, ma non più armonico, non più vissuto come il corso naturale di un fiume. La malattia opera su noi, modificando la nostra naturale e quasi sempre inconsapevole convivenza con il corpo, lo mette all'improvviso alla ribalta e la prima paura, che precede anche quella su quale sarà la conclusione della vicenda, è proprio quella distanza che si frappone fra ciò che abbiamo sempre creduto di essere e quello che siamo adesso: *“Per esempio l'inaudito sconforto che ci coglie quando, dopo uno scontro, il naso ha cambiato posto. Ho detto proprio così; non è più nel punto in cui l'avevamo lasciato. Un'incredulità davanti allo specchio, uno sgomento. Dov'è finito, dove sono finito io stesso, nell'alterarsi delle linee? Un sentimento di incombente scompiglio grava sul corpo, come può fare il vento sopra un mazzo di carte”.* Magrelli comunque ci indica una soluzione, una speranza, elementi che possono emergere anche da semplici osservazioni: *“Del resto, trattengo ancora, violentissima, l'impressione di panico provata nel vedere che il gattino con cui giocavo si era incastrato (una scapola, un ossicino, non so). Cosa ancora più orribile, non soffriva, ma camminava obliquo. Si era già rassegnato a questa inattesa forma, traslocando nel suo nuovo aspetto”.* In qualche modo questo gatto ha fatto sua questa nuova condizione, l'ha trasformata in parte della sua storia e della sua vita, in qualche modo questa assimilazione non riduce la malattia ad una parentesi da dimenticare il più rapidamente possibile, ma entra nel processo di cambiamento che costituisce, tutti i giorni, il nostro vivere. Assieme ad un impercettibile e temporaneo distacco, si insinua per altra via un senso di sfiducia, ancora una volta una sensazione di allontanamento: *“Era saltato fuori che avevo un soffio al cuore così, dal nulla, come niente fosse. La camera d'aria forata Rimasi offeso da quella nuova insorgenza Poi per fortuna la prognosi si rivelò errata. Mi rimase tuttavia l'ennesima sensazione di incertezza anzi di inaffidabilità rispetto al corpo. Era la stessa linea d'ombra lo capisco adesso, che avrei*

avvertito nei confronti del computer. Inerme davanti ai suoi guasti. Vulnerabilità e tecnopatia”.

I cambiamenti repentini, anche minimi, alterano la nostra percezione di integrità corporea e quindi di appartenenza, anche esplorando le conseguenze, che il poeta definisce veniali, di un trauma: “... prima fra tutte l'atrofia del muscolo tensore del piede sinistro. Scomparso. Una parte di me, del mio profilo, seppure minima dileguatasi. Agnosia, membra aliene, eccetera. Poi la percezione dell'alluce: come fosse sparito. Giusto il contrario dell'arto fantasma. Nel mio caso cessavo di avvertire una parte di me cui continuavo ad essere legato. Era lì ma non mi apparteneva più.

L'assenza ingiustificata di un settore di carne e ossa; vivo e vegeto, ma andato. Solo con gli anni la sensazione della sua presenza riemerse. Dov'era stato tutto quel tempo? In quale oltre spazio aveva vagato l'alias del mio dito? Chi è il mio dito? Fino a che punto mi appartiene? O devo considerarlo soltanto una scialuppa di questa grande imbarcazione in viaggio? adesso mi aspettava un nuovo compito; negli anni a venire avrei dovuto trovare il coraggio e la capacità di trasformarmi in ciò che già ero.”

La malattia contribuisce a frammentare la nostra percezione focalizzando l'attenzione sull'origine del nostro dolore che diventa perno anche del nostro pensiero e della nostra azione. Ancora una volta un esempio di Magrelli, semplice, quotidiano, ma carico di senso; “Vorrei segnalare una sera estiva in cui, correndo verso il mare, inciampai su una pietra e quella stessa unghia si spaccò di netto. Passai una notte insonne, provando a leggere ma senza mai riuscirci perché l'intera forza del dolore veniva risucchiata da quell'unico punto fluorescente di dolore. Intorno a quel nero pulsare si organizzavano il mio sangue e le mie cartilagini la mia attenzione, le mie bestemmie, tutto. Al centro dell'Universo stavo solo io, al mio centro, il mio dito, e al suo centro, un puro gorgo di antimateria che lanciava segnali indecifrabili con l'alfabeto di una lingua morta”, e la malattia trasforma e rende irriconoscibile una parte di sé: “la mia (unghia), iniziò a cambiare irreversibilmente, unghia mannara che si deforma e si stacca ma non cade, solo scolora, si stria. Si torce, gira. Adesso per un beffardo contrappasso al posto di quella porzione cristallina porto una torcia marmorizzata un cupo lapislazzulo foggiate da qualche ignoto maestro cosmatesco” Questa irriconoscibilità, questa distanza è quindi dovuta al fatto che la malattia stessa smembra il corpo, lo divide in parti sane e malate e svuota certi punti della propria anima o sostituisce a questa un'anima cattiva. Di fronte a integrità minaccia-

ta la distanza può arrivare fino a definire un'assenza, fino alla consapevolezza di un vuoto lasciato. Osservando alcune ossa craniche lasciate in casa sua da un parente, studente di medicina, Magrelli di nuovo scrive: *“Era ancora lontano l'avvento della plastica, tanto rassicurante nel presentare la forma pura senza contenuto... Chi tiene in mano l'architettura dura e spugnosa dell'arco occipitale (sorta di leggerissima lega a metà strada tra il ciocorì e l'opus incertum murario), capisce subito che la sua linea coincide esattamente con il senso “La forma è il contenuto che affiora in superficie”. Lezioni di estetica insomma, insieme ad un continuo interrogarsi sul dentro e sul fuori, sul prima e sul dopo della carne nel corpo, ossia sul dentro prima e fuori dopo da cui sorge l'aldilà. La parola interiora. L'abitante del palazzo era scomparso, cacciato via, lasciando spazi vuoti, vani privi di ogni arredamento. Affittasi. E proiettivamente, obbligatoriamente essere costretti a prendere in considerazione l'eventualità di finire suppellettile; un avvenire da fermacarte”*. La sensazione dell'assenza, vista come distanza estrema, porta sempre con sé il senso di quello che c'era prima, e questo potrebbe forse essere la base dell' istinto di sopravvivenza, che ci permette di tentare il recupero della nostra integrità. Guardando le reliquie di San Antonio da Padova Magrelli scrive: *“L'apparato vocale del Santo ricostruito nei suoi componenti essenziali. Bisogna immaginare una costellazione un gruppo di ossicini e cartilagini messi sopra pinnacoli di cristallo. Ecco, in perfetto equilibrio spaziale, la riproduzione del suo sistema laringeo. Una galleria del vento dove non c'è più vento, non ci sarà mai più. Stiamo vedendo una voce, ossia guardando la sorgente da cui sgorgo il verbo di un sommo dottore della chiesa. Un monumento alla memoria del suono. Ma è come osservare l'arco voltaico senza la sua scintilla, o un computer privo del suo programma. E forse il corpo vale proprio per questa sua temporanea capacità di eseguire l'individuo. Solo per poco. Mentre la voce, l'anima, è il software che lo accende.”*

A questo punto, nella malattia, si apre il confronto con la medicina che, in una lotta ad armi pari, opera una frammentazione specialistica e strumentale del corpo concentrandosi sull'organo da trattare. Questo genera nel paziente le medesime sensazioni di distacco, distanza e irriconoscibilità che già la malattia ha introdotto nella relazione tra la persona ed il suo corpo. La terapia, la cura, in una realtà dove il paziente con la sua malattia ha già fatto i conti con questa frammentazione, utilizzandola a volte come strumento di depersonalizzazione per ridurre non solo l'ansia o la partecipazione emotiva, ma anche la consapevolezza che è vita sua, roba sua, parte di sé, la

relazione di fiducia diventa una richiesta di prestazione, di un servizio, da parte del paziente, e dall'altra parte, dalla parte del medico, si riduce ad una prestazione finalizzata al recupero di una funzione, senza necessità di collocarla nella una storia di un uomo. Con tutto questo la relazione medico-paziente cessa di essere tale e anche il linguaggio, le esperienze, non vengono condivise; al paziente non resta che interpretare i gesti del medico, ormai incomprensibili, alla luce di ciò che ha conosciuto nella propria vita e che rappresenta il punto di vista personale per comprendere il mondo, vanificando definitivamente la possibilità di un incontro: *“E poi venne fuori la testa, la testa tagliata del femore. Gamba decapitata. Tre giorni dopo l'operazione, il chirurgo-chierichetto mi mostrava un ciborio di plastica con la reliquia.*

Sono trasalito, l'ho scrutata con cura, e poi ho capito che il susulto non veniva da lì, non dall'immagine di quelle povere macerie. Hai voglia a vedere, a fissare il mezzo me staccato, l'io diviso, per capire davvero chi guarda chi (un resto inanimato lui ma con la mansuetudine dell'animale). La fitta è arrivata inattesa da un'altra parte: dall'ago dell'odore. Bistecca cruda. Sapeva di bistecca. Sapevo di bistecca. So sempre di bistecca, dunque, dentro e solo la mia molle pelle cellophane trattiene quell'atroce alitare di macelleria, quel vento di sangue che spira dalle cantine, freddo da un seminterrato di vene”.

L'esperienza è qui condotta contestualmente ad una richiesta di partecipazione del paziente, il quale tuttavia non comprende fino in fondo quello che sta accadendo perché non sono atti riferibili ad una quotidianità fatta di immagini, colori, odori domestici, propri, ed il consenso a questa partecipazione è attonito, muto.

Il corpo manipolato si modifica e si trasforma, il paziente sempre più concentrato sulla parte malata, sulla parte trattata dalla medicina si distanzia da ciò che di lui viene trasformato: *“Per prima cosa mi introducono un ago nella capsula sinoviale (risulta assai più coriacea del normale, la mia, da cui spinte e strattoni, gli stessi a cui si ricorreva per gonfiare i vecchi palloni di cuoio). Fatto questo si inietta nel tessuto un gas curativo. Assisto allora alla trasformazione del ginocchio, ossia ad una specie di cartone animato in cui la carne muta, cresce, monta. Inoltre, ed è la cosa più inquietante da quella camera d'aria sale un suono di ferramenta un ticchettio un rotolare di rondelle o qualche cosa di simile ad una tasca piena di monetine. Infine, lentamente, il mio gambone, gonfio ascende al cielo. Mi venne l'ansia vedendo quello Zeppelin e chiesi di finirla. (...) chiusi con il*

ginocchio. Ora sta là fa la cuccia, in un angolo". Quando poi non è la forma ma il controllo a venir perduto, quando la manipolazione diventa appropriazione del movimento, il distacco diventa sempre maggiore e meno tollerato: "Il termine tecnico è elettromielografia, ma sembrava piuttosto uno spettacolo di burattini al Gianicolo; un farsi marionetta, però senza la sacra genealogia kleistiana. Ancora elettrodi, ancora cavi, ancora effetti speciali. Mi sdraio su un lettino e inizia la seduta a basso voltaggio.

Piccole scariche per verificare lo stato nervoso dell'arto. Poi il dolore aumenta. E ogni volta che la corrente arriva vedo la gamba che salta su da sola. Da sola, io non c'entro niente. Schizza su, del tutto autonoma, ecco il fatto curioso, Pulcinella epilettico che appoggia la testa alla spalla sinistra per afferrare meglio il bastone, per colpire arlecchino con maggior violenza. Il movimento a scatti, a strattoni, è lo stesso dell'orgasmo, lo stesso che ritorna in ogni caso di possessione. Strano, questo andamento sussultorio che infallibilmente testimonia l'aderire del corpo a una forza esterna. Quando ci si trasforma in un puro tramite di una spinta aliena, sia essa la voce del defunto o del nume (...), quando l'uomo si svuota e una mano interna guida le sue movenze, sempre ne viene fuori uno zig zag delle membra. È il filo elettrico caduto dal traliccio che guizza inafferrabile, la pompa dell'acqua scappata via di mano. Il ridicolo, appunto, dipendeva dalla completa autonomia di un elemento rispetto al resto. E soprattutto rispetto alla sua supposta centrale di impulsi. Così, davanti alla gamba il corpo divento 'resto' e lei se ne andò via senza che il sistema nervoso centrale potesse farci niente. Una gamba va a spasso, mi si para dinanzi. Signora Gamba, alla Gogol. (...) Ho sempre avuto un'infinita pena per l'unità minacciata dell'organismo. È questa la ragione dell'orrore suscitato dalla tortura Voglio dire che la secessione di una parte dal tutto, annunciando il futuro disassemblaggio, fa da memento mori. Ricorda che devi svanire, ricorda che la tua gamba non ti appartiene, tant'è vero che, guarda! Sta danzando da sola la sua danza, appesa ai fili di un burattinaio elettrico. Adesso è tornata da me, la stessa gamba del ginocchio aerostatico. La tratto bene, siamo di nuovo assieme, ma chissà poi per quanto". Lo straniamento, la distanza diventa incolmabile quando il paziente è posto di fronte alla possibilità di osservarsi con strumenti di senso che mai gli sono appartenuti, e che mai più costituiranno una forma di esperienza del proprio corpo: "Mi proposero di seguire l'intervento su video. Sarebbe durato una ventina di minuti. Accettai entusiasta: legato all'albero, la cera ben calcata nelle orecchie le avrei final-

mente vedute le scricchiolanti sirene del deserto, le stridule vocine cartilaginee, le Femmine notturne, le chiacchierine sorelle. Perciò sopra un lettino mi ritrovai di fronte ad un monitor acceso, e mentre pinze e pompe lavoravano ecco, la luce fu in me. L'anfiteatro buio del ginocchio venne investito dal raggio di una telecamera inserita al suo interno. La miniera luccicava. Ero entrato e potei finalmente conficcare lo sguardo nel giacimento sottostante nei cunicoli dove il sangue arretrava, risucchiato da un frenetico aspiratore, dove una vorace tenaglia reseca le chiome di un'alga candida. Il pesce del mio occhio che nuota entro le tiepide correnti tropicali della gamba. Un flusso ipnotico, subacqueo, una nausea profonda. Adesso che ci siamo però devo tenere duro: questa è la prima volta che sono giunto a comporre perfettamente reclinata di Narciso alla fonte di sé, col volto chino a rimirare i propri tratti. Si attiva ora lo sguardo circolare del serpente autodivorantesi (serpente dello sguardo). L'ouroboros egizio e neoplatonico ritorna, parodiato dal paziente che scruta in uno schermo per vedere il guanto rovesciato del proprio corpo... Mi sento una stazione orbitale in avaria, con i quattro astronauti che armeggiano intorno a qualche elemento danneggiato." Mi pare interessante portare l'attenzione sulla forza dell'immagine endoscopica dove anche il medico osserva un video situato al di sopra del paziente, non è più chino sul paziente ma addirittura voltato altrove mentre utilizza i propri strumenti, annullando quella che è l'etimologia della parola 'clinico', dove la relazione medico paziente era primariamente una relazione di incontro tra il paziente, che giace nel proprio letto, ed il medico curvo su lui per esaminarlo, in atteggiamento di ascolto. Con questo non intendo condurre una crociata contro la tecnologia medica di cui, come medico, sono consapevole dei vantaggi e testimone dei risultati, tuttavia la forza dell'immagine chiarisce l'idea che si vuole approfondire in questo volume. Credo che questa sia l'immagine critica, decisiva, sulla quale si vuole ragionare; lo sguardo del medico e del paziente non è più uno sguardo di incontro ma parallelo, come se il medico guardasse il corpo del paziente filtrato dalla propria tecnologia che lo aiuta nella cura, di fianco al paziente che partecipa di questa tecnologia, si concentra, si richiude sempre di più su un dettaglio del proprio corpo, che osserva però con gli strumenti, con i sensi che non sono più quelli della propria percezione. La relazione diventa allora un aspetto secondario, perché si sovrappongono strutture che ostacolano l'incontro e costringono a guardare il mondo secondo la loro modalità: "La famiglia dal medico; un senso di smarrimento, di fuga in Egitto. La mia prima visita

oculistica. Mentre ancora fissavo il tabellone con i suoi geroglifici luminosi, la stele di Rosetta di un lungo cammino verso il crepuscolo, mentre ancora inforcavo gli occhiali da prova (una specie di polipo in acciaio nero su cui inserire e ruotare le lenti per la verifica, il dottore, scherzando, mi disse che potevo andare, così com'ero, e che tenessi pure tutto l'armamentario. Poi il gioco fu scoperto, per diradare un senso di nauseante enucleazione. Non fu una malattia, quella, ma piuttosto la condizione preliminare per ogni sua futura manifestazione, La certezza di essere condannato a vivere dietro ad una maschera di ferro, o come un palazzo in ristrutturazione, con i ponteggi davanti alla facciata. Ora ero pronto, avevo la protesi con cui guardare e traguardare l'arrivo di altre infinite protesi.

Da allora porto gli occhiali, ossia esibisco ciò che mi manca, espongo il contrassegno del differenziale che mi separa da una vista efficiente; non richiesto dichiaro le mie diottrie in una rassegnata licitazione.”

La parola poetica ci ha condotto a sentire, a capire come avvenga, in un viaggio di esperienze, il mutamento di percezione del nostro corpo; ed in questo cambiamento, in questa frammentazione, in questa distanza, subentrano valutazioni, e valori che si sostituiscono a modalità di confronto originariamente e squisitamente umane.

Questa distanza ci conduce a parlare di corpo, di vita, in modo strumentale, funzionale, ed anche le nostre scelte, i nostri orientamenti quotidiani, la nostra consapevolezza di quello che c'è in gioco, si basano su parametri che non conosciamo assolutamente, o meglio che non riconosciamo più; la vera questione in gioco è antica come il mondo e riguarda risposte a domande come “Che cosa è il mio corpo?, mi appartiene?, come è parte di me?, come fa ad essere me?” Ora la questione è stata sostituita da problemi legati al quanto: “Quanto vale, quanto posso abbellirlo, quanto posso modificarlo, quanto può funzionare un corpo ridotto così e chi decide questo quanto?”

Dobbiamo quindi, all'interno del cambiamento, oltre a far luce sul senso di identità fare una sosta e prenderci un po' di tempo per approfondire e capire bene qual è l'origine di parole di uso comune, come corpo, anima, malattia, riprendere a capire che cosa veramente significhino per noi parole come cura, guarigione, storia personale, relazione, sguardo e da questa ricchezza semantica riprendere ad osservare il mondo, all'inizio dal nostro corpo e dallo spazio che occupa, verso lo spazio che lo (ci) circonda, per incontrare altre persone senza più la solitudine dell'ouroboros.

Lascio ancora la parola a Magrelli, per concludere questa sorta di introduzione, che con i versi che seguono riassume con grande efficacia, osservando pochi elementi, il senso profondo di quello su cui in questo volume si vuole riflettere.

In una via fabbricavano busti di santi, di ogni dimensione, colorati, in un'altra solo braccia e candele dipinte, visi racchiusi nelle immaginette, altrove disegnavano scene di gente salvata dalle acque, con le nuvole bianche per scriverci la dedica, oppure lavoravano a cuori d'argento battuto raggiati con liste sottili, tutte parti del corpo trasformate in gioielli, in protesi, in corpi del reato, per adire le vie celesti.



GIUSEPPE GIRGENTI

*Che cos'è e chi è l'uomo?
Le risposte degli antichi (pagani e cristiani)*

La duplice domanda che dà il titolo al mio intervento – *Che cos'è l'uomo? Chi è l'uomo?* – costituisce il motto dell'università ove insegno: *Quid est homo? Quis est homo?*, naturalmente la domanda “che cos'è?” esige una risposta sul piano oggettivo, magari a vari livelli, mentre la domanda “chi è?” ci porta sul piano soggettivo, intellettuale o autocoscienziale. Sarebbe fin troppo facile cadere sin da subito in un dualismo antropologico di eredità cartesiana, identificando *sic et simpliciter* l'uomo inteso come soggetto con la *res cogitans*, cioè con il suo pensiero, e l'uomo inteso come oggetto con la *res extensa*, cioè con il suo corpo. Ciò che invece intendo svolgere è un cammino a ritroso del *body-mind problem*, partendo dagli antichi greci, per spostarmi, infine, alla diversa impostazione del pensiero cristiano (soprattutto tardo-antico, vale a dire quello formulato dalla patristica greca e latina), che ha condotto a una sostanziale tripartizione dell'uomo in *corpo*, *anima* e *spirito*, in una unità articolata e senza dualismi; proprio questa tripartizione sta alla base della strutturazione della mia università in tre facoltà distinte: *medicina*, *psicologia* e *filosofia*, pensate come studio (e cura) del corpo (nell'anatomia dei suoi organi), dell'anima (intesa come mente) e dello spirito (inteso in senso molto ampio, dalla sfera religiosa a quella artistica, a quella politica). Tre facoltà universitarie come proiezioni della tripartizione dell'uomo.

Occorre dissipare subito un equivoco assai frequente, cioè chiarire in primo luogo che il concetto di anima (*psyche*) non è una creazione cristiana, o un'eredità biblica, ma è un punto-chiave della cultura e della visione del mondo greco antico, dall'epoca arcaica fino a quella ellenistico-romana; un concetto sempre correlativo a quello di corpo (*soma*), anche se con significati diversi e mutevoli, come ha ben mostrato Erwin Rohde nel suo ormai classico *Psyche*¹. Trattandosi di due

¹ E. Rohde, *Psyche: Seelencult und Unsterblichkeitsglaube der Griechen*, Freiburg

concetti correlativi, la visione greco-pagana dell'uomo che ne deriva oscilla tra un *bipolarismo antropologico* e un *dualismo antropologico* più netto, in cui è più marcata l'antitesi tra il somatico e lo psichico.

Se, quindi, è vero che la nostra cultura occidentale affonda le sue radici in due grandi civiltà, vale a dire la civiltà greco-romana e la civiltà giudaico-cristiana, allora il concetto di *anima* è da considerarsi senz'altro un'eredità primaria della prima, e non della seconda; anzi, il cristianesimo, come vedremo, presenta inizialmente una visione dell'uomo molto più corporeista (il che si riflette anche nella dogmatica escatologica, che sin dalle origini, ha proposto alla fede non tanto *l'immortalità dell'anima*, quanto piuttosto *la resurrezione del corpo*).

Quello che, dunque, vorrei tentare è una breve rivisitazione di questi due concetti, *soma* e *psyche*, nel mondo greco antico, per mostrare questa loro strutturale polivalenza, evidente anche nell'evoluzione che hanno attraversato nel corso dei secoli. Si tratta di un esempio di una disciplina relativamente nuova del panorama della filosofia contemporanea, ossia la "storia delle idee", che è anche una "storia concettuale di termini", i quali mutano senso e significato nel corso del tempo, in relazione ai contesti a cui vengono via via applicati, nel passaggio da un registro linguistico all'altro (per esempio dal greco *psyche* al latino *anima*) e da un orizzonte culturale all'altro (per esempio dal mondo pagano greco-latino al mondo cristiano, e poi occidentale moderno). Terrò presenti, anche se sotto-traccia, sia l'impostazione francese foucaultiana della "storia concettuale"² sia l'impostazione tedesca gadameriana dell'ermeneutica³.

Orbene, il concetto stesso di *uomo*, di *anthropos*, non si presenta in modo univoco nel mondo greco, se stiamo ai sensi di *soma* e *psyche* che rintracciamo nei testi antichi, a partire dai poemi omerici che risalgono ai secoli VIII e VII a. C.

i. B., 2 voll., 1890-1894; traduzione italiana: *Psiche. Culto delle anime e fede nell'immortalità presso i Greci*, 2 voll., pref. di G. Pugliese Caratelli, Laterza, Bari 1970.

² Si veda soprattutto M. Foucault, *Le parole e le cose. Un'archeologia delle scienze umane*, a cura di E. Panaitescu, BUR, Milano 1998.

³ Due concetti ermeneutici di H.-G. Gadamer (tratti dalla sua opera maggiore: *Verità e Metodo*, a cura di G. Vattimo, Bompiani, Milano 2000) mi vengono particolarmente in aiuto: quello di *Wirkungsgeschichte*, vale a dire di *storia degli influssi*, e quello di *Horizontverschmelzung*, vale a dire di *fusione di orizzonti*. Con il primo termine posso percorrere metodologicamente la storia di un'idea nella sua evoluzione storica, analizzando come un'impostazione è stata efficace in pensieri successivi influenzando e al contempo mutando; con il secondo termine posso analizzare il fenomeno dell'incontro di due orizzonti culturali (religiosi, linguistici, etc.) diversi, che, riscontrando strutturali analogie in determinate produzioni delle rispettive tradizioni, le fondono insieme in una nuova sintesi.

Effettivamente, *soma* e *psyche* sono termini ampiamente presenti sia nell'*Iliade* che nell'*Odissea*, ma con un significato profondamente diverso da quello che assumeranno nel corso della storia della greco classica, soprattutto con la nascita della filosofia nel VI secolo a.C., fino ad assumere in Socrate e in Platone un significato del tutto nuovo, se non addirittura opposto a quello omerico⁴.

Vediamone in dettaglio le ragioni.

Soma/corpo in Omero indica sempre il *cadavere*, cioè il corpo morto (ad esempio in battaglia), e mai il corpo dell'uomo in vita. In Omero non c'è affatto un'idea unitaria del corpo vivente, come organismo, ma sempre una sua rappresentazione frammentata nelle varie membra, ognuna esprime la sua specifica funzione. Un esempio notissimo è il duello tra Ettore e Achille nell'*Iliade* con il tema cruciale della restituzione ai propri cari del cadavere (*soma*) di chi verrà ucciso⁵. La morte conferisce alle varie membra una sorta di unità in negativo, cioè di uniformità indifferenziata derivante dalla cessazione di ogni specifica funzione dei singoli organi.

Invece, per esprimere la realtà del corpo vivente, troviamo in Omero quasi sempre espressioni al plurale, quali *melea* (membra), *gyia* (articolazioni), o al massimo singolari che esprimono una pluralità, quali *demas* (struttura delle membra, articolazione degli organi) o *chros* (pelle, intesa come involucro di tutto il corpo).

Da notare è il fatto che nell'articolazione delle membra prevalga un'impostazione *paratattica*, vale a dire di giustapposizione di un organo all'altro, senza subordinazione e senza unità, come si evince anche dalla pittura dei vasi antichi, che rappresentano la figura umana non in maniera organica, ma quasi fossero tanti pezzi indipendenti posti l'uno accanto all'altro. Questi pezzi, queste parti, vengono indicate nell'*Iliade* sempre in relazione alla funzione che svolgono: per esempio, le mani (*cheires*) che afferrano la spada, i piedi (*podas*) che fremono, il cuore (*etor*) e le ginocchia (*gounata*) che tremano e vengono meno nella disfatta, e così via.

Analogamente, *psyche* indica in Omero, soprattutto nell'*Odissea*, l'anima dei defunti, cioè il *fantasma*, lo *spettro*, la *larva* nell'Ade, che appare come un'ombra priva di vita e di intelligenza.

Che cosa significa questo? Anzitutto che *corpo* e *anima*, *soma* e *psyche*, per l'uomo omerico si distinguono e acquistano senso solo

⁴ Mi riferisco soprattutto a G. Reale, *Corpo, anima e salute. Il concetto di uomo da Omero a Platone*, Cortina, Milano 1999.

⁵ Per esempio, *Iliade*, VII, vv. 76-80 e XXII, vv. 338-343.

con la morte e dopo la morte: il corpo è la salma dell'uomo che non c'è più e l'anima è il suo residuo umbratile e fantasmatico. In secondo luogo, che tutte le funzioni intellettive e/o affettive – che siamo soliti ricondurre al termine *psyche* – in Omero vengono invece espresse in svariati altri modi: *thymos*, cioè “animo”, che indica l'ardimento e il coraggio; *menos*, cioè l'energia vitale; *kephale*, cioè la “testa”, con le sue precipue attività: *phren/phrenes*, cioè “mente” e *noos*, cioè “pensiero”; gran parte delle passioni e degli affetti è ricondotta agli impulsi del cuore (che si dice in almeno tre modi diversi, cioè *kradie*, *ker* ed *etor*). Tutte queste funzioni non sono mai ricondotte a unità, ma agiscono ognuna per conto proprio.

Psyche, pertanto, non indica nei poemi omerici alcuna attività vitale o mentale, e tantomeno è intesa come l'unità formale del corpo, ma è soltanto la larva del defunto ormai privo di vita, di coscienza e di intelligenza. L'esempio più pregnante è quello che descrive l'evocazione dei defunti da parte di Ulisse al fine di interrogare Tiresia sul futuro⁶. Le *anime* (*psychai*) dei defunti, che Ulisse evoca, compaiono come larve evanescenti, prive di memoria; l'anima di Anticlea, madre di Ulisse, addirittura non è in grado di riconoscere il figlio. Queste *psychai* devono bere il sangue per riottenere un minimo di memoria e coscienza. In un altro passo molto famoso, quello che narra la discesa di Ulisse nell'Ade, le *anime* vengono definite *parvenze* (*eidola*) dei morti. A prima vista, si potrebbe pensare a una forma di immortalità dell'anima nell'aldilà, ma, a bene vedere, quello che Omero ci presenta nell'Ade è piuttosto un'ombra, un'immagine oscura di ciò che non c'è più, un quasi non-essere; l'immortalità è invece consegnata alla memoria dei vivi, e soprattutto ai poeti che cantano e consacrano le gesta nobili degli eroi.

Per trovare una chiara formulazione del concetto di immortalità dell'anima dopo la morte, occorre attendere il diffondersi in Grecia delle religioni misteriche, alternative alla religione pubblica olimpica di Omero e di Esiodo, e in particolare dell'Orfismo.

L'Orfismo, sulla base di una complessa mitologia che immaginava gli uomini come frammenti del dio Dioniso, fatto a pezzi dai Titani che ne vollero mangiare le carni, introdusse un concetto nuovo, quello di *démone* (*daimon*), inteso appunto come *frammento divino*, che costituisce il nucleo essenziale dell'uomo, mentre il corpo è solo un involucro di fango che lo ricopre e lo imprigiona. Secondo la dottrina

⁶ *Odissea*, XX, vv. 9-30.

orfica⁷, i Titani, all'inizio dei tempi, intrapresero una battaglia contro gli Dèi e rapirono il figlio di Zeus, Dioniso appunto, per diventare essi stessi come dèi, nutrendosi delle sue carni al fine di assumerne la natura; furono pertanto fulminati e distrutti dalla collera vendicativa di Zeus; i frammenti dei Titani caddero poi sulla terra e, mescolandosi al fango, diedero vita alla stirpe degli uomini; ogni uomo è dunque composto da un frammento divino, cioè il *démone* (che ha in sé una parte malvagia proveniente dall'elemento titanico, ma anche una parte buona e divina proveniente dall'elemento dionisiaco) e da un involucro materiale che è il corpo, da cui il *démone* deve purificarsi e liberarsi per tornare alla sua antica dimora, cioè il mondo divino; ne consegue che il *démone* è rinchiuso nel corpo come in un carcere a causa della colpa originaria; in secondo luogo, che dopo la morte questo *démone* è destinato a reincarnarsi una serie di volte fino a quando non avrà scontato la sua pena, cioè fino a quando non si sarà purificato; infine, che la purificazione finale è possibile solo con una ben precisa condotta di vita, cioè quella praticata dagli iniziati ai misteri, che compiono determinati riti e si astengono da determinate azioni. Queste dottrine, anche se di matrice mitologica e religiosa, ebbero una notevole influenza sulla corrente pitagorica e in seguito platonica della filosofia greca, cioè sui quei pensatori che, proponendo su base razionale l'immortalità dell'anima-*démone*, rivendicarono alla filosofia il compito della cura e della purificazione dell'anima in vista dell'aldilà. Dovremo tornare su questa concezione etico-religiosa dell'*anima* che, già sul piano della credenza mitica, mutò il senso del concetto omerico di *psyche* che abbiamo visto, giacché contribuì a superare la differenza invalicabile tra uomini e dèi, cioè tra mortali e immortali.

La nascita e la diffusione della filosofia (e quindi della de-mitizzazione) introdusse, però, nuovi elementi nella concezione della *psyche*, che per brevità possiamo riassumere in due principali: l'anima come *vita* (grazie ai filosofi naturalisti dei secoli VI e V a.C.) e l'anima come *pensiero* (grazie a Socrate)⁸.

Già Talete collegò la *psyche* alla *physis*, alla *natura* intesa come principio e fine di ogni cosa, e in particolare l'anima divenne il principio della vita di ogni vivente; sappiamo che Talete identificava il

⁷ Rimando alla ricostruzione che ne fornisce E. Dodds, *The Greeks and the Irrational*, Berkeley-Los Angeles 1951; ed. it.: *I Greci e l'irrazionale*, a cura di V. Vacca De Bosis, La Nuova Italia, Firenze 1959.

⁸ Per i frammenti dei filosofi naturalisti rinvio all'edizione completa con traduzione italiana dei Presocratici: H. Diels – W. Kranz (edd.), *I Presocratici*, a cura di G. Reale, testo greco a fronte, Bompiani, Milano 2006.

principio universale con l'*acqua*, e conseguentemente l'*umido* o *freddo* (*psychrós*) assunse anche etimologicamente il significato di quella determinazione dell'acqua che dà origine alla vita nell'umido. Senza l'acqua non è possibile alcuna forma di vita. Sulla scia di Talete, Anassimene identificò il principio con l'*aria*, e quindi il *soffio* o *respiro* (*psycho*) assunse la connotazione di soffio o respiro vitale; la nascita si identifica allora con il primo respiro e la morte con l'ultimo (si dice anche comunemente: "esalare l'ultimo respiro"); questo spiega, per inciso, anche la ragione per cui in latino prevalse l'uso dei termini *anima* e *animus*, che sono un calco di un altro termine greco, *anemos*, che significa *vento* (imparentato con il soffio), ma con il significato di *vita* e di *vivente*; ciò che ha *anima* è *animatus*, cioè è un *animal*, un vivente; per converso, è detto *inanimatus* ciò che è privo di vita; e questo significato è rimasto anche nella lingua italiana: gli animali sono i viventi, e gli oggetti privi di vita sono esseri inanimati; inoltre, nel linguaggio medico, si dice anche *rianimare* esattamente con il significato di *riportare in vita*.

Queste due posizioni, che sono le primissime della scuola ionica di Mileto, sono di per sé emblematiche ed esemplari, perché danno il senso della nuova svolta filosofica che caratterizzò le scuole fisico-naturalistiche, di cui è impossibile ripercorrere in questa sede tutte le altre soluzioni offerte; almeno una, però, cioè quella di Eraclito di Efeso, merita di essere richiamata, perché prelude all'altro elemento nuovo, cioè l'anima intesa come *pensiero*: per Eraclito, infatti, il principio o *physis* è identificato con il *fuoco* (*pyr*), che però è anche *logos* universale (termine, anche questo, polisemico e intraducibile se non a costo di ridurne il senso: *logos*, infatti, significa in Eraclito contemporaneamente *pensiero*, *calcolo*, *rapporto*, *numero*, *linguaggio*, *parola*, *legame*, *forma*, *espressione*, e, talora, anche è identificato con il dio Zeus, come poi faranno gli Stoici in età ellenistica - si pensi all'*Inno a Zeus* di Cleante). Riporto l'aforisma eracliteo più significativo: «I confini della *psyche* non li potrai mai raggiungere, per quanto tu proceda fino in fondo nel percorrere le sue strade: così profondo è il suo *logos*»⁹. La *psyche* eraclitea è in qualche modo tutto nel suo *logos*, il che significa che, con il pensiero, l'anima può abbracciare l'intero universo, collegando e riunendo in sé tutta la molteplicità del divenire delle altre cose.

Ma è senza dubbio con Socrate che il concetto di *psyche* assume in pieno il significato proprio di *mente* e di *intelligenza* in senso for-

⁹ Eraclito, 22 B 45 Diels-Kranz (citato sopra).

te, come centro dei pensieri e degli affetti, e come autentica essenza dell'uomo¹⁰. Socrate, come è noto, non scrisse nulla, ma gli autori che personalmente lo conobbero (gli allievi Platone e Senofonte, ma anche il comico coevo Aristofane) concordano nell'attestarci che il filosofo aveva fatto proprio il motto inscritto sul tempio di Delfi *gnothi sauton, conosci te stesso*; e alla domanda "che cos'è l'uomo?", cioè alla domanda "chi sei tu?", "chi sono io?", logica conseguenza dell'imperativo "conosci te stesso", forniva sempre la stessa risposta: l'uomo è la sua anima, la sua *psyche*. In Senofonte, per esempio, troviamo due aneddoti in cui Socrate discute con il pittore Parrasio e con lo scultore Clitone, invitandoli a rappresentare in pittura e in scultura non solo il corpo dell'uomo, ma anche la sua *psyche*, vale a dire il carattere, l'atteggiamento, la disposizione interiore, le virtù o i vizi¹¹, ciò che l'uomo veramente è e pensa. In Platone¹², poi, in capolavori assoluti quali *l'Apologia di Socrate*, ma anche in dialoghi minori come *l'Alcibiade*, emerge con tutta chiarezza che per Socrate il "vero io" di ognuno di noi è la sua *psyche*, e non il corpo, che è da intendere tutt'al più come un organo o come uno strumento dell'anima. E dell'anima dobbiamo prenderci cura prima ancora che del corpo. E come ci si prende cura dell'anima? Per Socrate, prendersi cura dell'anima affinché diventi sempre migliore, cioè virtuosa, significa praticare la filosofia come ricerca della sapienza e come desiderio di conoscenza. Persino in Aristofane, che nelle *Nuvole* intende sbeffeggiare Socrate per la sua affermazione che *l'uomo è la sua anima*, sfruttando in senso comico il significato tradizionale di *psyche* come spettro o fantasma, troviamo una preziosa testimonianza della paradossale novità che Socrate introduceva. Ma Socrate, introducendo il senso nuovo della *psyche* come intelligenza e pensiero durante il corso dell'esistenza, mise da parte sia il significato naturalistico dell'anima come principio di vita sia il significato religioso dell'anima immortale nell'aldilà. I riferimenti all'immortalità dell'anima e ai suoi destini escatologici in bocca al Socrate in procinto di bere la cicuta (che leggiamo nel *Fedone*) si devono intendere come prettamente platonici e non socratici, per una serie di ragioni interpretative che qui non è il caso di discutere.

Ed è proprio su Platone (e sul suo allievo Aristotele) che vorrei chiudere l'*excursus* sulla storia del concetto di *psyche* nel mondo gre-

¹⁰ Rimando al contributo di F. Sani, *Socrate e la nascita del concetto occidentale di anima*, Vita e Pensiero, Milano 1997.

¹¹ Senofonte, *Memorabili Socratici*, 11110, 1-5 e 6-8.

¹² Utilizzo l'edizione completa dei dialoghi di Platone, *Tutti gli scritti*, a cura di G. Reale, Bompiani, Milano 2000.

co pagano, ben consapevole che sarebbero meritevoli di una sommaria analisi anche i contributi delle scuole ellenistiche, come il già ricordato stoicismo. Del resto, le sistemazioni di Platone e di Aristotele hanno consegnato all'Occidente una teoria e una terminologia dell'anima che, in un modo o nell'altro, noi ancora oggi utilizziamo.

In termini generali, sia Platone che Aristotele, da pensatori sistematici, hanno ereditato l'istanza socratica della *psyche* come intelligenza e ragione (*logiké psyche*, *anima razionale*), rielaborata in una teoria complessiva che tenesse possibilmente insieme sia l'aspetto vitale (in Aristotele ciò è l'*anima vegetativa*, *phytiké psyche*), sia l'aspetto sensibile/passionale (in Aristotele ciò è l'*anima sensitiva*, *aisthetiké psyche*; in Platone abbiamo l'*anima irascibile* e l'*anima concupiscibile*, designate rispettivamente con i termini *thymos* ed *epithymia*). In Platone è anche presente la questione dell'immortalità dell'anima, argomentata con prove razionali, e quindi la problematica escatologica, mentre in Aristotele questo tema è lasciato di proposito in sospenso.

La posizione propria di Platone è piuttosto complessa ed emerge in modi apparentemente diversi in dialoghi quali il *Fedone*, la *Repubblica* e il *Timeo*. Nel *Fedone* ritroviamo un dualismo antropologico assai marcato tra *psyche* e *soma*: la prima è razionale, invisibile, immortale e affine alle idee, il secondo è passionale, visibile, mortale e composto di materia. Il rapporto anima/corpo, come già per gli orfici, è descrivibile come una mente imprigionata e legata in un carcere; i sensi sono come le finestre che permettono alla mente di affacciarsi al mondo esterno; le passioni, i piaceri e i dolori sono estranei all'anima e dipendono unicamente dal corpo; semmai, sono da intendere come le catene che tengono l'anima legata al corpo; ne consegue che le virtù sono tutte dell'anima, mentre i vizi (ma anche tutti gli altri mali, come malattie, invecchiamento e morte) dipendono tutti dal corpo; l'anima è infine principio di vita del corpo, e come tale, cioè come vita, è del tutto estranea alla morte, quindi è immortale, o meglio ancora, è eterna, dotata di vita sia prima della nascita sia dopo la morte; come ben si vede, è una visione che confluirà nel platonismo più tardo (ma non in Plotino) in una visione manichea, nella quale il bene è riconducibile a Dio e all'anima, mentre il male alla materia e al corpo. Questa visione così netta viene strutturalmente modificata da Platone nella *Repubblica* e nel *Timeo*, due dialoghi nei quali l'anima non è più intesa come una sostanza semplice e di sola ragione, ma al contrario come una natura complessa e tripartita, composta da tre parti di cui una sola è razionale, mentre le altre due sono, come già si diceva, passionali. Questo significa che le passioni (piaceri e

dolori) sono *passioni dell'anima*, e non passioni del corpo. In modo più specifico, quella parte dell'anima che reagisce ai piaceri, desiderandoli sempre di più, sarà la parte concupiscibile o appetitiva, da moderare con la virtù della *sophrosyne* (temperanza), mentre quella parte che reagisce ai dolori, fuggendoli con paura e rabbia, sarà la parte irascibile, da moderare con la virtù dell'*andreia* (forzezza). Queste due virtù sono possibili nelle parti passionali solo in quanto la parte razionale esercita un controllo e produce misura, con la sua propria virtù della *phronesis* (saggezza o prudenza). Platone, sempre nella *Repubblica*, esemplifica questo dinamismo antropologico con l'immagine umana di Ercole (la ragione) che deve tenere a bada e domare due belve, l'Idra dalle molte teste (la concupiscenza) e il leone Nemeo (l'ira); in un altro dialogo, il *Fedro*, l'immagine è analoga: l'anima tripartita è esemplificata da una biga, cioè un carro, con un auriga che tiene le redini di due cavalli, uno bianco e uno nero; chiaramente l'auriga rappresenta la parte razionale che deve moderare e guidare le due parti passionali, indisciplinate di per sé, eppure necessarie a far correre la biga. Ed è chiaro che il carro rappresenta il corpo, che non è più inteso come un carcere, bensì come uno strumento trainato da forze molteplici, che si possono armonizzare solo con la guida della ragione. In entrambe le immagini, per di più, la ragione è rappresentata dalla figura unitaria di un uomo, mentre le passioni dalle figure duali degli animali.

La posizione propria di Aristotele, che risulta dal suo scritto *De anima*¹³, è più descrittiva e mira a rendere conto della molteplicità delle forme di vita, dalle più elementari alle più complesse, nel dinamismo materia/forma, o meglio ancora potenza/atto, ove il corpo funge da materia biologica potenziale e l'anima funge da forma attualizzante: le piante sono vivificate dall'anima vegetativa che sovrintende alle funzioni elementari dell'accrescimento, della nutrizione e della riproduzione; poi vengono gli animali, in cui all'anima vegetativa si aggiunge quella sensitiva, che permette loro l'automovimento, la percezione sensibile e l'appetizione; e infine gli uomini, in cui all'anima vegetativa-e-sensitiva si aggiunge quella razionale, che permette loro l'attività intellettuale e volitiva. Due cose si devono notare in Aristotele: primo, che le parti superiori dell'anima includono sempre le parti inferiori; secondo, che l'anima è intesa in tutti i viventi sempre come forma del corpo, ed è quindi impensabile senza il corpo, come è impensabile

¹³ Rinvio all'edizione con testo greco a fronte del *De anima* di Aristotele curata da G. Movia, Bompiani, Milano 2001.

un corpo vivente senza l'anima corrispondente che gli dà forma e vita. Ecco perché Aristotele lascia in sospeso il problema dell'immortalità dell'anima, che lo avrebbe condotto inevitabilmente a discutere della possibilità della sussistenza dell'anima separata dal corpo.

Veniamo ora al mondo biblico: non conoscendo e non potendo leggere direttamente l'ebraico, mi riferirò, per l'Antico Testamento, alle espressioni della versione greca dei *Settanta* che risale al periodo ellenistico (111-11 secolo a.C.). Il greco biblico, già nella narrazione della creazione di Adamo, introduce un nuovo binomio per descrivere l'uomo, che non è più *soma/psyche*, bensì *pneuma/sarx*, che noi traduciamo *spirito/carne*. Spirito (*pneuma*) deriva da *pneo*, che significa respirare e soffiare, ed è dunque un termine che riprende l'idea naturalistica del soffio vitale, che, in quanto aria insufflata, è già in qualche modo spazializzata e corporeizzata; e la carne, d'altro canto, è intesa come materia vivente, già vivificata. Non c'è alcun dualismo antropologico nell'Antico Testamento. C'è anzi qualcosa di più: questo alito vitale proviene da Dio, che, in questo modo, soffiando, comunica il suo *spirito* all'uomo creato. L'uomo è quindi fatto a immagine e somiglianza di Dio¹⁴. Non c'è il corpo in quanto tale: prima del soffio di Dio c'è solo fango, e se viene meno lo spirito, esso si riduce subito a polvere. La stessa vita dell'uomo è pertanto una partecipazione allo spirito vitale divino, che, se viene meno ritirandosi, lascia solo quello che c'era prima: nient'altro che polvere.

Il Nuovo Testamento aggiunge un elemento fondamentale per comprendere il pensiero cristiano successivo: quel Dio che in principio aveva creato l'uomo, pensandolo nel suo *Logos*, si è fatto egli stesso uomo, è diventato *carne (sarx)*¹⁵. L'uomo, quindi, è immagine di Dio nel suo spirito (*pneuma*), ma Dio si è fatto uomo nella sua carne (*sarx*). Dio si è fatto carne per amore degli uomini, giacché Dio stesso è amore (*agape*)¹⁶.

I primi Padri della Chiesa, riscontrando una serie di analogie, ma anche notevoli differenze, tenteranno di unificare la visione biblica con quella dei filosofi greci, con una serie di oscillazioni, che vanno da un assoluto corporeismo (si pensi a Tertulliano) a una ripresa totale dell'impostazione platonica (si pensi agli alessandrini Clemente e Origene), fino a giungere a una concezione dell'uomo a tre livelli: il corpo o carne (*soma o sarx*) – l'anima (*psyche*) – lo spirito (*pneuma*);

¹⁴ *Genesi*, 1,26.

¹⁵ *Giovanni*, 1, 14.

¹⁶ *Prima Lettera di Giovanni*, 4, 8.

il primo livello riguarda la vita biologica; il secondo livello riguarda la vita mentale naturale; il terzo livello indica la partecipazione a Dio e quindi la sfera propriamente spirituale-religiosa. Si deve notare che, per questi primi pensatori cristiani, il livello dell'anima è mediano e non supremo, e riguarda la componente della vita e del pensiero allo stato puramente naturale. Ecco perché non insistevano tanto sull'immortalità naturale dell'anima (dottrina platonica), quanto sulla resurrezione della *carne* che partecipa dello *spirito* di Dio, sul modello della resurrezione di Cristo.

Sulla scorta della dottrina paolina, i cristiani gnostici (come Valentino) irrigidirono questa teoria dell'uomo a tre livelli, proponendo addirittura tre diverse classi di uomini: gli *ilici* (da *byle*, materia), cioè coloro che vivono una vita puramente biologica, i bruti; gli *psichici*, cioè gli uomini allo stato naturale, che però non sono in grado di elevarsi alla conoscenza perfetta di Dio; e, infine, gli *pneumatici*, cioè gli uomini spirituali, gli eletti, coloro che hanno raggiunto l'autentica conoscenza (*gnosis*) di Dio.

Ma la vera novità del pensiero cristiano non sta in questa tripartizione, che, in fin dei conti, altro non è che uno sviluppo del pensiero greco con altri termini e nuovi concetti. La vera novità consiste nell'introduzione, soprattutto grazie a Sant'Agostino, di un nuovo termine nel linguaggio filosofico: l'idea di *persona*.

Sant'Agostino utilizzò in modo nuovo il termine latino *persona*; esso significava letteralmente *maschera*, cioè quella forma che si applica al volto (in greco: *prosopon*) per caratterizzare il personaggio della tragedia o della commedia; il latino *personare* significa infatti "amplificare i suoni", in riferimento all'altoparlante rudimentale che si applicava alla bocca della maschera.

Ebbene, il vescovo di Ippona, nell'elaborazione della sua teologia trinitaria, utilizzò questo termine per distinguere le tre *personae* divine della Trinità, il Padre, il Figlio *Logos* e lo Spirito Santo *Pneuma*, come se fossero tre diverse maschere che si applicano ad un unico volto, fuor di metafora tre diverse relazioni dell'unica natura divina.

Mi riferisco, come è chiaro, al suo trattato *De Trinitate*, che è nello stesso tempo uno studio teologico sulla base delle Scritture, ma altresì uno studio antropologico introspettivo sull'io, sulla coscienza, sulla *persona* umana come immagine delle *persone* divine. Del resto, se è vero che l'uomo è immagine di Dio, per conoscere Dio basterà studiare nel modo dovuto l'uomo. "La teologia è antropologia", un'affermazione di Feuerbach, che, *mutatis mutandis*, Agostino non avrebbe respinto. Sempre dalla Bibbia, Agostino trae il fatto che Dio si auto-

rivelato come *essere*¹⁷, ma anche come *pensiero* e come *amore*; ecco che dovremo analizzare, nell'uomo, le relazioni tra il suo essere, il suo pensiero (cioè gli atti della sua intelligenza) e il suo amore (cioè gli atti della sua volontà); ne nasce a poco a poco una teologia della relazionalità intrinseca dell'atto del conoscere e dell'atto dell'amare, che hanno strutturali analogie con i medesimi atti umani. Il conoscere ha un andamento temano, perché implica un soggetto conoscente, un oggetto conosciuto e l'atto stesso della conoscenza, l'atto del pensiero: ecco il *Logos*, il Figlio concepito per via di intelletto; analogamente, l'amare ha un ritmo triadico, che implica la relazione dell'amante con l'amato nell'atto dell'amore; l'oggetto conosciuto viene amato dal soggetto conoscente; ma anche l'amato ama a sua volta il suo genitore amante; ecco lo *Spirito*, cioè *agape*, amore intratrinitario. E l'uomo è immagine di questa relazione amorosa, Come si vede, una teoria del tutto nuova e feconda nel panorama tardo-antico, che ha conferito all'uomo la dignità divina dell'essere *persona*.

Se torniamo, per concludere, alle due domande iniziali, possiamo rispondere con Agostino nel modo seguente.

Che cosa è l'uomo? L'uomo è l'unità organica delle sue parti, che possiamo prendere in esame singolarmente, siano esse il corpo, l'anima, lo spirito, la carne, o tutte le varianti quali mente, intelletto, intelligenza, eccetera.

Chi è l'uomo? Se la risposta di Socrate era l'*anima*, la risposta di Agostino è invece la *persona*, un concetto che si è caricato di soggettività irriducibile e pregnante grazie alla sua matrice teologica cristiana, anche nel mondo secolarizzato che ha smarrito la memoria della sua origine.

Il linguaggio ordinario dà ragione ad Agostino: noi possiamo dire certamente "io sono il mio corpo", "io sono la mia anima", e così via, ma possiamo anche dire "io ho un corpo", "io ho un'anima", e così via, giacché si tratta di termini, in un modo o nell'altro, oggettivi e oggettivabili.

Con il termine "persona" questo non accade, perché ha mantenuto sinora un senso esclusivamente soggettivo: infatti si può solamente dire "io sono una persona", ma non "io ho una persona".

¹⁷ *Esodo*, 3, 14.

GAETANA SILVIA RIGO E GIUSEPPE ARMOCIDA

Corpi a confronto: medico e paziente

“Corpo (body; Körper, Leib; corps; cuerpo). – Pur nella varietà degli approcci e degli esiti delle concezioni che lo riguardano, il corpo rimane lì, con la sua alterità interiore, la sua differenza intima, a ricordare per un verso la difficoltà di una lettura univoca della realtà e dell'uomo, a favore di polisemie e di pluralismi, di complessità insospettite, e a richiamare per un altro verso la sua ineliminabile vicinanza, detta a turno dal sentire o dal dolore, dall'espressione o dal bisogno – un vero e proprio sgorgare problematico –, con l'io. Sommario: A) Aspetto filosofico: I. Il corpo in discussione. II. Modelli interpretativi: 1. Il corpo come prigioniero. 2. Il corpo come strumento. 3. Il corpo-macchina. 4. Il corpo vissuto. III. Con e oltre la fenomenologia. B) Aspetti neurologici, psicologici e psicoanalitici: I. Neurologia e psicologia. II. Psicoanalisi”¹.

Certamente l'orizzonte di chi ha pensato al tema del convegno “Il corpo distante” si presta all'osservazione non solo dei filosofi, ma pure dei medici e segnatamente, oggi, dei neurochirurghi, degli psicologi, dei bioeticisti, degli antropologi, dei giuristi e dei praticanti cristiani. Queste sono fondamentalmente le voci degli esperti che hanno dato “anima e corpo” al dibattito, intrecciandosi sul comune tessuto medico interessato alla “Identità del paziente tra medicina specialistica e aspettative di cura”. Ecco come dobbiamo subito uscire dalle metafore del corpus di un'opera, del corpo elettorale, del corpo diplomatico, del corpo tipografico, del corpo di una dottrina, del corpo di un vino, del corpo di un reato e così di seguito, per cogliere la corporeità che sta dietro all'idea di uomo e a quella di relazione tra due uomini, uno medico e l'altro paziente, malato oppure no.

¹ Qui abbiamo trascritto quanto si può leggere in apertura della voce *Corpo* nella “Enciclopedia Filosofica”, Bompiani, Milano 2006, vol. 3, pp. 2295-2299, cit. p. 2295.

La Storia della Medicina si presenta in questa sede attraverso un primo sguardo alla filosofia, che sembra funzionare da passerella comune tra le diverse discipline che compongono il quadro delle “Medical Humanities”, con le filosofie della scienza, morale e bioetica, la psicologia, il diritto, l’antropologia, la pedagogia, la religione, le scienze sociali, la storia della filosofia e della scienza². In questa prospettiva, allo storico medico interessa approfondire l’aspetto filosofico del corpo dell’uomo, segnatamente dei corpi del paziente e del medico, seguendo le tracce della medicina nella filosofia sui percorsi dicotomici di corpo-mente, malattia-malato³. A questo proposito, occorre fare attenzione alle facili esagerazioni che erano state opportunamente mitigate dallo stesso corpo dei filosofi dell’antichità, che nella ghiandola pineale avevano scoperto un valido compromesso tra le due “entità” rivali. In realtà, quella parziale saldatura serviva a fare spazio ad altre fratture che ancora separano in tanti paradigmi la nostra sostanza. Già Auguste Comte (1798-1857) aveva intuito che i più profondi quesiti sull’esistenza si annidavano nel filone della nuova medicina sperimentale e positiva, germogliando e sviluppandosi non tanto nella psicologia ma nelle nuove fucine del sapere, la biologia e la sociologia. In quello stesso frangente, si delineò un paradosso pervasivo e perdurante, che si alimenta nella riduzione dell’aspetto psicologico entro quello biologico, mediante una ricerca sperimentale che nel tempo ha assunto movenze addirittura inquietanti, nelle sue versioni informatiche, cibernetiche, ingegneristiche.

Si potrebbe fare un tentativo di avvicinamento e di comprensione di questi concetti lungo la non facile definizione della “psicosomatica”, avvenuta nella prima metà del secolo ventesimo⁴. L’incontro e la separazione delle due correnti della medicina psicosomatica, quella psicanalitica e l’altra organicistica, stabilisce una finestra di dialogo

² In questa lettura della materia può essere utile la spiegazione che il prof. Massimo Baldini ha fornito nel primo numero della rivista “L’Arco di Giano”, dove inserisce la *Storia della medicina* tra le altre discipline iscritte nelle “medical humanities” (M. Baldini, *Storia della medicina*, “L’Arco di Giano”, 1993, fasc. 1, pp.).

³ Sul fronte del paziente segnaliamo il volume curato da L. Zannini, *Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica*, Franco Angeli Edizioni, terza edizione 2009. Per quanto riguarda il corpo del medico, non considerato individualmente ma come organo complesso che si prende cura del malato, si suggerisce G. Braidi, *Il corpo curante. Gruppo e lavoro di équipe nella pratica assistenziale*, Franco Angeli Edizioni, seconda edizione 2002. Infatti, è più consueto nel linguaggio corrente ascoltare discussioni sul corpo dei medici, come associazione, piuttosto che sul singolo corpo del medico.

⁴ *Psicosomatica*, a cura di G. Ammon, “Enciclopedia del Novecento”, Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani, Roma 1980, pp. 862-870.

mediata da terminologie differenti, filosofiche e biologiche, che permettono di introdursi al nucleo centrale della questione. L'ambivalenza fondamentale consiste nella possibile duplice interpretazione dello stato malato che può essere manifestazione somatica di una situazione psichica, esemplificato nella cosiddetta "conversione", oppure può avere una base prevalentemente organica che, attraverso segni e sintomi, apparizioni e autopercezioni, si ripercuote in un contenuto psichico, determinato dal comportamento e dal vissuto del paziente. In ambedue i casi, però, si osserva il prevalere delle istanze teoriche sulla preoccupazione terapeutica, come se fosse più importante la comprensione rispetto il trattamento. In particolare, le conseguenze sul piano fisico di eccessi o difetti dei meccanismi di difesa del soggetto andrebbero compresi secondo un modello di tipo dinamico che include l'ambiente, sia sociale sia fisico, e di tipo strutturale, per spiegare nella concretezza del caso la variabilità sintomatologica in relazione a disturbi funzionali. L'attenzione è rivolta ai turbamenti fenomenologici di una omeostasi di volta in volta modificata da diverse e molteplici variabili ed il traguardo terapeutico consiste nello stabilire una alleanza con il malato e successivamente un confronto che ricostituisca le premesse per elaborare il proprio processo di malattia.

I corpi, quindi, possono essere tradotti secondo le leggi dell'economia in una, appunto, economia dei corpi, dove sono decisivi di rapporti di forza. Si tratta di forze di attrazione o di repulsione, che avvicinano o allontanano il paziente ed il medico, in una specularità che si mantiene anche quando altre ragioni portano ad esprimere giudizi di responsabilità squilibrati verso l'uno o l'altro dei due poli.

La semiotica insegna che il corpo è nel segno ed il segno a sua volta sta nel corpo⁵. Lasciando a margine il valore evolucionistico, biologico e storico-culturale delle espressioni del corpo, prendiamo in esame quello che gli strumenti scientifici della biomedicina sono in grado di percepire e quello che possono spiegare. Innanzi tutto quello che "parla" in medicina è paradossalmente un corpo morto: nei primi anni di studio di un medico è un cadavere sezionato alla ricerca dei segreti del vivente, al quale poi si sostituisce un corpo "oggetto", non solo malato, ma talvolta mortificato, umiliato, deprivato. I segni ed i linguaggi del corpo del paziente sono diretti al medico, ma prima ancora devono essere elaborati nelle impressioni e nelle sensazioni della persona stessa. Il paziente può "riferire" al medico, aiutandolo

⁵ Alcune considerazioni sono un commento al fascicolo monotematico *Il corpo*, di "Aperture. Rivista di cultura, arte e filosofia", n. 3, 1997.

o al contrario depistandolo, ma egli è addestrato anche ad ascoltare corpi muti. Lungo parecchi secoli della dottrina ippocratico-galenica, il malessere del corpo si conosceva con la mediazione del linguaggio, dal quale il medico traeva gli indizi da collegare alla modestissima semeiotica fisica offerta al suo vedere e sentire oggettivo, restando coperto il malato e in un rapporto fisicamente distante. Con l'accoglimento della medicina localistica, circa due secoli fa, tutti i sensi del medico sono stati chiamati molto vicino al paziente, entrando in un contatto corporeo fino ad allora pudico, mentre un più recente rifiuto di questa vicinanza, che a volte può sconfinare nella mescolanza, è stato mascherato dalla introduzione di sofisticati strumenti clinici e pure chirurgici.

Il corpo di fronte ai processi egemonici e globalizzanti della medicina contemporanea si mostra resistente, nonostante la sua apparente docilità e tolleranza alle intromissioni di mani più o meno artificiali, curiose ed operanti. Il corpo è un ente di natura, per lo sguardo di scienza che penetra sempre più profondamente nelle sue entità infinitesime, ma è di continuo a confronto anche con il giudizio di una società il cui sguardo si arresta alla superficie visibile ed interpretabile. L'esteriorità, semplice o contraffatta, è l'elemento di individuazione nel sociale, mentre l'esteriorità e l'interiorità sono in vincolo stretto tra loro per le indagini della scienza e della clinica. Forse, oggi più di ieri, le etnoscienze dovrebbero formare una consapevolezza che sappia abbracciare le tante antropologie della medicina per scrivere una storia della medicina capace di prolungarsi fino ai successi ed alle contraddizioni del XXI secolo. Ancora rientrano nel panorama di una medicina popolare il tarantismo pugliese, mentre sfuggono a tutta la scienza medica le eclatanti manifestazioni dell'arco isterico o dell'urlo del folle, pervase di un simbolismo che è tipicamente estraneo al concetto di evidenze scientifiche. L'unica strategia che lo scienziato mette in campo per difendere il territorio che conosce meglio è quella di stabilire una gerarchia verticale tra le malattie, nobilitandone alcune e declassandone altre più scomode. Questo stratagemma basato sulla rimozione, però, non scoraggia la ricerca che, su altri fronti, si impadronisce del tema. Nella storia leggiamo pure passaggi nei quali la medicina aveva preferito reinventare nuovi postulati piuttosto che incaricare differenti specialisti di studi che sembravano spettarle di diritto. Così, nella seconda metà dell'Ottocento fu il principio deterministico-antropologico di marca lombrosiana a definire il concetto di pericolosità sociale, grazie ad uno slittamento dell'attenzione positivista dal reato al reo, "visibilmente" portatore

di anormalità fisiopsichiche, scatenanti una condotta della quale egli non poteva essere direttamente responsabile. Forse è quella del folle schizofrenico la più fedele fotografia della medicina attuale, che appare proiettata in tanti pezzi fuori di sé, rendendo estranee le diverse parti di cui è fatto l'uomo, scomposte in reparti e laboratori anche distanti tra loro benché siano abituate a vivere accanto nello stesso corpo. Addirittura, pratichiamo una medicina assicurativa che conteggia le percentuali di valore differentemente attribuiti a diverse parti del corpo, salendo e scendendo lungo improbabili scale numeriche che misurano parametri della nostra vita. Si profilano quindi scenari nei quali vengono costruiti nuovi corpi, per non parlare di nuove vite, cominciando con un lavoro di scomposizione e destrutturazione dell'uomo, come se dall'insieme delle singole schegge si potesse ricostruire l'unità significativa complessa.

Poiché la frontiera del sapere si è allargata a dismisura, sembra impossibile per chiunque concentrarsi su più di una singola parte. È allora quasi introvabile quel medico che passi con disinvoltura e soprattutto con successo da un campo all'altro della scienza, suscitando anzi qualche perplessità sulla sua reale preparazione. Se ammettiamo l'importanza di una doverosa ed ineludibile specializzazione, la restrizione del ramo di studio o di impegno intellettuale non dovrebbe comunque costituire la maggiore garanzia di qualità, ricordando che le migliori idee in grado di aprire prospettive inedite provengono da ambienti multi ed interdisciplinari. Anche il medico, come molti altri professionisti, soffre la attuale impossibilità di incarnare l'esempio dello scienziato rinascimentale e, pure incardinato nella sfera della medicina, rimane escluso dall'interpretazione in chiave moderna di una *polymathia*⁶ che pure apparteneva al bagaglio culturale di un qualunque medico di condotta di appena centocinquanta anni fa.

La medicina, nel corso degli ultimi due secoli, ha progressivamente accentrato l'attività sia di ricerca sia di didattica sulle malattie, sulle singole parti affette di un corpo inteso come entità materiale, oggettivo nella salute e nella malattia. Da un lato la scientificizzazione della medicina, con i suoi trionfi nella diagnostica e nella terapeutica, ha contribuito alla messa in scena di un rappresentante vincente della professione medica, mentre veniva amputata la componente umana, sia del medico sia del malato. Medico e malato, pur con un quadro sindromico differente, sono in sostanza affetti dalla stessa malattia.

⁶ *Polymathia*, ad vocem, "Nuove parole italiane dell'uso. II del Grande Dizionario Italiano dell'Uso", T. De Mauro, Utet, Torino 2007, p. 201.

Dopo qualche decennio di eccessive certezze, quasi una sorta di ebbrezza gloriosa e glorificante, sotto lo scricchiolare del peso di scelte non sempre confortate dal buon senso comune, l'etica medica ha avviato un processo di revisione orientato alla ricongiunzione dei due termini della dicotomia malato-malattia e, quindi, persona-corpo. Risorse differenti, ben note alla storia della medicina, sono state rispolverate per fronteggiare la tendenza moderna della medicina a farsi carico della malattia e non del malato, quando la coscienza comune pretenderebbe una responsabilità verso la persona. La specializzazione in medicina potrebbe essere letta anche come una manifestazione sul piano professionale di un atteggiamento da parte del medico difensivo, non dovendo farsi troppo coinvolgere emotivamente dal malato, e scientifico, nella appartenenza alla medicina contemporanea. Il comportamento del medico di oggi mette al riparo dal rischio di un confronto con entità imponderabili, la psiche, la storia, la personalità del malato, che altrimenti riporterebbero ai concetti di malattia come esito di un insieme di circostanze. Nelle facoltà di medicina delle università italiane assistiamo al rilancio di discipline che tendono a sviluppare le abilità umanistiche dei futuri laureati, con la reintroduzione di corsi e seminari in sociologia della medicina, antropologia medica, bioetica, storia della medicina, ma anche di letteratura ed arte in relazione alla medicina. In questa prospettiva, il recupero della storia appare davvero significativo, come confronto in tre dimensioni temporali, passato, presente e futuro.

In fin dei conti, possiamo parlare di corpi a confronto nel senso di più di un "io" a confronto, perché si tratta pur sempre di relazioni tra più parti che nel "piccolo" costituiscono una sola unità, fatta di particelle, atomi, molecole, cellule, tessuti, organi, mentre nel "grande" formano la rete di relazioni umane. Nel primo caso il rispetto di un ordine corrisponde alla salute, del corpo e della psiche, nel secondo soddisfa il bisogno di giustizia che governa idealmente i rapporti sociali. A questo punto, però, conviene riprendere quello che a volte sfugge ad una visione globale e veloce: i due generi di ordine non sono affatto reciproci e scambievoli l'uno con l'altro, non potendosi sostenere che esista un confine giusto e netto tra salute e malattia, e di conseguenza che la medicina risponda sempre a criteri di equità.

Ogni corpo dipende da un flusso dinamico fra tre livelli, quello biologico, quello sociale e quello psicologico, in una continua tensione verso un equilibrio che rifletta bene l'armonia tra interno ed esterno. L'antropologia, poi, istruisce sulle influenze culturali che modificano la dimensione naturale del corpo e, conseguentemente, nel

periodare delle fasi storiche si alternano non solo correnti intellettuali e stili di vita, ma pure mutano i rapporti tra categorie nascenti o già anziane, come quello tra medico e paziente.

In altre occasioni è capitato di riflettere sull'uso corrente del verbo ausiliare "avere" nei confronti di una malattia, coll'eccezione delle malattie psichiatriche, trasformate in un aggettivo che accompagna il soggetto-paziente. Potremmo riprendere questo pensiero, considerando allo stesso modo come sia più ordinario "avere un corpo" (Körper) piuttosto che "essere il corpo" (Leib), oggettivando il soggetto di cui abbiamo fin qui parlato.

Alla fine del nostro intervento abbiamo il compito di fare almeno un cenno ad un problema che nella scienza crea un certo imbarazzo: ci sono miriadi di corpi con i quali siamo quotidianamente in contatto privi di un'anima e poi esistiamo noi, proprio in forza anche dell'anima. Non cerchiamo risposte generali a domande troppo delicate e soggettive sulla possibilità di sopravvivenza di un'anima ad un corpo, però quasi ci consola per certi versi il fatto che l'anatomia, la fisiologia, la chimica e la fisica, pur senza volerlo, abbiano "rispettato" alcuni dei più affascinanti misteri del corpo. Proprio su questo confine che limita l'indagine della medicina sul corpo, si corrucciano l'una verso l'altra la scienza e la religione, lasciando intravedere i margini entro i quali l'uomo può esercitare la propria libertà.



MARIA TERESA RUSSO

*Così lontano, così vicino.
Una lettura antropologica del corpo malato*

1. Dove cercare l'umanità del corpo?

Già nel 1986 il filosofo Gadamer affermava che il destino della civiltà occidentale si sarebbe giocato su un difficile equilibrio: quello tra l'esperienza soggettiva che ciascuno ha del proprio corpo – ossia tra i valori *umani* di cui la corporeità è espressione – e l'oggettivazione sempre crescente che ne avrebbero fatto sia la scienza che la cultura¹. Letta a distanza di vent'anni, questa preoccupazione appare pienamente fondata. Possiamo addirittura affermare che costituisce la chiave per accedere al problema centrale di tanti dibattiti in ambito bioetico: la questione antropologica. La domanda su chi è l'uomo e sulla sua dignità è, infatti, la bussola indispensabile per orientarsi nel labirinto degli attuali problemi sollevati dalla scienza biomedica, se si vogliono evitare le impasse dei dilemmi senza uscita o le scorciatoie del calcolo costi/benefici.

L'interrogativo sull'uomo conduce immediatamente alla riflessione sul valore del suo corpo. Qui appare subito un'insuperabile ambivalenza, che troviamo espressa in alcune dicotomie ricorrenti anche nel linguaggio quotidiano: corpo soggetto e corpo oggetto; corpo come essere e corpo come avere; corpo per agire e corpo per patire; corpo come risorsa e corpo come limite. Pur essendo evidente e tangibile, il corpo umano costituisce pertanto un vero e proprio nodo problematico: unisce e contemporaneamente separa; permette di abitare il mondo, ma è anche un'insuperabile barriera tra noi e il mondo, consente di vivere e costringe a morire. È, in sintesi, il luogo dove si manifesta l'energia vitale, *potenza di potenze*, ossia condizione di qualsiasi altra possibilità, ma anche motivo di fragilità e vulnerabili-

¹ Cfr. H. G. Gadamer, *Esperienza del corpo e oggettività* (1986), in *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano 1994, p. 81.

tà, fino all'impotenza assoluta della morte. Quest'ambivalenza radica nella duplice dimensione che ogni corpo vivo possiede, espressa nella nota distinzione di matrice husserliana²: quella di corpo-fisico (*Körper*), misurabile e oggettivabile, che tuttavia è inseparabilmente anche corpo-vivente (*Leib*), soggetto senziente e agente, ma anche paziente. Applicando tutto ciò all'uomo, saliamo ad un livello ulteriore di complessità. L'"umanità" del corpo sta nel fatto che esso è carne e natura, ossia condizione di vitalità e di operatività, ma contemporaneamente appartiene ad un essere che è capace di dire "io", dunque in grado di interpretare e di assumere, integrandoli nell'autocoscienza e nell'autodominio, i propri dinamismi corporei. In altre parole, nel e con il corpo umano si esprime un "io" soggettivo, che tuttavia non si riduce al solo corpo. Il significato del corpo rimanda, in sintesi, alla dignità che la persona possiede in quanto persona, un soggetto unico e unitario pur nella complessità delle sue dimensioni. In una visione antropologica integrale, la complessità è dovuta allo strutturarsi della persona nella duplice dimensione somatica e psichica, mentre l'unità è data dalla trascendenza metafisica dello spirito, grazie al quale l'io può dire "io" e si sperimenta libero.

Solo nell'uomo possiamo dunque parlare oltre che di corpo, anche di *corporeità*. Si tratta di due aspetti inseparabili: la dimensione più propriamente "carnale" ci colloca nel tempo e nello spazio, ci caratterizza come sessuati, vulnerabili e mortali, ma il riconoscersi tali, ossia il manifestarsi del corpo come corporeità, si deve alla nostra natura di esseri razionali, grazie alla quale, vivendo la dimensione corporea dall'interno e allo stesso tempo trascendendola, siamo capaci di coglierne il senso e di scoprirne i valori. Essere consapevoli del proprio corpo non significa semplicemente accorgersi di possederlo o sentirlo come proprio, ma, poiché l'autocoscienza è legata ugualmente sia alla dimensione spirituale che a quella corporea, significa anche rendersi conto del suo significato, ossia prendere atto che nel corpo ci si esprime come persone, orientandosi verso un fine piuttosto che un altro. Per questo nell'uomo le percezioni e le sensazioni si trasformano sempre in esperienze e a loro volta queste si fondono formando quella linea continua che chiamiamo biografia: è il caso del dolore fisico o della malattia, che non restano mai eventi isolati e privi di significato. "Aver sofferto" o "essere stati ammalati" non è solo la traccia di un insieme di percezioni, ma l'elaborazione di

² Cfr. E. Husserl, *Idee per una fenomenologia pura e una filosofia fenomenologica*, Einaudi, Torino 1965, pp. 530-540.

un'esperienza che si è impressa nella memoria, in quanto interpretata da un io che è stato interpellato a cercarne il senso.

D'altra parte, non è l'autocoscienza a fondare la dignità del corpo umano, ma al contrario: è l'essere espressione di un io personale dal quale è inseparabile a renderlo portatore di dignità. L'uomo non è una mente che decide di un corpo, o un io la cui libertà si serve del corpo come di uno strumento. Queste impostazioni risentono di un dualismo che alla fine si risolve contro la persona stessa. Anche nel caso di un corpo umano incapace di compiere gli atti propri di un soggetto razionale – si pensi ad un disabile grave o ad un malato in coma – non ci si trova di fronte ad un semplice organismo fisico privo di dignità umana. Risultano incoerenti e poco scientifici tanto un fisicismo assoluto, per cui la dignità starebbe nell'esercizio di funzioni cerebrali (cervelli che riconoscono degni altri cervelli) quanto uno spiritualismo, o meglio chiamarlo cognitivismo, per cui sarebbe la cosiddetta *mente* ad essere davvero umana, il che, oltre ad aprire la porta alle più inquietanti discriminazioni, non spiega adeguatamente origine e destino di questa dignità.

Se si smarrisce il significato “umano” del corpo, se non si ammette che il *possedere un corpo* è anche, allo stesso tempo, un *essere il proprio corpo*, per cui la dignità radica nel soggetto, si può incorrere in due rischi, oggi abbastanza frequenti nella nostra cultura. Da un lato si può intendere il corpo come pura “corporeità”, un prodotto della cultura relativo e mutevole, una sorta di testo che si può scrivere e riscrivere a piacimento. Se nulla è naturale, nel senso di universalmente valido, ma tutto è frutto dell'autodeterminazione soggettiva o dei condizionamenti sociali, allora la dignità si esprimerebbe nella libertà *sul* corpo e nella possibilità di modificarlo e progettarlo. In tal caso, la medicina sarebbe l'alleata del desiderio soggettivo di controllo sul proprio corpo. All'opposto, si può ridurre il corpo a semplice dato di natura, a pura biologia, i cui dinamismi andrebbero assecondati così come dovremmo rispettare tutto ciò che avviene *in natura*. La dignità verrebbe a identificarsi con la libertà *del* corpo, intesa come spontaneità assoluta ed espressione della vitalità. In questa prospettiva, alla medicina si attribuisce il compito di soddisfare il diritto al completo benessere, identificato tout court con la felicità. Ma tale pretesa è utopica e si risolve necessariamente nel suo contrario: la medicina allora diventa nemica, la si accusa di *artificialismo* e se ne prendono le distanze, reclamando la *naturalità* del proprio vivere e del proprio morire.

In entrambi i casi, si è smarrito l'autentico significato del corpo e, di conseguenza, si è smarrito l'uomo. Si dimentica che in lui

natura e cultura, razionalità e corporeità, biologia e biografia non sono dimensioni separabili. La domanda su chi è l'uomo e su dove risieda la sua dignità è dunque oggi più che mai necessaria. Si può dire che ne dipenda l'umanizzazione non solo della medicina, ma del mondo stesso.

2. *Così lontano così vicino: il corpo e lo sguardo della medicina*

Si può affermare con una battuta che oggi la medicina non goda di buona salute. Il suo malessere radica in un disorientamento generale circa l'idea di salute e di malattia, ma soprattutto nella tentazione di proporsi come tecnica al servizio della salute, anziché come arte della cura del malato. Se la salute è considerata alla stregua di un prodotto e non come proprietà di un soggetto personale, si rende sempre più difficile per il medico trovare un punto di equilibrio tra le richieste del singolo e i costi che queste impongono al sistema sociale, tra il dovere di prestare le cure e il diritto del malato a rifiutarle, tra la fiducia che caratterizza l'alleanza terapeutica e la strategia difensiva tipica del paradigma contrattuale.

D'altra parte, è lo stesso contesto culturale che, imponendo alla medicina nuovi compiti e pretendendo sempre ulteriori prestazioni, alimenta questo malessere. Più che la salute si chiede alla medicina di dispensare benessere o addirittura felicità. Se la cultura dell'apparenza rivolge le sue richieste soprattutto nei confronti della chirurgia estetica – si pensi ai 200.000 interventi realizzati lo scorso anno in Italia –, la cultura del controllo esige un'assicurazione sull'invecchiamento futuro o, almeno, un potenziamento delle prestazioni presenti. Come è stato osservato, sempre più spesso si ricorre al medico non perché si soffre di un malattia, ma perché si desidera *evitare* di soffrire di qualche malattia. Domina la *paura dell'idea della malattia*, innescata da un processo di *drammatizzazione* che rende incombente la minaccia del male, cosicché si attribuisce alla medicina il potere di revocarlo³. Da qui il successo non solo della medicina preventiva, ma anche di quei medici trasformati in *coach* e guru, assidui frequentatori di rotocalchi e salotti televisivi, che fanno promesse spesso a costi non indifferenti in termini economici e di stile di vita. Del resto la cultura del mercato, dove tutto è considerato merce e come tale ha un prezzo, favorisce nel malato la mentalità del cliente e nel medico

³ Cfr. R. Volpi, *L'amara medicina*, Mondadori, Milano 2008, p. 130.

l'atteggiamento del burocrate, in una prospettiva aziendalistica che poco ha da spartire con l'arte della cura.

Anche la cultura dell'autonomia, che propone il disporre di sé e il disporre per sé come la massima espressione di libertà, procura non pochi disagi alla medicina, guardandola ora con fiducia cieca ora con sospetto. "Giù le mani dal mio corpo" si legge in un cartello inalberato durante una protesta a favore del diritto di morire. Ma la medicina, se accusata di "oltranzismo", facilmente si trasforma in medicina difensiva e finisce per tutelarsi o evitando il rischio di una richiesta di risarcimento con un eccesso di esami clinici o, al contrario, preferendo abbandonare il malato piuttosto che essere sospettata di accanimento terapeutico.

Tutti questi tratti della nostra cultura – apparenza, controllo, mercato, autonomia – contribuiscono ad alimentare l'attuale malessere della medicina, che si ripercuote necessariamente sul modo con cui essa si rivolge al corpo. Da un lato, come osservava il filosofo Gadamer, vi è il rischio di considerarlo come semplice organismo, un oggetto di analisi da scomporre e parcellizzare. Come è stato osservato, questa prospettiva "medicalizzante", inizialmente tipica dall'universo medico, ha cominciato a riflettersi anche sul modo con cui il malato pensa a se stesso, per condizionare poi persino la percezione di sé dell'uomo sano⁴. È sempre più frequente pensare a se stessi in termini di "sistemi immunitari", di "predisposizioni genetiche" e guardare alle proprie esperienze solo come all'effetto di reazioni biochimiche e di meccanismi di neurotrasmettitori. Ci si guarda non solo come semplici organismi, ma addirittura come organismi potenzialmente malati, adottando linguaggi e comportamenti – si pensi, ad esempio, alla trasformazione del prendere cibo, diventata sempre più un gesto salutistico – che sarebbero più propri di una corsia di ospedale che della vita quotidiana.

Ma la lente della biologia o della tecnica biomedica, se usata a distanza troppo ravvicinata, priva il corpo del suo spessore personale e lo rende pura carnalità, materia vivente senza io. Come osserva il filosofo Merleau-Ponty: "Un corpo vivente, visto troppo da vicino e senza alcuno sfondo da cui separarlo, non è più un corpo vivente, ma una massa materiale estranea come un paesaggio lunare"⁵. Il ri-

⁴ Cfr. B. Duden, *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri, Torino 2006, p. 183.

⁵ M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, Bompiani, Milano 2003, p. 431.

sultato è una perdita di significato di quelle esperienze umane che più chiamano in causa dinamismi corporei, come nascere, generare, soffrire, morire. Queste, prima e più che eventi biologici, sono atti umani che coinvolgono la libertà e la responsabilità del soggetto. Essi vanno sempre coniugati alla prima persona singolare, in quanto tutto ciò che riguarda il corpo riguarda la persona intera e non si può dire che semplicemente “accada” in lei, né che sia indifferente per la sua biografia. Riferendosi, ad esempio, alla malattia, appare evidente che l'essere umano non soltanto è “soggetto a” malattia, ma è anche “soggetto di” malattia, ossia non solo la patisce, ma la vive e la interpreta, perché si autopossiede e possiede la malattia, appropriandosene positivamente o negativamente⁶. Chi è malato, oltre a *subire* la malattia, si può dire che la *fa*, la *crea*, con un'originalità in cui si manifesta il carattere irripetibile della persona umana. Se, pertanto, ci si accostasse a questo fenomeno come ad un *fatto* da esaminare alla luce di semplici parametri biologici e fisiologici, ne si potrà forse fornire una spiegazione o una descrizione, ma non si giungerà a comprenderlo pienamente nel suo significato. “La malattia – ha osservato il medico spagnolo Pedro Laín Entralgo – non appartiene, pertanto, alla figura dinamica di una semplice ‘curva vitale’, ma alla complessità tematica e temporale di una ‘biografia’; più che possedere un ‘significato’ possiede un ‘senso’. Tanto la sua figura quanto la sua genesi non sono la manifestazione di una ‘spontaneità biologica’, ma l'espressione visibile e intima di un ‘atto personale’. Il che equivale a dire che tutte le note definitorie della condizione personale dell'uomo – intimità, libertà, razionalità, appartenenza a una comunità spirituale – devono influire in qualche modo sull'*individuatio morbi*”⁷.

È necessario che il medico rinunci ad alcune “pretese” che il possesso di tecniche sempre più sofisticate potrebbe indurlo ad avanzare nei confronti del corpo del malato. Da un lato, c'è la pretesa della trasparenza, che induce a guardare il corpo come un libro aperto, facile da decifrare e da interpretare. Se, come affermava Galileo, “la natura è un libro scritto in lingua matematica”, non va mai dimenticato che l'uomo è sì parte della natura, ma è anche più della natura, è corpo e, contemporaneamente, è nel corpo. Felicamente, il filosofo Ortega y Gasset, per indicare che lo sguardo sul corpo deve saper cogliere

⁶ Cfr. P. Laín Entralgo, *El estado de enfermedad*, Madrid 1968, citato da D. Gracia, *El hombre enfermo como realidad personal*, in “Cuadernos de Historia de la Medicina española”, 11 (1972), p. 134.

⁷ P. Laín Entralgo, *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*, CSIC, Madrid 1950, p. 619.

un *al di là* del corpo stesso, utilizza il paragone della carica elettrica di un oggetto, che non è evidente ma appare solo nei suoi effetti. Così il corpo non può essere ridotto a semplice organismo fisico, ma è un “geroglifico”, ossia espressione di una realtà nascosta che va decifrata e che costituisce l’intimità della persona: “Non guardiamo mai al corpo dell’uomo come semplice corpo, ma sempre come carne, ossia come una forma spaziale quasi carica di elettricità, di allusioni ad un’intimità. (...) Perché la carne è espressione, è simbolo patente di una realtà latente. La carne è geroglifico. È l’espressione come fenomeno cosmico”⁸.

La pretesa della trasparenza può accompagnarsi ad un’altra tentazione, quella che potremmo chiamare della “riproducibilità tecnica”, quando la medicina si rivolge al corpo non tanto per ristabilirne i naturali dinamismi, ma per modificarli e controllarli tecnicamente, compiendo operazioni molto simili allo smontaggio e rimontaggio di un macchinario. La parcellizzazione del corpo, condizione necessaria di questa pretesa, si riflette anche in un certo tipo di discorso sul corpo, decisamente medicalizzato, ma ormai entrato nell’uso abituale. A proposito, ad esempio, della fecondazione assistita si parla di congiungimento di ovuli e spermatozoi invece che di unione tra corpi; per indicare il corpo femminile è frequente riferirsi piuttosto alle sue parti – ovuli, utero, follicoli, embrione – e spezzettare in una sequenza di operazioni – ovulazione, fecondazione, impianto – quello che naturalmente sarebbe un unico processo. Come osserva la psicoanalista M. Chatel: “Per il discorso medico, il figlio è il risultato dell’incontro dei gameti, la gravidanza la messa in funzione di sostanze ormonali e il divenire genitori una decisione di adozione concernente un oggetto fatto di sostanze”⁹.

L’atto della procreazione ne risulta profondamente modificato, tanto che si parla di “maternità deflagrata”, per cui il corpo della donna rischia di diventare un laboratorio, in cui si sta *producendo* qualcosa, monitorato da una tecnica biomedica che finisce per avere carattere protesico più che terapeutico¹⁰.

⁸ “Non guardiamo mai al corpo dell’uomo come semplice corpo, ma sempre come carne, ossia come una forma spaziale quasi carica di elettricità, di allusioni ad un’intimità. (...) Perché la carne è espressione, è simbolo patente di una realtà latente. La carne è geroglifico. È l’espressione come fenomeno cosmico” (J. Ortega y Gasset, *La expresividad, fenómeno cósmico*, in *Obras*, vol. II, Revista de Occidente, Madrid 1961, pp. 579-580).

⁹ Cfr. M. M. Chatel, *Il disagio della procreazione*, il Saggiatore, Milano 1995, p. 111.

¹⁰ Cfr. S. Vegetti Finzi, *Tecnologie del desiderio, logiche dell’immaginario*, in A. Di Meo – C. Mancina (a cura di), *Bioetica*, Laterza, Roma-Bari 1989, p. 276.

Vi è infine un'ultima pretesa che la medicina deve evitare, se intende tenersi lontana dal rischio della disumanizzazione: la tentazione di fare a meno del corpo. Oggi, il processo che ha condotto la medicina a ritrarsi dalla totalità del soggetto malato per concentrarsi unicamente sul suo corpo, sta registrando un'ulteriore riduzione: il corpo sta passando in secondo piano rispetto all'"oggettività" della sua immagine o rappresentazione tecnica. Retrocede il corpo, avanza il referto. Il ricorso sempre più frequente alle tecniche diagnostiche e l'incremento dell'uso di strumenti rischiano, infatti, di rendere quasi superflua la presenza del corpo, che diventa impersonale luogo di sintomi, mentre andrebbe considerato come testimone espressivo dei vissuti di disagio e di malattia. L'ecografista intento a fissare lo schermo, il radiologo che osserva soltanto la lastra, il dentista concentrato sull'ortopanoramica spesso dimenticano che dietro al referto vi è un corpo più o meno dolente, meritevole di attenzione, che forse può fornire dati altrettanto o più significativi per la diagnosi e la terapia. L'era del virtuale può anche provocare una sorta di *logocentrismo*, per cui si perdono di vista quelle *sensate esperienze* di galileiana memoria – le esperienze condotte attraverso i sensi – che garantiscono il raccordo del ragionamento con la realtà. Anche il sonno dell'esperienza genera mostri: il mostro della *decorporeizzazione*, per cui l'occhio clinico rischia di diventare più esperto dello schermo che del volto del paziente.

Non è il caso di sferrare anacronistici attacchi alla validità dello strumento tecnico¹¹, prezioso alleato di un'esatta diagnosi, ma è certo che per un'autentica umanizzazione della medicina occorre collocare nuovamente il corpo al centro dell'attenzione.

Se l'uomo – e dunque il suo corpo – è una parte di mondo, non bisogna dimenticare che è anche un mondo a parte, da esplorare e da interpretare. L'analisi teorica condotta dalle scienze umane e, in particolare, dall'antropologia filosofica, diventa allora uno strumento indispensabile perché la medicina recuperi la giusta distanza da cui guardare al corpo del malato, cogliendone la complessità dei vissuti e la singolarità delle esigenze. Cosa significa per il soggetto che il corpo è malato, quali mutamenti questa condizione comporta nel suo stare al mondo, sono interrogativi che il medico non può evitare, sapendo che per rispondervi ha bisogno della filosofia.

¹¹ Va detto che, in alcuni casi, la distanza creata dallo strumento è addirittura necessaria per rispettare l'intimità del paziente, come nel caso dello stetoscopio o dei guanti.

3. Oltre le generalizzazioni: comprendere il corpo malato

“La scienza manipola le cose e rinuncia ad abitarle. Essa se ne dà modelli interni e, operando su questi segni o varianti le trasformazioni permesse dalla loro definizione, non si confronta che di quando in quando con il mondo attuale. Essa è, essa è sempre stata, questo pensiero mirabilmente attivo, ingegnoso, disinvolto, questa decisione pregiudiziale di trattare ogni essere come ‘oggetto in generale’, cioè contemporaneamente come se esso non fosse niente per noi e si trovasse tuttavia predestinato ai nostri artifici. (...) Occorre che il pensiero di scienza – pensiero che sorvola, pensiero dell’oggetto in generale – si collochi in un ‘c’è’ preliminare, nel ‘sito’ sul suolo del mondo sensibile e del mondo aperto”¹².

La denuncia del filosofo Merleau-Ponty, sebbene datata, si può applicare perfettamente anche alla medicina attuale, quando cede alla tentazione di trasformarsi in *tecnoscienza* e, rinunciando “ad abitare le cose”, procede per generalizzazioni, lasciando al margine “il mondo sensibile e aperto” del soggetto malato. Oltre alla spiegazione, occorre uno sforzo di comprensione per accedere alla malattia come esperienza biografica di un soggetto personale, che si rivela un autentico universo. Bisogna mettersi in ascolto delle “parole del corpo” che, come osserva il medico e filosofo spagnolo Pedro Laín Entralgo, quando si è sani è come se formassero una silenziosa musica di fondo che ci consente di agire dimenticandoci di avere un corpo. “Il corpo, in un certo senso, parla: le sue parole principali sono “qui” (il mio corpo spazializza la mia esistenza), “adesso” (il mio corpo mi fa vivere la mia temporalità come una successione di stati) e “puoi” (il mio corpo è, come si è visto, ciò che fa sì che io “possa” qualcosa nella mia esistenza reale e il “potere senza disagio” è il cuore fenomenologico e psicologico del benessere della salute)”¹³. La malattia disarticola questo linguaggio e introduce dissonanze nella sua musica di fondo, per cui il corpo diventa improvvisamente un elemento di disturbo. Non si è più “con “ e “nel” corpo ma “di fronte” ad esso. Non più trasparente ma opaco, il corpo si trasforma nel punto di orientamento della nostra attenzione, opponendo una barriera tra il volere e il potere.

È in questo vissuto complesso, o meglio, in questo insieme di vissuti, che consiste quello che Laín Entralgo definisce il *sentimento*

¹² M. Merleau-Ponty, *L'occhio e lo spirito*, Milella, Lecce 1971, pp. 27-29.

¹³ Cfr. P. Laín Entralgo, *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*, Revista de Occidente, Madrid 1964, pp. 275-276. Per un'esposizione più estesa del tema, si veda: M. T. Russo, *La ferita di Chirone. Itinerari di antropologia ed etica in medicina*, Vita e Pensiero, Milano 2006.

generico di malattia. L'esperienza del corpo malato è innanzitutto un generale sentimento di invalidità, dovuto all'incapacità più o meno parziale per eseguire qualcuna delle funzioni o delle azioni proprie della vita quotidiana. Si percepisce la propria impossibilità di fare: di muovere gambe e braccia come si vorrebbe, di modulare la voce, di scrivere, di correre¹⁴. Si tratta di un *non-poter fare* parziale, se si considera che la morte rappresenta il *non-poter fare* totale. Per questo, la medicina greca definiva la malattia anche come *asthénéia* – la latina *infirmitas* – sottolineando l'assenza di energie e di validità. Laín Entralgo osserva che il sentimento psichico che la accompagna è la *diselpidía*, ossia il “non-poter sperare”, l'indebolimento della speranza, che invece caratterizza il normale ritmo dell'esistenza umana.

La malattia si accompagna anche ad una acutizzazione e radicalizzazione del sentimento di *minaccia*, inteso come quella percezione del pericolo di morire che, in certa misura, è comune anche all'uomo sano¹⁵. Nel malato si configura come il timore di un pericolo che non ha sempre un carattere oggettivabile a livello anatomico o fisiologico, ma è il vissuto proprio di una situazione percepita come esistenzialmente pericolosa, spia di una radicale fragilità. Chi è malato sente che la malattia minaccia la possibilità di realizzare i propri progetti e, pertanto, il proprio stare al mondo in senso pieno. Questa situazione, nel caso più estremo, può configurarsi come una “morte biografica”, che, senza essere biologica, frustra il desiderio di vita del malato o il suo desiderio di una vita diversa da quella che la malattia gli consente.

Se è il corpo a consentirmi di e-sistere, ossia di essere *al e nel* mondo, ogni cambiamento nel corpo è simultaneamente un cambiamento nel mondo. *L'assorbimento da parte del corpo*, che si può anche definire *riduzione al corpo*, è una sorta di rivoluzione copernicana del nostro sistema esistenziale. Al centro del sistema non vi è più il mondo, ossia un polo esterno da abitare, da conquistare, da modificare, ma il corpo, come buco nero che assorbe ogni nostra energia e attenzione¹⁶

¹⁴ Così Luca Pulino, 36 anni, descrive il vissuto dell'invalidità legata ad una malattia neurodegenerativa: “È mattina e vi siete appena svegliati. Siete felicemente sdraiati nel vostro letto, ma è ora di alzarvi. Immaginate ora che tutti i vostri muscoli, nonostante i vostri sforzi, rimangano paralizzati. Non riuscite più a muovere le braccia, le mani, i piedi. Provate allora a gridare per chiedere aiuto, ma nel momento in cui lo fate via accorgete che quello che esce dalla vostra bocca è solo un flebile suono gutturale che non ha nulla a che vedere con la parola. Questa è la sclerosi laterale multipla”. Cfr. M. Pandolfi, *Liberi di vivere*, Ares, Milano 2008, p. 13.

¹⁵ P. Laín Entralgo, *La relación médico-enfermo*, p. 275.

¹⁶ Così si esprime Plessner, riferendosi agli effetti del dolore per il corpo malato:

È ancora Laín Entralgo a fornirci un paragone efficace. Il corpo sano affiora alla nostra coscienza “dall’alto”, attraverso la libertà che esso ci consente di provare, allo stesso modo in cui il pavimento di una stanza buia s’illumina grazie al cono di luce di una finestra del soffitto. Nel caso della malattia, invece, la situazione è ben diversa, perché il corpo diventa evidente in se stesso “dal basso”, come conseguenza di un processo in cui si sperimenta una costrizione incomprensibile. “Lo voglia o no, il mio corpo, quando si ammala, mi diventa estraneo, mi chiama a sé con voce insolita e dolente, si solleva contro di me come un personaggio in cerca d’autore. In questo caso, non si tratta del pavimento buio che la luce della mia intenzione illumina poco a poco, ma dell’inaspettata pressione o del vuoto insospettato che un terremoto nel buio esercita dal basso sopra di me. Questo mi costringe a vivere dipendente dalla sensazione del mio corpo. Vivo allora, in definitiva, assorbito dal mio corpo, obbligato a concentrarmi psicologicamente su di esso”¹⁷.

La conseguenza è sia conoscitiva sia pratica. La conoscenza che un sano possiede del proprio corpo è una conoscenza per familiarità: sa di avere un corpo, ma non lo mette a tema né lo scruta, semplicemente conta su di esso. Nella malattia, invece, il corpo diventa uno sconosciuto e più la nostra attenzione si concentra su quest’oggetto, più esso ci diventa estraneo. Lo esemplifica ironicamente la storiella del millepiedi: essendogli stato chiesto cosa facesse la zampa novetocentotrentuno mentre spingeva in avanti la zampa trecentodue, l’animale non riuscì più a muoversi. Il nostro sapere del corpo è anche un sapere attraverso il corpo, che comporta una sorta di fiducia della sua coappartenenza al mondo: lo spazio, come osserva Merleau-Ponty, non è uno spazio oggettivo e neppure il frutto di una rappresentazione, ma “è delineato nella struttura del mio corpo, ne è il correlativo inseparabile”¹⁸. Le dita di un pianista conoscono la tastiera e la dominano senza che sia necessario un atto esplicito di riflessione; così

“Nel dolore si è inermi, rigettati nel proprio corpo in modo tale che non è più possibile trovare una relazione con esso. La zona dolente sembra estremamente estesa e pare sovrapporsi e sostituirsi alle restanti zone. Allora non si è altro che denti, fronte, pancia. Ardendo, perforando, incidendo, pungendo, pulsando, dilaniando, attanagliando o adducendo fibrillazione, il dolore agisce come un’irruzione, un disturbo, un disorientamento, come una forza che si agita in una immensa profondità” (H. Plessner, *Il riso e il pianto. Una ricerca sui limiti del comportamento umano*, Bompiani 2000, p. 203).

¹⁷ P. Laín Entralgo, *La relación médico-enfermo*, p. 276.

¹⁸ Cfr. M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, Bompiani, Milano 2003, p. 197.

avviene per i piedi di chi guida un'automobile o per le dita di una dattilografa¹⁹. Nel malato, la rottura di questa fiducia comporta una progressiva insicurezza e la necessità di un costante controllo delle proprie capacità, il che frena l'azione ed espone maggiormente al rischio dell'errore.

Dal punto di vista pratico, un mondo che il corpo porta verso di noi, consentendoci di abitarlo, è considerato un compito, mentre un corpo da *portare al mondo* rappresenta una fatica esistenziale. Per un nuotatore esperto, l'acqua è mondo e compito, in quanto spazio da abitare e materia da dominare: se però sopraggiunge un crampo, essa si trasforma in luogo ostile dove il corpo diviene un ostacolo che si aggiunge all'altro ostacolo costituito dall'acqua.

Lo spazio del corpo è sempre uno spazio intenzionale: non soltanto ci percepiamo all'interno del mondo, ma ci muoviamo verso di esso e lo organizziamo in base ai nostri progetti. Tutti gli oggetti, pertanto, che troviamo nel mondo sono altrettanti inviti a compiere azioni corporee. Ad esempio, una penna ci si presenta come "uno strumento per scrivere" o come "un qualcosa che va riposto in un cassetto della scrivania", ugualmente una scala, una sedia, ecc. Il mondo è sempre compreso nei termini della sua abitabilità, ossia sempre riportato alla nostra intenzione di agire, che è inseparabile dalla possibilità di modificarlo: nell'azione di allungare la mano verso una tazza vi è l'intenzione di portarla alle labbra per bere. Lo spazio fisico è sempre per il corpo uno spazio orientato e funzionale ai progetti che si intende realizzare. Le nostre posizioni nello spazio non costituiscono semplici collocazioni oggettive, ma sono espressioni dei nostri obiettivi e delle nostre intenzioni. Ad esempio, un corridoio stretto attraverso cui si deve passare rappresenta una sorta di "potenzialità limitata" per il nostro corpo, che richiede una modifica delle proprie azioni e un adeguamento dei movimenti.

La filosofa statunitense S. Kay Toombs, da venticinque anni malata di sclerosi multipla, aggiunge elementi preziosi, in quanto ricavati dalla sua stessa esperienza, a quest'analisi fenomenologica del corpo malato. Per la Toombs la condizione ontologica del malato si manifesta in quattro fondamentali esperienze corporee: la perdita di integrità, la perdita di certezza, la perdita della libertà di agire, la perdita del mondo familiare²⁰.

¹⁹ Cfr. *Ibidem*.

²⁰ Cfr. S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*, Kluwer, Dordrecht 1992, p. 90.

A proposito di quest'ultima, ella osserva che la malattia, soprattutto se causa alterazioni motorie, modifica profondamente l'esperienza dello spazio, cosicché, ad esempio, il corpo è ancorato alla dimensione del "qui" e muta la percezione di alto/basso o vicino/lontano²¹. La risposta alla domanda "è vicino?" dipende in gran parte dalle difficoltà che si frappongono tra il qui e il là. La domanda se in un tragitto vi siano scale o salite può risultare di scarsa importanza per il sano e ricevere da questi una risposta imprecisa e poco affidabile. La Toombs racconta quanto accaduto ad un ciclista il quale, avendo chiesto ad un automobilista di descrivergli lo stato del terreno di un certo percorso, aveva ricevuto l'assicurazione che fosse privo di salite. Ma il ciclista, inforcata la bici, aveva avuto modo di scoprire tutte le pendenze che l'automobilista aveva totalmente ignorato.

La filosofa, sulla base della sua esperienza di malata, analizza anche le conseguenze della destrutturazione del rapporto corpo/mondo per quanto riguarda il mondo come luogo intenzionale²².

Tutti gli oggetti che ci circondano e che sono utilizzati distrattamente diventano dei problemi aperti per il corpo disabile. Per chi ha un tremore, una tazza di brodo non è semplicemente "qualcosa da sorbire", ma è un problema da risolvere. Come portare il cucchiaino pieno di liquido alle labbra, senza versare tutto? Una porta girevole per chi ha problemi di andatura non è un "congegno che va aperto", ma "un ostacolo con cui negoziare con attenzione" se si è in sedia a rotelle o si cammina con le stampelle. "Le cose ordinarie – osserva la pensatrice – assumono una qualità maledettamente resistente"²³. E ancora: "indossare una calzamaglia su delle gambe inerti richiede delle complicatissime contorsioni e un'eccezionale pazienza!"²⁴.

Man mano che la funzionalità del corpo cambia, occorre sviluppare modalità alternative di interagire con gli oggetti, che sembra pongano delle sfide. Da questo punto di vista, esiste una radicale differenza tra chi non ha mai posseduto certe abilità e chi le ha progressivamente perdute, perché quest'ultimo cerca continuamente nuove modalità di rapportarsi al mondo. Buona parte dell'incertezza sperimentata nelle malattie neurodegenerative si collega al fatto che si debba imparare costantemente a come negoziare con il mondo circostante su basi

²¹ S. Kay Toombs, *Reflections on bodily change: the lived experience of disability*, in S. Kay Toombs (ed.), *Handbook of Phenomenology and Medicine*, Kluwer, Dordrecht 2001, p. 248.

²² *Ivi*, p. 250.

²³ *Ibidem*.

²⁴ *Ivi*, p. 251.

sempre mutevoli e senza alcuna garanzia che le soluzioni escogitate possano essere valide anche per il futuro²⁵.

Ogni azione diventa pertanto un forzare la resistenza del mondo, il che richiede non solo abilità fisica, ma un costante esercizio della volontà. Nel momento in cui si richiede uno sforzo continuo per compiere le operazioni più quotidiane e banali, come scendere dal letto, vestirsi, farsi la doccia, può insinuarsi un forte impulso a smettere di fare quanto è richiesto, ritirandosi in buon ordine. È la tentazione sempre più frequente di tagliare i legami con il mondo.

Il cambiamento dello spazio interessa anche gli oggetti che lo compongono, i quali assumono un diverso significato. Osserva la Toombs: “La libreria fuori della mia stanza da letto prima era considerata dal mio corpo ‘un deposito di libri’; poi ‘qualcosa a cui aggrapparsi per reggersi nel tragitto verso la stanza da bagno’; adesso ‘un ostacolo da aggirare con la mia sedia a rotelle’²⁶. Lo spazio si modifica anche perché l’impossibilità dell’esercizio di una funzione richiede una riorganizzazione e una riduzione degli oggetti: rimuovere un tavolo, eliminare un mobile, ecc. Questa re-interpretazione dello spazio ha una sua rilevanza per il nostro essere al mondo, giacché noi abbiamo una sorta di risonanza affettiva con lo spazio, instaurando con le cose anche un rapporto di tipo sentimentale e non solo utilitario. Non si altera soltanto l’estetica di quel luogo della casa, ma anche il “sentimento” (*feeling*) della casa e si produce un cambiamento permanente nel proprio modo di essere-nel-mondo, che è sempre più determinato dai limiti del corpo piuttosto che dalle sue potenzialità.

La stessa rottura si sperimenta nella percezione del tempo. Le esigenze di un corpo malato costringono a restare ancorati al presente, perché comportano un’attenzione sproporzionata al qui e adesso. I compiti ordinari richiedono molta più attenzione che per un sano: alzarsi da una sedia, allacciarsi una scarpa, uscire dalla doccia esigono concentrazione e tempo. Pertanto, il malato appare spesso come “fuori tempo”, non sincronizzato con il tempo dei sani²⁷. A ciò va aggiunto il ritmo delle terapie, che sconvolgono l’ordine quotidiano delle proprie occupazioni e che producono forzatamente una “vita da malato”. L’oncologa Sylvie Ménard, nella realistica autobiografia in cui racconta la propria vicenda di malata di cancro, nota ironicamente di aver compreso sulla propria pelle perché un malato viene

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ *Ivi*, p. 254.

²⁷ Cfr. *Ivi*, p. 258.

chiamato “paziente”: “quando mi ammalo devo anzitutto armarmi di grande *pazienza*. Infatti, durante tutto il mio percorso diagnostico e terapeutico aspetto, aspetto e aspetto ancora. Aspetto per prendere un appuntamento, aspetto per prenotare un esame, aspetto per eseguire l’esame, aspetto per fare la visita, aspetto per ottenere il risultato dell’esame”²⁸. Attese il più delle volte condivise con altri malati, dove gli sguardi sui corpi si posano con reciproca ansietà, notando i segni della malattia più o meno avanzata: “in quel campione rappresentativo ritrovo tutta la storia del mio tumore, passata, presente e futura [...] come sarò io fra pochi mesi?”²⁹.

Anche il futuro assume una fisionomia ben diversa, perché l’incertezza dei tempi e della modalità di guarigione può impedire di formulare progetti o, al contrario, può indurre a gettarsi a capofitto nell’azione, nel timore che venga a mancare il tempo o le energie per realizzare quanto si è progettato.

D’altra parte, se nell’essere umano la dimensione corporea è inseparabile da un “io” soggettivo, che non si riduce al solo corpo, è pur vero che ciascuno può assumere, integrandoli nell’autocoscienza e nell’autodominio, tutti i dinamismi corporei. La malattia, pertanto, non è solo coazione o alienazione, ma è anche un compito, un interrogativo posto alla libertà, una chiamata a prendere posizione con nuove e ancora feconde decisioni³⁰. Tutti i vissuti sinora descritti possono, per assurdo, da limiti trasformarsi in risorse, per quanto non necessariamente e non sempre facilmente. Lo fa notare la stessa Ménard, a proposito del tempo, osservando come la malattia sia stata rivelativa di alcuni errori della sua vita “di sana”, come “la corsa forsennata che conduco da anni e anni nella vita e nel lavoro, senza fermarmi mai un istante a riflettere sul perché e il per come di tanta fretta. Per non pensare ho sempre una scusa pronta: non ho tempo. Adesso che sono costretta a fare il punto, mi rendo conto che qualche volta bisogna fermarsi. Arrivo a ringraziare questo tumore perché mi obbliga a rivedere l’impostazione della mia vita, a prendermi delle pause e a riflettere su chi sono, dove sono e dove sto andando”³¹.

²⁸ S. Ménard, *Si può curare. La mia storia di oncologa malata di cancro*, Mondadori, Milano 2009, p. 125.

²⁹ *Ivi*, p. 126.

³⁰ Da questo punto di vista, l’analisi della Toombs, attingendo anche all’approccio nichilistico di Sartre, non illumina sufficientemente la questione della possibilità di assumere la malattia come appello alla libertà. Si vedano i rilievi di M. Chiodi, *L’enigma della sofferenza e la testimonianza della cura*, pp. 139-143.

³¹ S. Ménard, *Si può curare*, p. 128.

4. *Habeas corpus: il diritto al corpo e i doveri del medico*

Recuperare la centralità del corpo del malato nella pratica medica potrebbe tradursi in una sorta di *Habeas Corpus*, una dichiarazione esplicita di riconoscimento nei confronti di un insieme di esigenze quasi qualificabili come diritti del malato. Potremmo esemplificarli così: il diritto ad essere guardati e toccati, il diritto alla singolarità del dolore, il diritto al pudore.

Il *diritto ad essere toccati* ci svela una verità antropologica: la necessità che ogni essere umano ha di protezione e di conferma della propria identità, di cui il corpo è dimensione essenziale. La competenza *prassica* o manuale è infatti parte integrante della preparazione del personale sanitario. Non dimentichiamo che alle origini della medicina troviamo la figura mitologica del centauro Chirone il quale, figlio di Saturno e di Fillira, aveva appreso da Diana l'arte della medicina trasmettendola poi ad Esculapio. L'etimologia di Chirone, che deriva dal greco *keirós*, *mano*, ci induce a pensare che il nome dovesse anche significare il *dio dalla mano esperta*, dalla mano abile a calmare il dolore, il dio che, per curare, ha *buona mano*³².

Rispetto alla formazione medica, quella del nursing è tradizionalmente più centrata sul corpo e più orientata allo sviluppo dei sensi come il tatto. Ma anche nel tirocinio del medico la formazione manuale ha avuto e continua ad avere un'importanza fondamentale. Percussione, palpazione, manovra manuale, sono sempre state azioni fondamentali per una buona diagnosi, dove "il segreto della mano destra è il fatto che agisca con intelligenza, ossia 'rendendosi conto della realtà' con cui ha a che fare"³³. L'*aptocentrismo* invita a riscoprire il legame tra mano e testa, poiché, come è stato osservato, il tatto ha carattere "proattivo" e non soltanto reattivo, vale a dire che, anche senza intenzionalità cosciente, consente un'esplorazione fornendo informazioni importanti che danno a pensare³⁴.

Tuttavia non è solo dal punto di vista conoscitivo che il tatto è importante, tanto che al tocco *gnostico* la letteratura affianca anche il tocco *pativo*: il contatto che accoglie e rassicura, producendo quasi un'efficacia terapeutica³⁵. Laín Entralgo attribuisce all'esplorazione

³² Cfr. J. Rof Carballo, *Medicina y actividad creadora*, Revista de Occidente, Madrid 1964, p. 197.

³³ Rof Carballo, *Medicina y actividad creadora*, p. 211.

³⁴ Cfr. R. Sennett, *L'uomo artigiano*, Feltrinelli, Milano 2008, p. 150.

³⁵ Cfr. P. Routasalo – A. Isola, *The right to touch and be touched*, in "Nursing Ethics" (1996) Jun;3 (2):165-76.

tattile e alla palpazione compiuta dal medico non soltanto un significato oggettivante, ma anche un significato interpersonale³⁶. Ma cosa distingue il tocco invadente, recepito come un'intrusione, perché espressione di un'ingiustificata confidenza, dal tocco confortante che invece esprime prossimità? Quest'ultimo è un gesto di riconoscimento, con il quale ci si accosta al corpo del malato come ad un organismo in cui si fa tangibile una persona. Proprio per questo, il correlativo "sentimento di essere toccato" da parte del malato non è un semplice processo neurofisiologico, ma si configura come una vera esperienza umana. In esso confluiscono diversi vissuti: innanzitutto, un vissuto di autoaffermazione, per cui "si sperimenta in modo esplicito e intenso la realtà della propria persona"³⁷; un vissuto di rilassamento, che rappresenta, grazie al fatto che si sciolgono le difese muscolari, un segno di maggiore apertura al mondo; infine, un vissuto di sollievo e di compagnia. Non a caso, secondo il precetto ippocratico, l'*euritmía* delle mani deve caratterizzare il chirurgo³⁸. Laín Entralgo la estende a qualsiasi esplorazione medica, come combinazione di tre abilità: la *eucinesía*, o destrezza nel movimento delle mani, di carattere neuromuscolare; la *eúnoia*, di carattere intellettuale, che consiste in quella manualità del chirurgo, che è frutto della competenza scientifica; infine, la *eubulía*, di carattere morale, che consiste nella buona volontà di chi intende procurare il bene dell'altro.

Il diritto alla singolarità del dolore comporta il riconoscimento che il dolore del malato non è la semplice risposta neurofisiologica ad uno stimolo, ma un'esperienza somatopsichica in cui intervengono fattori biologici, relazionali, spirituali, affettivi, culturali non separabili tra loro. Da qui l'assoluta singolarità e originalità di quest'esperienza soggettiva, che risulta spesso indicibile, ossia difficile da descrivere e da articolare con parole. Vanno evitate, pertanto, le generalizzazioni che tendono a considerare prevedibile il livello del dolore e la sua soglia di percezione e di tolleranza. Osserva la Ménard: "Il paziente che si lamenta perché ha male non va deriso: nessuno può sentire quello che sente lui, né siamo in grado di misurare in maniera oggettiva il dolore individuale... Occorre che i medici riconoscano, con un po' di umiltà e di compassione, che il dolore che sente il paziente non è necessariamente quello che loro prevedono"³⁹

³⁶ Cfr. Laín Entralgo, *La relación médico-enfermo*, p. 341.

³⁷ *Ivi*, pp. 342-343.

³⁸ Cfr. Ippocrate, *De decenti habitu*, L. IX, 236.

³⁹ S. Ménard, *Si può curare*, p. 67.

Infine, affermare il diritto al pudore del malato significa riconoscerlo nella sua corporeità espressiva e personale, mentre una sbrigativa noncuranza lo ridurrebbe ad oggetto da scrutare con semplice curiosità scientifica o con fredda perizia tecnica. Il pudore rivela il valore della persona e il carattere inviolabile della sua intimità, espressa nel corpo. Chi rispetta il pudore del malato si mostra consapevole del carattere simbolico del corpo, che è portatore di significati che lo trascendono e rimandano ad un io personale⁴⁰. È ancora la Ménard a riportarci un'esperienza autobiografica – purtroppo negativa – in proposito: “Una gentile infermiera mi fa accomodare nello spogliatoio, dal quale devo uscire con addosso soltanto il camicino dell'ospedale e le mutande. Il camicino potrebbe coprimi in maniera decorosa fino alle ginocchia se si potessero chiudere i lacci dietro alla schiena, ma al mio ne mancano diversi. Così esco dallo spogliatoio non proprio vestita e attraverso un intero reparto in mutande, in mezzo a pazienti, parenti di pazienti, colleghi e amici”⁴¹.

In sintesi, i tre *diritti* fin qui enunciati sono tutti compresi nella categoria di dignità e di inviolabilità della persona umana. Essi rimandano ad altrettanti doveri per il personale sanitario, che non vanno però a sommarsi agli altri precetti deontologici, aumentando il numero e il peso degli obblighi da espletare. Fanno parte piuttosto di uno stile di lavoro dove il rispetto e l'accoglienza del malato in quanto persona è da considerarsi parte integrante di un concetto più ampio di professionalità.

⁴⁰ Cfr. M. Scheler, *Pudore e sentimento del pudore*, Guida, Napoli 1979, p. 103.

⁴¹ *Ivi*, p. 80.

PAOLO CATTORINI

L'organo o la persona?
Questioni di bioetica clinica

“Abbiamo sempre saputo che occuparsi con noncuranza del solo tornaconto personale era sbagliato da un punto di vista etico” disse Franklin Delano Roosevelt nel 1937. “Adesso però sappiamo anche che è svantaggioso per l'economia”. Qualcosa di simile si può dire oggi per la *deriva tecnicistica* in medicina. Si badi bene, non parliamo del potenziamento tecnologico, né dei progressi scientifici, né delle acquisizioni superspecialistiche (tutte cose in sè lodevoli), ma di quell'*attitudine professionale* in forza della quale il sanitario si pensa come un mero tecnico e considera proprio fine l'intervento sulla parte, sul tessuto, l'organo o l'apparato. Il suo compito – questo sarebbe il patto che egli immagina d'aver siglato con la società – è aggiustare circuiti, disostruire tubi, sostituire ingranaggi difettosi. Per farlo, occorre un utente che gliene dia il permesso (il cosiddetto consenso informato). Un utente ovviamente libero, informato, competente, pagante (lui o qualche assicurazione o ente per lui).

Questo ideale di perizia tecnica relega nell'insignificanza la *componente etico-umanistica* della formazione: l'obiettivo da raggiungere sarebbe noto a priori della comunicazione col malato ed i mezzi per ottenerlo sarebbero propriamente conosciuti dal solo specialista. Etica, psicologia, abilità narrativa sarebbero un sovrappiù, un ornamento d'etichetta, un maquillage, che eventualmente qualche zelante professionista potrebbe coltivare nelle ore libere, ascoltando buona musica o sfogliando edificanti letture. O peggio ancora delegando i problemi “umani” a qualcun altro (un esproprio che purtroppo trova eccitate connivenze e collusioni), ad esempio al comitato d'etica, al counsellor psicologico o all'assistente spirituale.

Basterebbe esaminare quale itinerario di formazione permanente sia realizzato da certe aziende ospedaliere, da certi ordini dei medici o da certe specializzazioni universitarie, per rendersi conto che il pregiudizio tecnicistico è arrivato al punto tale da delineare una nuo-

va professione, per l'esattezza un nuovo mestiere: lo *iatrotecnico*, il medico dell'organo appunto, il quale non si pone questioni di senso. Lo iatrotecnico fa in modo brillante, addestrato e poco alla volta automatico ciò che è richiesto dalla *restitutio ad integrum* della parte anatomica, dal riequilibrio idroelettrolitico o dalla rimozione dell'articolazione bloccata. Niente di più, niente di meno: delle ricadute sulla vita personale, delle opzioni morali, dei dilemmi di valore, questo nuovo tecnico dichiara con spocchia che non sono affar suo (e che di conseguenza deontologia ed etica sarebbero gli inutili scrupoli su cui agitano gran chiasso i filosofi, gente che – come si sa – ha ben poco da fare). Egli dedica il suo tempo a cose più delimitate ed oggettive e non può sfiarsi moralmente né impegnare il suo scarso tempo in finalità tanto ambiziose e improbabili, come quelle di entrare nel mondo del malato, immaginare assieme a lui la prosecuzione della sua vita, del film della sua vita¹, potremmo dire, aiutarlo a discernere che cosa egli realmente desideri, stilare “a due mani” una serie di priorità valoriali, in nome delle quali assumere di conseguenza le opportune decisioni cliniche.

Occuparsi dell'organo, e dimenticare la persona; affrontare la patologia e fuggire dalla clinica, ossia dalla cura del sofferente, nella sua originale storicità; modificare il corpo che *abbiamo* (per riprendere una nota distinzione fenomenologica) prescindendo dai vissuti, dalle passioni, dalle vibrazioni corporee, in cui il corpo ci rivela ciò che noi *siamo*; addestrarsi sul *come* agire (sul che cosa fare) rimuovendo il *perché*, il senso di tale azione, tutto questo ideale tecnicistico risulta però non solo impraticabile, come potrebbe notare chiunque avesse una minima esperienza sanitaria, ma – come ammoniva Roosevelt – rovina la stessa impresa medica, la degrada, la espone a fraintendimenti, la getta in impasse e in qui pro quo clamorosi. L'*organo*, cercato ad ogni costo da un tecnico che non vuol vedere altro, paradossalmente si *allontana*, invece che avvicinarsi all'attenzione di chi dovrebbe riplasmarlo. Non si sa più di chi sia quell'organo e dunque non si sa che cosa fare, allorché lo si scopra malato.

Si ricorderà uno dei personaggi di Nietzsche, “l'uomo della sanguisuga” (su cui Deleuze ha scritto pagine illuminanti), il quale intende conoscere tutto del piccolissimo cervello della sanguisuga, poiché vi ha concentrato la propria attenzione scientifico-cognitiva in forma esclusiva (eliminando interferenze religiose e morali), ma questa ossessione comporta che egli

¹ P. Cattorini, *Bioetica e cinema. Racconti di malattia e dilemmi morali*, Milano, FrancoAngeli, 2° ed. 2006.

offra il braccio all'anellide e gli sacrifici la vita, poiché la sanguisuga è la conoscenza stessa, l'idolo di una ricerca esatta, un idolo venerato non diversamente da come il fanatico religioso idolatra il suo totem.

Come decidere ed agire nell'*interesse del malato* se non si attua una fusione di orizzonti (il termine viene naturalmente dalla riflessione ermeneutica) con lui? Come discernere la proporzionalità dell'intervento tecnico su di un organo, se non si iscrive, pondera e valuta il senso di tale intervento entro la situazione umana, il contesto biografico, l'architettura etica del sofferente? Mancando i criteri per scegliere se e come agire per il maggior bene di qualcuno, di un *chi* (Ricoeur e la Arendt hanno detto in proposito cose eccellenti), si rischia di commettere errori nell'intervenire sulla parte, sul *che cosa*.

Se si analizzasse meglio la radice del cosiddetto *clinical risk*, si diagnosticherebbe una miopia, una dimenticanza, una goffaggine di ordine generalmente culturale (che la semplice ottica organizzativa, psicologica o manageriale non può cogliere). D'altro canto Lacan aveva fatto notare che dietro un atto mancato (e sovente l'errore clinico è un atto mancato) c'è un discorso riuscito. E tale discorso dice questo: non si sa che cosa si deve fare (e quindi lo si fa male, ambigualmente, imprecisamente), se non si dimora nell'*alleanza* con il malato, se non si intercettano le sue attese e condividono i simboli delle sue speranze di liberazione, se non ci si promette reciprocamente (sanitario e paziente) un impegno personale, che è ben più di una mera performance tecnica. L'etica e la narrazione sono infatti nel cuore della clinica e chi non le coltiva produce una pessima *clinical practice* anche se sa usare con maestria il bisturi, guardare con acuzie al microscopio, far distendere l'analizzato sul lettino o tenere sotto controllo gli spasmi vascolari.

La medicalizzazione della vita, nella versione tecnicistica che stiamo contestando, è alimentata da molte forze e quindi esige un globale *ripensamento sociale ed economico*, accanto alla mera critica intellettuale. Le pressioni del mercato inducono domande di riplasmazione corporea anche laddove non è diagnosticabile una patologia vera e propria: noi abbiamo rilevato in particolare il contraddittorio impiego della chirurgia per finalità estetiche o rituali². Un cattivo aziendalismo scambia l'efficacia complessiva dei servizi sanitari con il raggiungimento di *end points* del tutto parziali, con semplici auste-

² P. Cattorini, "Un'altra faccia, per favore", *Rivista per le Medical Humanities*, 2008, 7, 27- 31; Id. "La medicina dei desideri. Un'analisi etica", *Fenomenologia e Società*, n.2, 2008, 112-128.

rizzazioni di budget oppure con rilevazioni di *customer satisfaction*, alcune delle quali sono poco convincenti in un'esperienza complessa come quella della cura³. L'imperativo tecnologico giustifica varie forme di accanimento (di quello neonatologico ci siamo occupati con più precisione⁴), imponendo di aggiustare il meccanismo difettoso, senza confrontare questo beneficio con i disagi, i rischi, le sofferenze, le esigenze di reinterventi, il decadimento qualitativo della vita del malato. La presunzione di un controllo biomedico del corpo, esibita da certi settori dell'impresa terapeutica, espropria il profano delle risorse tradizionalmente dedicate alla cura di sé, svaluta l'impegno civile di modificare sul piano sociale i fattori eziopatogenetici e lo invita a delegare al potere medico la gestione di delicate fasi transizionali (il nascere, l'ammalarsi cronicamente, il morire), istituzionalizzando queste ultime e imponendo un'ottica esotericamente tecnologica a scapito dell'elaborazione personale e collettiva di eventi squisitamente esistenziali:

“la donna ipermedicalizzata è sospinta, tanto nella gestazione spontanea quanto in quella tecnicamente indotta, ad assumere una posizione passiva, di oggetto del giudizio, dell'intervento e dell'ideologia medica”⁵.

Quando poi il mito ipermedicale e quello analgesico crollano per l'evidenza dei limiti dell'intervento tecnico, per l'emergere doloroso della finitezza corporea e per l'inguaribilità (che non significa incurabilità) delle patologie con cui l'uomo contemporaneo deve convivere, è comprensibile – come Ivan Illich aveva mostrato sin dai tempi di *Nemesi medica* – che si scatenino vissuti di frustrazione, rabbia, risentimento. Una cattiva comunicazione, un ideale megalomaniaco, una pericolosa ostinazione ad occuparsi del solo “organo”, inducono una delusione feroce e fomentano una ricerca del colpevole, ben documentata dalla crescita del *contenzioso* medico-legale. Il circolo vizioso si alimenta in forme esplosive: attese di liberazione personale vengono derubricate a domande mediche ed ascritte ai riti di una religione secolare; la parziale sicurezza guadagnata dal profano gonfia

³ P. Cattorini, “Customer satisfaction e qualità dell'assistenza”, *Qualità Equità. Rivista del welfare futuro*, n.26/27, a. 2002, 91-95.

⁴ P. Cattorini, “La dimensione etica nelle terapie intensive”, in AA.VV., a cura di, *Interventi al limite. Bioetica delle terapie intensive neonatali*, Milano, FrancoAngeli, 2007, 41-46.

⁵ S. Vegetti Finzi, “Biotecnologie e nuovi scenari familiari”, *Bioetica*, 1994, n.1, p.71. Il rimando è a F. Pizzini, a cura di, *Asimmetrie comunicative. Differenze di genere nell'interazione medico-paziente*, Milano, FrancoAngeli, 1990.

irrazionalmente il suo investimento emotivo in presunti semidei della cura e nel contempo l'infantilizzazione dell'utente ostacola la preparazione morale al senso del limite, dell'insuccesso, della mortalità.

L'*etica* non ha tuttavia alcuna ragione per assolversi da questo cortocircuito nefasto, dato che i moralisti hanno spesso abdicato al compito di indagare e denunciare le contraddizioni del pensiero e si sono trasformati, come nottole che si alzano di sera (nella bella immagine hegeliana), in fiancheggiatori sospetti, abili nel fornire una razionalizzazione, se non un alibi di comodo, ai luoghi comuni che certe agenzie culturali sbandierano acriticamente. Nella *bioetica* in particolare, l'ampia diffusione di moduli argomentativi di tipo razionalistico ha parassitato ed anemizzato tradizioni morali estremamente feconde ed ha oscurato la *rilevanza di affetti e narrazioni* nella comprensione del bene, nell'immaginare cioè un'idea di vita buona e nell'individuare poi l'azione giusta che esigerebbe di essere posta in una data situazione⁶.

Qualche esempio⁷. Alcuni di coloro che hanno condannato la decisione di Welby di interrompere la ventilazione artificiale, lo hanno fatto muovendo dalla presunzione di fornire a priori una definizione biomedica oggettiva di che sia un *trattamento accanito*. Convenendo su una definizione – s'è detto – tutti i casi simili a quello di Welby potrebbero essere risolti per semplice deduzione: se è accanimento si possono interrompere le cure, se non lo è, le terapie andrebbero continuate ad oltranza. Ma tale definizione è "scientificamente impossibile", poiché, per qualificare che cosa sia utile o invece futile concorrono sia fattori biologici, sia fattori personali, i quali esigono la comunicazione col malato e la valorizzazione di che cosa egli ritenga benefico o disturbante, liberatorio o torturante.

È pertanto una pura illusione affidare a *solì tecnici* la risoluzione di problemi etici. Ed è sorprendente che siano studiosi di etica a legittimare questo esproprio. Evidentemente un pregiudizio vitalistico (secondo cui la vita andrebbe prolungata ad ogni costo) o l'illusione di produrre una casistica impersonale (che qualifichi come buono o cattivo un certo atto, descritto esteriormente, ritagliato arbitrariamente dalla trama biografica che lo precede e segue, amputato dalle in-

⁶ In merito alla nostra proposta di una correzione emeneutico-narrativa si veda: *Un buon racconto. Etica, teologia, narrazione*, Bologna, Ed. Dehoniane, 2007; *Bioetica clinica e consulenza filosofica*, Milano, Apogeo, 2008.

⁷ Riprendiamo di seguito, senza virgolettarli, alcuni passaggi dei nostri articoli: "Welby, l'etica e Dio", *Rivista per le Medical Humanities*, 2007, n.2, 15-17; (Editoriale) "La professione medica oggi. Dilemmi etici", *Riv. Ital. Med. Leg.*, 2008, n.6, 1205-1225.

tenzioni, dai vissuti, dalle emozioni, che attraversano l'agente morale) hanno avuto la meglio sulla *finesse* che dovrebbe caratterizzare, sin dagli ammonimenti di Aristotele, l'originalità della valutazione pratica. Per intendere il senso di un'azione, occorre infatti comprendere il *significato umano* della vicenda, in cui tale azione si iscrive. In caso contrario si produce un misfatto analogo a quello che abbiamo denunciato per la medicina tecnicistica: si scambia l'organo per la persona, la parte per il tutto, l'azione per il dramma complessivo, in cui tale azione si cala.

Noi identifichiamo l'accanimento terapeutico con l'ostinata rincorsa verso risultati biomedici parziali (come il ripristino della funzione respiratoria o lo stesso prolungamento della vita) a scapito del bene complessivo della persona malata⁸. E dato che le persone malate (pur avendo magari la stessa patologia) hanno stili di vita, *preferenze e valori diversi*, esse hanno il diritto di esprimere l'ultima parola circa la congruità delle cure, una volta che abbiano potuto comunicare opportunamente con i sanitari e i propri cari, siano state messe in condizione di fruire di tutte le terapie potenzialmente utili, ed una volta che la società abbia mostrato nei loro confronti una disponibilità assistenziale generosa, tecnicamente sofisticata ed umanamente sensibile.

Aiutare qualcuno *nel morire*, rinunciando ad interventi sproporzionati e consentendo al processo patologico di aggravarsi (poiché le alternative di cura offrono ormai più svantaggi che vantaggi), non significa affatto *aiutarlo a morire* nel senso di *dargli* colpevolmente *morte*. Contribuire all'anticipazione della morte, di per sé, non è infatti eutanasia. L'eutanasia, per come la condanna ad esempio la tradizione cattolica, è un tipo di *suicidio* assistito, il quale è condannato non semplicemente per le sue conseguenze (l'anticipo della scadenza mortale), ma per il suo *significato*: disposizione arbitraria della vita, smodato amore di sé, mancanza ai doveri di solidarietà sociale, pavidità nello sperare in alternative biografiche cariche di senso. Come si vede, l'intenzione del soggetto, i suoi desideri, la collocazione del gesto entro una storia, sono elementi essenziali per intendere la qualità morale di un'azione.

L'etica *razionalistica* svaluta invece queste componenti: le basta un precetto, che presume assoluto, da calare sillogisticamente su un'azione descritta dall'esterno ed astratta dal suo contesto. Ma chi ragiona così, dimentica che "descrivere" non è mai un'operazione oggettiva,

⁸ La definizione è ripresa dal ns. volume *Bioetica. Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*, 3° ed. agg. e ampl., Milano, Elsevier-Masson, 2006.

poiché implica sempre “narrare”, il che a sua volta implica “interpretare”, ossia adottare una posizione “soggettiva” da cui le cose si comprendono e raccontano. Il racconto è il primo laboratorio del giudizio morale, come ha scritto Ricoeur.

Alcuni malati, in fase terminale, pure tormentati da sofferenze, continuano ad *amare la vita* (dunque non la rifiutano tout court in un’ottica suicida) e proprio in nome di questo amore desiderano che essa si concluda nel modo più degno e carico di senso. Chiedono cioè di poter chiudere l’esistenza senza patire sintomi devastanti e desiderano essere liberati da un’apparecchiatura medica invasiva che a loro giudizio, pur avendo ancora un’efficacia a livello dell’*organo*, sta ormai procurando alla *persona* più pesi che benefici in termini fisici e psichici (ad esempio insonnia, nausea, dolore, senso di angoscia, vissuti di prigionia e deanimazione). Fra gli scenari del morire che la tecnologia biomedica mette a disposizione, tali pazienti optano così per quello che ritengono più congruo rispetto alla loro esistenza, quello in cui la sopravvivenza (la vita fisica come *valore fondamentale* – secondo un vecchio termine della tradizione cristiana) possa venire ancora giocata per una causa *suprema*, questa sì di *valore assoluto*: il servizio di Dio e dei fratelli. È la persona e non la vita intesa biologicamente, l’esistenza credente e non l’organo funzionante, ciò che fa la differenza.

Rinunciare al folle imperativo tecnologico (risistemare ogni organo avariato e prolungare ogni vita ad ogni costo, attuando tutte le procedure tecniche a disposizione) significa optare per una variante biografica del morire magari più breve, ma più *bella*. Usiamo questa aggettivazione consapevolmente, dato che criteri valutativi estetici si intrecciano inevitabilmente con quelli etici, così come quando un regista immagina il finale più convincente per il film che sta realizzando. Anche Dworkin e MacIntyre hanno parzialmente colto questo punto, che noi trascriveremmo così: la valutazione etica è, per molti aspetti un *esercizio narrativo*, dato che l’agente morale cerca in un’azione degna e felice il punto di congiunzione fra l’unità narrativa della sua vita e l’idea di vita buona, il “racconto dell’origine”, che lo attrae per la sua bellezza.

Fraintendimento simile a quelli precedenti si è introdotto nella discussione sul caso Englaro (e purtroppo anche nella redazione dei disegni di legge relativi alle dichiarazioni anticipate) quando si è preteso di applicare un’univoca definizione e conseguentemente un’inflexibile valutazione etica in merito alla *nutrizione-idratazione artificiale*.

Anche in questo caso, la rappresentazione del dibattito nei termini di un'opposizione fra un'etica della sacralità ed un'etica della qualità della vita, tra un'etica religiosa ed una areligiosa o antireligiosa, tra *un'etica cattolica* ed una *laica*, mostra tutte le sue crepe teoriche, le sue semplificazioni caricaturali ed ingabbia in una forzata dicotomia un ventaglio molto più articolato di posizioni⁹. L'assolutizzazione di una sola delle componenti dell'esperienza morale (la norma oppure il desiderio, il valore della vita o della libertà, la dignità o invece l'autonomia) perde la complessità dell'esistere ed impoverisce tanto le posizioni religiose quanto quelle laiche. Per certi aspetti, le debolezze delle ipotesi, che si presentano come avversarie, hanno una matrice comune, sono il doppio lato di una medesima medaglia. Falsa, per l'appunto.

Analizziamo dunque criticamente la tesi, secondo cui somministrare "cibo e acqua", per vie naturali o artificiali, anche al soggetto in *stato vegetativo* permanente, sia sempre moralmente obbligatorio, a meno ovviamente che tali alimenti non possano essere assimilati o che la somministrazione causi rilevante disagio fisico. Questa somministrazione, si precisa, sarebbe un mezzo ordinario e proporzionato di conservazione della vita, poiché raggiungerebbe lo scopo di idratare e nutrire il paziente, evitando la morte dovuta a inanizione o disidratazione.

Ciò che colpisce in queste affermazioni è l'evasione dal compito di *interpretare il significato* di un determinato gesto. Evasione che in realtà implica surrettiziamente l'assunzione di un altro significato, di un'altra implicita cifra interpretativa. Il che è inevitabile, dato che il nostro linguaggio si nutre di simboli, letti alla luce dei racconti in cui crediamo. Ma per paura che questa ammissione si esponga ad un conflitto di interpretazioni e che quest'ultimo degeneri in un vago relativismo, si presenta il modulo argomentativo suddetto come apoditticamente algebrico, come un'incontrovertibile evidenza che il puro intelletto universale sarebbe in grado di cogliere.

La certezza di questa apprensione è tanto temeraria che viene introdotta una *definizione*, moralmente connotata, prima di fornire gli argomenti che dovrebbero giustificarla: si definiscono cioè i trattamenti nutritivi artificiali come "dare da mangiare e da bere", "assistenza sanitaria di base", "mezzo naturale di conservazione della vita", "cure minimali per evitare la morte per fame e per sete". "Dare cibo

⁹ Ne parliamo in dettaglio in P. Cattorini, *Estetica nell'etica. La forma di un'esistenza degna*, Bologna, Dehoniane, in corso di stampa.

ed acqua“ (abbiamo già virgolettato questa nomenclatura normalizzante) non sarebbe quindi un atto medico vero e proprio e come tale non meriterebbe una valutazione etica relativa ai fattori che ne qualificherebbero la congruità o invece la sproporzionalità rispetto alla persona sofferente.

Non intendiamo contestare in questa sede la plurivocità delle definizioni (il che implica un incerto sincretismo concettuale), né l'oscillazione verso un improbabile vitalismo (del tutto estraneo alla tradizione cattolica più genuina), nè una parziale imprecisione terminologica (sete e fame presuppongono una consapevolezza di sé, che almeno in alcuni pazienti può ragionevolmente essere esclusa), e neppure la problematicità dell'impiego di categorie come quella di “natura” e “legge naturale”¹⁰, quanto piuttosto osservare che la definizione non intenziona in modo trasparente l'oggetto, ma lo ri-descrive, lo *ri-racconta*, gli assegna un certo significato e quindi gli ascrive un certo valore. “Mangiare e bere” (ed i corrispettivi “dar da mangiare e bere”) indicano comunemente tutt'altra cosa: prendere in bocca qualcosa, apprezzarne gli aspetti tattili e gustativi, deglutirla, percepire una pienezza corrispondente al desiderio che la fame e la sete avevano acceso. Tutto questo manca nel soggetto inconsapevole che riceve cibo direttamente attraverso uno stoma gastrointestinale.

Un'interpretazione (ed una valutazione) legittimamente ma inevitabilmente di parte presiede in altri termini alla qualificazione di tali gesti come “non medici”. Ora, basta assistere ad un simposio sulla nutrizione artificiale per convincersi della complessità di tali atti. Non è come “fare il letto” ad un malato: vi concorrono *competenze* igienistiche, infermieristiche, nutrizionistiche, chirurgiche, endoscopiche, internistiche. È vero che un familiare può imparare alcune procedure, ma l'allestimento, la supervisione, la valutazione periodica va lasciata a personale sanitario qualificato, che sia in aggiunta specificamente addestrato allo scopo. Oggi esistono ventilatori artificiali domiciliari, in merito ai quali alcune manovre possono venir eseguite dai familiari, ma questa cooperazione non basta certo a porre tali trattamenti allo stesso livello del tenere asciutto e pulito un corpo allettato. Quindi, se si esclude la “medicalità” di queste azioni, è perché si è deciso, per motivi etici ed attraverso una logica argomentativa che andrebbe

¹⁰ Può una ragione impersonale ed universale, senza tempo e senza luogo, cogliere i contenuti di una presunta legge naturale e prescriverli in forma determinata come assolutamente vincolanti? Il pregiudizio naturalistico e la deriva legalistica di molta tradizione etico-teologica sono pertinentemente criticate nel volume collettivo *La legge naturale*, Milano, Glossa, 2007.

esplicitata, di considerare poco rilevanti gli aspetti tecnici ed invece di focalizzarsi su altri aspetti relazionali più “caldi” affettivamente.

Dall'interpretazione, dal racconto, dal simbolo non si può dunque prescindere. Se si vuole però abitare questo stile di discernimento, occorre farlo coerentemente. Occorre cioè abbandonare l'apoditticità di certe categorie concettuali ed attrezzarsi di strumenti più simili a quelli impiegati dalla critica narrativa. Come si può comprendere infatti il significato “oggettivo” di un gesto di prossimità, come quello di un padre che carezza il proprio bambino, senza prendere in considerazione la *storia unica*, originale, irripetibile, in cui tale evento si iscrive? Come è possibile prescindere dai vissuti che i due agenti morali “soggettivamente” percepiscono (e che nessuna descrizione categoriale esteriore può inquadrare in forme sicure e definitive)? Come è possibile non valorizzare i gusti, le preferenze, le paure, le speranze, il tipo di spiritualità religiosa, le opzioni morali di fondo, nella cui cornice prendono senso gli atti determinati della cura? La carezza di un padre, appunto, sembra generalmente un gesto di prossimità verso il figlio, eppure un bambino potrebbe dichiarare a ragione intollerabile (e quindi sproporzionato, innaturale) che un padre lo carezzi dopo averlo ingiustamente offeso e senza che l'adulto chieda scusa della violenza perpetrata e prometta di agire diversamente in futuro!

Impostazioni etiche, come quella che stiamo criticando, divaricano inopportunosamente il “soggettivo” dall' “oggettivo” con la stessa grossolanità con cui lo iatrotecnico divarica l'organo (oggettivo) dalla persona (soggettiva), presumendo di pervenire più rapidamente e sicuramente a scelte ed azioni corrette. In realtà si cade in un deliberazione potenzialmente miope. Il segno più evidente di questa astrazione è l'impiego maldestro di un classico termine dell'etica tradizionale, quello di *proporzionato*, il quale si riferisce propriamente alla congruità *clinico-personale* di una decisione e quindi esige di calarsi nel mondo del malato e di far leva sull'alleanza, ossia sullo scambio di promesse siglato con lui.

Un trattamento non può definirsi proporzionato solo per il fatto che raggiunge un *obiettivo biomedico* parziale (ad esempio aumentare la pressione sanguigna, ripristinare la funzione respiratoria o garantire un ricambio idrosalino adeguato), ma per il fatto che tale obiettivo concorre al bene complessivo della persona malata, consentendole di vivere, tra le diverse alternative biografiche possibili, quella più carica di senso, più degna e felice potremmo dire, alla luce dei suoi valori di fondo. Per operare questa valutazione occorre considerare vantaggi e svantaggi di un trattamento, benefici e rischi,

utilità ed alienazioni, valori promossi e valori soffocati. Non c'è un solo fatto materiale, fosse pure il prolungamento della vita, che autorizzi ad attuare una determinata forma di cura, qualificandola come proporzionata a priori, tant'è che noi condanniamo molti accanimenti terapeutici proprio per il fatto che essi bloccano, in forme disumane, il processo del morire e determinano la conservazione della vita *ad ogni costo*.

Ma quale sia il costo insopportabile o invece quale sia quello tollerabile, ciò può essere interpretato in un'ottica ermeneutico-narrativa e non invece attraverso un procedimento sillogistico di tipo geometrico. Un trattamento salvavita potrebbe essere giudicato sproporzionato per un malato (e pertanto legittimamente rifiutato o interrotto), il quale vi attribuisse (fornendone meditate ragioni, che un sanitario potrebbe condividere) un significato di accanimento, valutandone i vantaggi inferiori ai disagi patiti. Egli non vorrebbe con ciò la morte, né – nel momento di redigere una dichiarazione anticipata – considererebbe di rango inferiore la persona che si trovasse in condizioni di coma vegetativo. Continuerebbe a volere la vita e ad esigere una cura massima ed eguale, ma proprio in nome della dignità piena che rivendica per sé, anche nel caso in cui venisse a trovarsi in tali condizioni patologiche, egli desidera un trattamento che onori la bellezza della sua biografia, rispetti la coerenza del proprio stile, della propria cifra morale e gli consenta di uscire dalla vita nella forma più idonea.

Se dunque è vero (ed è persino tautologico) che la finalità di somministrare artificialmente cibo è quella di procurare il nutrimento del paziente, si tratta però di vedere se questa finalità coincide con il *bene di quella persona*: in nessun modo i due fini (uno fisiopatologico ed uno esistenziale) possono essere fatti a priori coincidere. Lo stesso cortocircuito intellettuale scatta quando si afferma che se un paziente in stato vegetativo muore, dopo che si sia interrotta la nutrizione artificiale, muore *a causa* di tale interruzione e non invece a causa della malattia. Perché non si dovrebbe dire la stessa cosa quando si interrompe la ventilazione artificiale in una patologia, che impedisca al soggetto di respirare da sé? Se la ventilazione artificiale è sproporzionata, nessuno è autorizzato a condannare come omicida chi la interrompe. È la malattia la vera colpevole.

Ora, la storia degli stati vegetativi permanenti è alquanto recente ed è perfettamente comprensibile che diversi malati (attuali o potenziali, nell'atto di siglare una dichiarazione anticipata) attribuiscono a questa condizione un *significato differente*. Alcuni (anche da una prospettiva religiosa) vi vedono il blocco artificioso e forzato di un

processo del morire (causato da un gravissimo insulto encefalico originario) ormai divenuto inesorabile, e considerano la degenza, cui sarebbero indeterminatamente destinati se fosse proseguito ad oltranza il trattamento salvavita di nutrizione-idratazione artificiale, come un esilio permanente, un carcere invisibile, un attentato alla nobiltà del proprio spegnersi, un fraintendimento ed una degenerazione del nutrire a ostinato pompaggio di sostanze alimentari. Altri vi colgono semplicemente un'icona amplificata della comune condizione di dipendenza che tutti ci lega, in quanto membri di una famiglia di creature deboli e bisognose di prossimità, una dipendenza che non umilia, ma che invece testimonia un coraggioso opporsi alla morte, anche se (come nel caso dell'inizio della vita) la nostra coscienza non è in grado di coglierne e di apprezzarne attualmente il valore. Costoro esigono giustamente che la società offra sostegno gratuito a queste difficili forme di assistenza.

Dal punto di vista etico, noi non vediamo ragioni né per accusare i primi di propensione per l'eutanasia, né i secondi di apologia dell'accanimento terapeutico. Il giudizio di proporzionalità lo si dà confrontando i *principi* morali con le *storie* umane concrete, attraverso un preliminare contatto empatico ed una successiva elaborazione argomentativa di ciò che tale incontro ha acceso in termini di emozioni, immaginazioni narrative, visioni del bene. E ricordandosi dell'inevitabile approssimatezza della conoscenza pratica, secondo quanto la stessa tradizione neotomistica aveva segnalato:

“La conoscenza speculativa ha sempre a che fare con verità necessarie, mentre la ragione pratica deve applicare i precetti più generali ai casi particolari, che sono sempre più complessi dei tipi di condotta ai quali si riferiscono i precetti universali”¹¹. La verità pratica non è quindi la medesima in tutti i casi proprio per “la maggiore complessità del caso particolare rispetto al tipo di condotta approvato o condannato dal precetto della legge morale”¹².

La qualità morale di un atto è, per certi versi, come la qualità estetica di un dipinto. Il giudizio che li riguarda aspira all'universalità, ma si riferisce all'unicità dell'evento, in cui il valore (il bene e il bello, rispettivamente) viene ad incarnarsi. C'è dell'estetica nell'etica: “proporzionato” è infatti termine dalla lunga storia e dalle molte valenze. *Debita proportio* è uno dei caratteri classici che connotano l'opera

¹¹ S. Vanni Rovighi, *Istituzioni di filosofia*, Brescia, La Scuola, 1982, p. 145.

¹² Ibid.

bella, assieme alla *claritas* ed all'*integritas*, ma nessun critico – sia pure d'impronta tradizionale – si cimenterebbe nell'impresa di stabilire la qualità dell'opera, calando preventivamente questi precetti normativi, e prescindendo dall'incontro personale, irripetibile, emotivamente sorprendente, con l'oggetto artistico. Perché non dovremmo imparare dall'estetica, invece che dalla geometria (una geometria peraltro solo di facciata, che nasconde, come abbiamo mostrato, una ben precisa scelta estetica), se intendiamo fare etica al letto del malato, al di là di una mera logica "d'organo"?

Concludiamo riprendendo l'auspicio di Roosevelt: come l'economia è troppo importante per lasciarla al mero tornaconto individuale, così la clinica è troppo preziosa per delegarla alla medicina d'organo e così l'etica è troppo delicata per affidarla ai moralisti. Oggi siamo davanti ad un compito decisivo. Superato fortunamente il dolorismo, l'uomo contemporaneo, credente o ateo, cerca un'*attitudine morale degna* contro il male, che la malattia mortale rappresenta¹³.

Un'etica cioè idonea ad instaurare, contro lo scandalo del male, una *resistenza* tenace, ma non fanatica né ottusa, e a preparare, quando l'inevitabile capitolazione s'approssimi, una *resa* responsabile, ma non codarda. Lottare per la guarigione dell'*organo* malato è, in questa ottica, il simbolo di una ben più ampia dedizione al *bene*. Desiderare la salute e cercare un alleato competente e fedele per difenderla o promuoverla significa confermare il proprio credito ad una bellezza, che ci ha sorpresi ed incantati, e per la quale vale la pena spendere le proprie precarie fatiche. Il che significa non demordere dal desiderio di vita e guarigione e tuttavia non saturarlo con un accanito attivismo né cedere alle lusinghe della medicina "immortalistica", che preferirebbe aggiustare la parte guasta e rimandare sempre ad una morte successiva rispetto a quella, magari più degna, possibile al presente.

A quanti cercano di offrire spiegazioni rassicuranti circa il senso del dolore e della morte, l'uomo contemporaneo ha tutte le ragioni per replicare. Per "liberare" la stagione di malattia, ossia per viverla con libertà e dignità (invece che farsela sequestrare da qualche esposto o istituzione biomedica), occorre cercare di attraversarla come tempo e occasione di crescita esperienziale¹⁴. Nel tempo di malattia

¹³ Per approfondire, cfr. il ns. *La morte offesa*, Bologna, Dehoniane, 2007 (2° ed. con nuova Postfazione).

¹⁴ G. Angelini, *La malattia. Un tempo per volere*, Milano, Vita e Pensiero, 2000.

si possono attingere valori, ma non *a causa* di certi patimenti, di cui si presume di rinvenire una giustificazione (ad esempio leggendoli come strumenti intrinsecamente necessari per raggiungere più nobili fini o valori), bensì *nonostante ed attraverso* essi, ossia proprio opponendosi ad essi, quali elementi negativi, assurdi.

Per queste ragioni possiamo fare un'ultima affermazione. Del corpo liberato abbiamo una perenne nostalgia, che assume la duplice forma della *Heimweh*, della nostalgia di casa, e della *Fernweh*, della nostalgia di distanza, d'altrove¹⁵. *L'organo*, che sentiamo *lontano* e cui rimpiangiamo l'assenza, non risiede solo in un corpo perduto, che la tecnica, una volta per tutte, ha sezionato e disanimato, ma vive nel *corpo* sanato, di cui sognamo l'avvento e che una tecnica eticamente consapevole promette di renderci ospitale.

¹⁵ P. Jedlowski, *Il racconto come dimora. Heimat e le memorie d'Europa*, Torino, Bollati Boringhieri, 2009.

DON LUCA VIOLONI

Il Corpo tra armonia e ferite

1. È noto l'aforisma che dice: "Io sono il mio corpo, eppure sono più del mio corpo". Il tema meriterebbe uno sviluppo importante. Rispetto al nostro tema ci limitiamo a dire che non si può parlare dell'intreccio tra armonie e ferite nella nostra vita senza fare riferimento espresso al corpo. Il corpo dice infatti la nostra relazione con il mondo, cioè il nostro esserci. Senza non c'è neppure relazione. Ma il tema del corpo non esaurisce le modalità e i significati assunti delle nostre relazioni. In questo senso il suddetto aforisma. In altri termini: il corpo come dimensione necessaria, ma non sufficiente per dire chi è l'uomo e le sue sfide. Non dunque l'uomo nonostante o a prescindere dal suo corpo, ma neppure dicibile solo in chiave somatica.

2. Neppure vogliamo analizzare sommariamente i passaggi salienti dell'Occidente sul tema corpo. Sarebbe evidentemente oggetto di un trattato specifico. Solo accennare alla sfida in gioco¹. Per Omero il corpo è il corpo privo di vita, la salma, il cadavere. Per lui il corpo non è un unità ma una pluralità, pluralità di membra. Lo stesso dicasi per l'anima. Non c'è un termine che indica l'unità dell'anima e dunque l'anima è una pluralità di funzioni. Solo con Platone il corpo inizia a diventare ciò che la nostra cultura occidentale non potrà o non vorrà più dimenticare: il corpo diventa *soma*, che nasce a sua volta da *sema*, la tomba. Per Platone il corpo dice il destino di ciò che è materiale e dunque destinato alla dissoluzione, da qui la tom-

¹ Su questo tema rimane sempre un riferimento nitido e puntuale l'introduzione di Giovanni Reale al Fedone di Platone (La Fondazione della concezione occidentale dell'anima e il contributo del "Fedone"), Editrice la Scuola, Brescia, 1991, xiii-lxxxii

ba come termine del tragitto. L'uomo però è in essenza altro: la sua anima, per natura immortale. Platone fonda la concezione dell'anima individuale e produce prove dell'esistenza di tale immortalità. Il Corpo è una prigione da cui liberarsi e non a caso Platone nel Fedone prende quasi come icona l'immagine suggestiva e poetica del canto del cigno. Avvicinandosi alla morte il cigno canta di gioia perché sta andando nella sua vera patria, sta andando verso la vita vera. Il canto del cigno non segnala il viale del tramonto – come l'Occidente finirà poi per rileggere questa figura – ma il presagio, quasi l'aurora della vita che non tramonta²!

Non c'è un dio che dà la vita all'anima, poiché questa è immortale di suo. Così irreversibilmente mortale e destinato alla polvere è il corpo. Dunque le due dimensioni dell'uomo sono assolutamente eterogenee e divergenti quanto al destino e dunque al significato profondo. Non ha davvero senso parlare di armonie e ferite se non di quelle dell'anima! Quelle del corpo sono semmai le ferite e le armonie di una sorta di involucro di cui liberarsi. Non è su questo che vale la pena soffermarsi.

3. La svolta avviene con Paolo di Tarso e con il pensiero cristiano, svolta però non così radicale nell'evoluzione culturale del pensiero e della prassi, anche di ispirazione cristiana. Solo uno dei molteplici indizi a supporto di questa tesi: fino a non molto tempo si parlava del sacerdote come di un curato d'anime.

Cinque secoli dopo Platone San Paolo nella prima lettera ai Tessalonicesi (abitanti dell'attuale Salonicco, in Grecia) parla dell'uomo come di spirito, anima e corpo³. L'idea è quella di una unità di fondo che ha tre dimensioni, tre vettori fondamentali, che si possono distinguere, ma non certo separare. L'anima non è più il vertice dell'uomo, ma questo posto è preso dallo spirito, ciò che rende possibile la relazione filiale con Dio. L'anima non è più immortale di suo, ma è lo Spirito di Dio che dà la vita. L'immortalità rimane, ma è donata, come la vita stessa. Il corpo, infine – e la rivoluzione è spaventosa per un greco successivo a Platone – è votato alla risurrezione⁴. Gesù è il crocifisso risorto, l'unico risorto nell'attesa che questo riguardi tutti gli uomini di ogni tempo. Ma poi tutti vivranno la stessa sorte, chi per la vita eterna e chi per la condanna eterna. Comunque la risurrezione

² Fedone, xxxv.

³ cfr. 1 Ts 5,23.

⁴ Vedi ad esempio magistralmente 1 Cor 15.

è per così parte del destino scritto da Dio nell'ordine delle cose. La materia del corpo risorgerà, come la vita stessa di Gesù testimonia chiaramente nei vangeli.

Il cambio di paradigma è profondo, ma il fascino dello schema greco, binario e più semplice da capire e da comunicare, manterrà la sua forza, comunque spingendo il cristianesimo a integrarlo nel suo nuovo modo di intendere. Non rientra nei nostri scopi, ma non sarebbe difficile mostrare che la storia del pensiero occidentale su questa questione antropologica non si è però allontanata così radicalmente dal dualismo greco e che l'annuncio della risurrezione della carne non ha sempre fatto breccia nelle forme del costume e della predicazione.

Sicuramente comunque il nuovo paradigma consente di pensare e articolare il rapporto tra armonia e ferite del corpo. Questa dialettica riguarda in realtà tutto l'uomo e quindi anche il corpo.

L'espressione di San Paolo apre in profondità alla visione unitaria dell'uomo, seppure senza semplificazioni, anzi dettagliando l'unità nella complessità. Corpo, anima, spirito sono interconnessi e dunque come "vasi comunicanti". Colpire un punto è colpire il tutto e viceversa. È in gioco quella che oggi noi diremmo l'uni-totalità della persona. Questo non impedisce – e di fatto non ha impedito – che la medicina si occupi del corpo, la psicologia dell'anima, la spiritualità dello spirito, ecc...

Comunque sia, questa armonia è a sua volta espressione di un armonia più grande, quella con il mondo e soprattutto con Dio. Sempre nelle Sacre Scritture questa idea si esprime con la radice ebraica di *šlm* (da cui *shalom*). Parola che indica l'intero, l'unità, l'armonia che Dio vede nella realtà da Lui stesso creata. Solo quando si vede e gusta questa armonia si può provare vera pace. Senza l'intero non c'è pace, rimane sempre una ferita aperta nel cuore e nella mente. Non a caso questa radice è anche nel nome di Gerusalemme.

4. In questo quadro più ampio possiamo ora concentrarci sul tema del corpo. Sappiamo quanto sia facile che possa registrare ferite che ne toccano il vissuto. Un incidente, anche lieve, un attacco intenzionale, una malattia, ecc... Le sorgenti possono essere anche molto diverse, ma quando il corpo viene colpito l'effetto può essere molto simile. La ferita ridesta in noi il senso dell'armonia, il senso di un ordine delle cose che viene violato. Il corpo colpito genera sofferenza perché è come interrotta l'aspirazione all'esperienza della libertà piena che è scritta dentro di noi. È la pienezza della vita inscritta in noi

che si scheggia, nostalgia dell'intero che si rivela al tempo stesso nel giorno della prova come anelito che si risveglia di fronte all'evidente mancanza. Nella sofferenza profonda c'è una rivelazione profonda della chiamata dell'uomo alla bellezza e alla verità e al tempo stesso lo scacco della promessa che ci portiamo nel cuore per la nostra vita (anche se non sapessimo in che cosa consiste e quali contenuti abbia questa 'promessa')⁵.

Da chi è stata messa nel cuore dell'uomo questa dinamica? Qui si apre dunque il terreno per non fermarsi al livello puro e semplice delle ferite per aprire lo sguardo e l'interrogazione anche dal punto di vista della trascendenza. Solo affrontando questa questione possiamo dare forma a quella formidabile parola per la nostra vita che è 'promessa'. La promessa di Chi a chi, la promessa di che cosa?

Le ferite del corpo e/o dell'anima e dello spirito si interconnettono e l'una rimanda all'altra, a dimostrazione che sono tre dimensioni indisciungibili. Ad esempio la fenomenologia del dolore ci dice che anche un semplice dolore fisico porta a concentrarsi più fortemente su di sé, sia nel corpo che in tutto ciò che ci succede. Non è un caso che in greco *algos* (=dolore) e *alego* (=concentrazione) abbiano la stessa radice semantica: nella sofferenza sono più concentrato su di me. Banale, diremmo. Non lo è, perché mostra dall'ennesima angolatura i nessi di cui stiamo dicendo. Non solo: quando la sofferenza fa capolino nella nostra vita, cambia il mio rapporto col mondo e cambia la visione che ho del mondo. In ultima analisi la sofferenza porta ad occuparsi di sé in modo diverso, ma sempre in chiave cosmica, perché è tutto il mondo che cambia ai nostri occhi. Entra dunque in gioco quell'armonia più ampia che dicevamo in relazione alla nostra posizione nel mondo, non solo con noi stessi.

5. La vita dunque è sempre come una promessa, fino alla sfida estrema, quella del morire. Ci poniamo allora una domanda inusuale e forse più impegnativa ancora. Si muore perché ci si ammala o ci si ammala perché si deve morire? In altre parole: sono le malattie ad essere la causa della morte (oltre gli incidenti, ecc...) o più sottilmente è l'esistenza dell'evento morte che introduce e induce nella nostra natura le malattie, messaggeri e precursori della morte? Cioè dobbiamo vedere la malattie che feriscono il corpo come un dato naturale che produce l'evento della morte come epilogo oppure è l'esistenza del

⁵ *Il male e l'intenzionalità della libertà. Un'analisi a partire dalla tesi di Paul Ricoeur Il Significato della sofferenza*

caos e del disordine introdotto dalla morte nella realtà che introducono queste sconessioni dentro di noi che sono le malattie? Il primo livello è fenomenologico, il secondo filosofico-teologico. Il primo livello dice la sequenza degli eventi, il secondo esprime un'interpretazione sui veri rapporti causali, per cui ciò che in chiave temporale è una conseguenza (la morte), da un punto di vista più profondo è la vera causa, il motore delle malattie stesse. Tutto questo però ci fa capire come le ferite e le armoniche del corpo non possono certo essere comprese e affrontate separatamente da come si concepisce il rapporto con la realtà e da quale visione del mondo si elabora! Non possono comunque essere intese a prescindere dal fatto che la vita è di per sé votata alla morte, destinazione universale.

La promessa che è la vita va dunque coltivata e custodita fino in fondo, senza improvvise dismissioni, ma anche senza né titanismi né accanimenti terapeutici. La difficoltà è semmai pratica nella determinazione dei confini e nella valutazione delle cosiddette 'scale di grigio'. Il tema della morte e di come viene concepita non fa che alimentare e incrementare ulteriormente le sfide poste dalle "ferite" del corpo.

6. La domanda a questo punto si fa, se possibile, ancora più radicale: la destinazione del corpo (e in generale della vita) è alla morte *tout court* o il destino del corpo è un altro? I Vangeli e San Paolo come dicevamo aprono il fronte della risurrezione. È decisivo in questo senso rileggere i racconti di risurrezione dei quattro evangelisti (Mc 16, Lc 24, Mt 28, Gv 20-21). Senza entrare troppo nel merito, appare evidente che Gesù si manifesta dopo la sua morte crocifissa come il risorto che mantiene i segni della croce. In particolare rispetto alla sua vita terrena si evidenzia contemporaneamente una dinamica di continuità e discontinuità. Da un lato Gesù quando appare ai discepoli non viene riconosciuto a prima vista. Quindi significa che il suo aspetto non era identico. I discepoli lo riconoscono solo dopo alcuni gesti o alcune parole. Ad esempio allo spezzare del pane nel caso dei discepoli di Emmaus (Lc 24,30) o al sentire pronunciare il proprio nome per Maria di Magdala (Gv 20,16). Comunque non lo percepiscono come un 'marziano' e dunque è pure evidente che il suo corpo risorto appare come normalmente umano. Umano ma altro rispetto al corpo di origine. Soprattutto il suo corpo mantiene i segni della croce, come l'apostolo Tommaso più di ogni altro sperimenta (Gv 20,19-29) e come plasticamente è stato raffigurato da Caravaggio nella sua celeberrima tela custodita a Potsdam. Un corpo che non cancella la storia,

ma un corpo incorruttibile e non più soggetto alla morte. Un corpo in cui non c'è traccia di "lifting", ma che è insieme espressione di una nuova formidabile armonia vincitrice della morte. Ferite e armonia si ritrovano inestricabilmente congiunte in una forma vertiginosamente nuova. Neppure l'armonia suprema della risurrezione fagocita i segni delle ferite, seppure tracce del passato. La salvezza è sempre dentro la storia della salvezza e non ne cancella i tratti "cruciali". Non vuole cancellare i segni dell'amore supremo e definitivo, perché se lo facesse perderebbe la sua ragione d'essere, il corpo infatti è per il dono, fino al dare la vita.

SE il corpo non risorge significa che ciò che noi chiamiamo 'uomo' non ha futuro dopo la morte, a meno di dire che l'uomo è in realtà la sua anima (pensiero greco introdotto da Platone) e/o che dopo la morte inizia un ciclo di successive purificazioni e reincarnazioni. Questa idea però prescinde dalla trascendenza di un Dio personale e di fatto abbassa il profilo della libertà poiché moltiplica i cicli vitali ad 'n' possibili tragitti su questa terra che si susseguono attraverso progressive reincarnazioni e in cui la sfida è sempre reiterabile di fronte al fallimento di una singola vita. È questa una delle più radicali differenze tra Occidente e Oriente (l'Oriente – lo ricordiamo – comincia dall'India). Per l'Occidente e per i tre grandi monoteismi (ebraismo, cristianesimo, islam) la vita appare come una retta che nasce dal pensiero eterno di Dio e in Lui si innesta per l'eternità dopo la morte. Per l'Oriente la vita è più nella forma di una sequenza a forma di spirale, con successivi cicli di purificazione e innalzamenti verso l'Assoluto e il Tutto.

SE il corpo risorge, non solo l'anima è immortale, ma la cura e la guarigione vanno reinterpretate completamente. La cura del corpo dell'altro è cura del destino dell'altro, di un segmento del cammino verso l'eternità. Di un segmento che però fa parte dell'unica vita a disposizione. Per cui tutto ciò diventa estremamente urgente e necessario, non ci sono molti altri appelli. In un istante la vita può spegnersi in termini corporali. La guarigione riapre e riavvia il percorso di destinazione, la rilancia direttamente. Ma anche la cura incide sul percorso di destinazione, la rilancia indirettamente, anche se fossimo all'ultimo accompagnamento, all'ultimo miglio terreno. La prossimità, il dire all'altro: voglio che tu sia, voglio che tu voglia ("*volo ut vis*"), anche questo ridesta la ferita originaria e spinge verso il compimento. Non verso la fine, ma verso il fine. Qui sta con più verità il senso di espressioni come "sacralità della vita", espressione talora usata o discredita senza i necessari approfondimenti. Il corpo non è solo

un involucro, non è solo un soffio (anche!), ma vale così tanto che appartiene al destino eterno dell'uomo. Non sta certo alla tecnica indicarci quale sia il senso e il valore del corpo. Il compito della tecnica è fare in modo che "le cose funzionino", non potendo rispondere alla domanda sul perché ha senso o meno che funzionino... Certo è pure evidente che la tecnica cambia la nostra percezione del mondo e quindi il nostro modo di vedere anche ferite e armonie. Ma non ha né può avere alcuna voce in materia di senso delle cose!

7. Riprendiamo ancora il tema dell'unità uni personale. Ci lasciamo guidare da un'icona evangelica celeberrima e molto cara alla medicina. Il samaritano (Lc 10,29-37) nel manifestare la sua radicale compassione verso l'uomo tramortito a terra per le percosse dei briganti, in realtà più profondamente riconosce che il destino dell'altro è anche il suo. Ma non è anzitutto un ragionamento. La medicina non nasce certo da un ragionamento!. All'inizio della medicina non c'è solo un sentimento, non c'è certo solo un calcolo! C'è un essere afferrati fino nelle viscere, nell' "utero" dell'anima e dello spirito, che spinge a fermarsi, a cambiare il proprio progetto, a chinarsi. I ragionamenti devono necessariamente esserci, ma non sono l'origine, la fonte. Seguono e danno forma a ciò che di profondo ci lega all'altro. Dunque anche qui si vede chiaramente l'unità inscindibile di corpo, anima e spirito. Di fronte alle ferite del corpo dell'uomo a terra, nel samaritano si mettono in moto contemporaneamente il corpo (si china, fascia, carica, conduce alla locanda), l'anima e lo spirito (la compassione delle viscere, il ragionamento sulle risorse, il messaggio al locandiere sul futuro del malato).

8. Sin dall'origine l'uomo, Adamo (= il terrestre), è posto in un giardino (Gn 2), cioè in un sistema di armonia. Oltretutto egli è armonia in se stesso tra carne (*basar*) e alito di vita (*nefeš*), l'alito di vita insufflato da Dio stesso (Gn 2,7). L'espressione *nefeš* compare nell'Antico Testamento 755 volte e viene tradotta in greco con *psyché* dai LXX in 600 casi⁶. Dunque in non pochi casi questo termine non indica l'anima. In particolare in questo testo indica il respiro. L'uomo è il suo respiro! L'armonia tra l'uomo e tutto il contesto del giardino che appunto è per definizione armonioso nella sua concezione. Non è un caso che nei Vangeli la risurrezione avvenga ancora in un giardino... (cfr Mt 28). Creazione e redenzione hanno in fondo lo stesso riferi-

⁶ *Antropologia dell'Antico Testamento*

mento simbolico, ma la redenzione, come dicevamo, non cancella mai la storia e i suoi segni. Da un armonia all'altra, in un crescendo che segue però una logica unitaria.

9. Da queste brevi note appare abbastanza chiaro che è molto persuasiva la dizione "già e non ancora". Il corpo è già un armonia nel momento in cui viene alla vita, un'armonia così complessa che a sua volta è il risultato di una serie incredibilmente numerosa di combinazioni armoniose. Ma al tempo stesso appare fragile, esposto in ogni dove ad essere ferito. Fragile, fino al punto estremo della morte, e contemporaneamente 'chiamato' ad un livello superiore, quello della risurrezione.

Ci sono ferite che possono distruggerci o ridestarci alla nostra verità profonda. Ci sono anche armonie che risvegliano la ferita vera, quella della sana inquietudine sul mistero della nostra vita. Comunque il corpo è sempre al centro di questo processo, in modo diretto o indiretto.

10. Ecco allora che il corpo appare come 'distante' solo quando per motivi culturali e/o per scelte deliberate e improvvide si cerca di separarlo dall'anima e dallo spirito. Se si cerca di violare ciò che è inviolabilmente inscindibile, ecco allora che ci si trova come depauperati, diminuiti. Ma in realtà per quanto tutto ciò possa indebolirci, non può però modificare l'ordine delle cose. Il tentativo di ridurre l'uomo a una sola dimensione (quale che sia) o di riportarlo ad un dualismo (di tipo greco o altro) viene respinto prima che da qualche ragionamento, dallo stesso svolgersi della realtà. La vicenda del paziente e del suo rapporto con il medico dice chiaramente che a nessuno dei due, soprattutto al primo, può bastare qualunque tipo di riduzionismo. Nessun dolore e nessun accompagnamento, nessuna guarigione e nessuna sconfitta clinica è mai solo fisica o solo psicologica o solo spirituale. Può esserci certo una fase acuta in cui la mente e lo spirito sono più che mai lucidi mentre il corpo sta andando verso il disfacimento e lo spegnimento. Ma la sfida della risurrezione riapre il discorso, perché dice che ciò che era così congiunto nell'esperienza terrena concreta continua ad esserlo dopo la morte, seppure in modo radicalmente diverso.

Chiunque cerchi di distanziare il corpo dall'uomo nella sua integralità oltre a non propiziare nessuna cura o guarigione, piuttosto propizia e dilata le ferite non solo del corpo, ma anche dell'anima e dello spirito.

Anche sotto questo aspetto la medicina è chiamata a concepirsi come scienza dei mezzi e contemporaneamente sapienza dei fini. L'intreccio di scienza e sapienza non depotenzia nessuna delle due, al contrario le pone nella giusta ottica e ne esalta le peculiarità. Una competenza insipiente o una sapienza senza il rigore delle determinazioni concrete non possono condurre a nessun cammino clinico che possa dirsi veramente tale.

Ci auguriamo allora che anche la formazione e l'aggiornamento della professione non dimentichino l'altezza di queste sfide.



CLAUDIO SARTEA

Corpo e diritto: tra oggettività e soggettività

1. Introduzione

Dag Hammarskjöld è stato per due successivi mandati Segretario Generale delle giovanissime, praticamente neonate, Nazioni Unite, dal 1953 al 1961, anno in cui, il 18 settembre, morì a seguito di un misterioso incidente aereo mentre si recava in Africa per aiutare a risolvere la crisi congolese. Oltre che uno statista e personalità istituzionale di altissimo profilo, che per la sua instancabile e limpida attività a favore dell'armonia internazionale meritò il Premio Nobel per la pace alla memoria nel 1961, fu persona di finissima sensibilità spirituale. I suoi diari sono stati raccolti e tradotti in numerose lingue, e costituiscono un piccolo, e poco conosciuto, tesoro di saggezza, talvolta non scevra di espressività poetica. In uno degli aforismi scritti nel 1954, egli – chissà, forse riflettendo sul ruolo che la fisicità esercita nella relazione amorosa, o magari anche evocando qualche spettacolo di miseria, o malattia, a cui nel corso dei suoi frequenti viaggi nei paesi sottosviluppati gli era capitato di assistere – scrive con parole partecipi e toccanti:

“Il corpo: non una cosa, né ‘di lui’, né ‘di lei’, non uno strumento per la tua opera o il tuo desiderio. Nell'estrema nudità: l'Uomo”¹.

Uno dei grandi scandali, delle più drastiche contraddizioni che lacerano la cultura postmoderna in cui siamo immersi, è proprio quello che deriva dalla riflessione sul corpo.

2. Tra avere ed essere: il corpo indecifrabile

Come è stato osservato molte volte, introdotta la scissione tra *res cogitans* e *res extensa* – ben al di là delle pur già arrischiate intenzioni

¹ D. Hammarskjöld, *Tracce di cammino*, (1963), Biella, 2005, p. 116.

di Cartesio – e dislocato questo misterioso concetto di persona in un orizzonte totalmente smaterializzato (è la persona un pensiero? un volere libero ed indipendente? un sistema di desideri? una sequenza di decisioni e sensazioni?), ci ritroviamo oggi incapaci di attribuire al corpo delle finalità e di conseguenza dei significati. Senza ontologia la teleologia diventa impossibile, o si vede costretta a limitarsi al funzionalismo ed all'utilitarismo: il che costituisce la riprova che in assenza di uno sforzo adeguato di comprensione delle cose, in quanto partecipi dell'essere, lo "scire per causas" in cui consiste la conoscenza secondo la concezione classica diventa semplicemente impraticabile.

Così, ogni giorno, ogni momento ci sentiamo addosso questo rivestimento di carne, stupendo o ripugnante, giovane e promettente oppure anziano, o malato, e magari per questo disprezzato o temuto; ne percepiamo senza sosta le esigenze (la fame, il sonno, la sete), facciamo continuamente i conti con i suoi limiti di resistenza, abilità, efficienza: e non sappiamo più darcene una ragione, spostando il pendolo impazzito della nostra considerazione del corpo dall'estremo dell'idolatria (con i suoi rituali di *fitness*, i cui centri sono divenuti uno dei principali luoghi d'incontro e persino di nascita di relazioni sentimentali rilevanti!, o anche con l'assunzione smodata e paranoide di farmaci, il culto dell'alimentazione biologica, la docile sottomissione a continui ed asfissianti controlli...), all'estremo opposto del disprezzo, dell'impazienza, dell'insoddisfazione che induce all'aggiramento o alla sostituzione delle sue inadeguatezze funzionali.

Se il corpo non è almeno quel "me" da cui "io" prendo forma, esso scivola ineluttabilmente nell'insignificanza e nell'incomprensibilità. Ma se so coglierne l'effettivo spessore ontologico, se lo riconduco all'unità sinolica con il mio spirito secondo l'intuizione già aristotelica poi approfondita dalla filosofia cristiana, esso di colpo torna ad essere protagonista: non è vero, fino in fondo ed esclusivamente, che "io ho un corpo"; è vero piuttosto che "io *sono* un corpo": eppure non sono solo questo, come invece voleva Nietzsche, che perentoriamente affermava di non essere l'uomo "altro che" un corpo², perché nemmeno

² "Ai disprezzatori del corpo voglio dire la mia parola – afferma lo Zarathustra di Nietzsche –. Per me essi non devono ricominciare daccapo a imparare e a insegnare, ma devono solo dire addio al loro corpo, e ammutolire per sempre. 'Io sono corpo e anima' – così parla il fanciullo. E perché non si dovrebbe parlare come i fanciulli? Ma il risvegliato, il sapiente dice: io sono in tutto e per tutto corpo, e niente al di fuori di esso; e anima è solo una parola per un qualcosa del corpo" (F. Nietzsche, *Così parlò Zarathustra*, (1883), in Id., *Opere filosofiche*, a cura di S. Giannetta, Torino, 2002, p. 430).

questa seconda posizione del problema può legittimamente ambire all'esaurimento della verità. Con Gabriel Marcel occorrerà dunque accettare la simultanea validità di entrambe le espressioni: "io sono un corpo; io ho un corpo"³, stando al gioco della realtà, che spesso, dinnanzi alle pretese di riduzionismo comodo o magari ideologico a cui tende la mente umana (perché, come ricorda dolente san Thomas Becket poco prima d'immolarsi nell'*Assassinio nella cattedrale* di Eliot, "il genere umano non può sopportare troppa realtà"⁴), oppone la mite ma inesorabile resistenza della propria complessità.

Se Nietzsche non aveva ragione nel dire che siamo solo corpo e nient'altro che corpo, nemmeno l'aveva allorché proponeva conseguentemente come nuovo ideale per l'uomo nuovo una "grande salute":

"una salute più robusta più smaliziata più tenace più temeraria più allegra di ogni salute che c'è stata finora (...) – una salute che non solo si ha ma che costantemente si conquista e si deve conquistare, perché sempre di nuovo la si sacrifica e la si deve sacrificare!"⁵.

Ed ancora una volta si resta impressionati dall'efficacia retorica della parola nietzscheana e dalla sua tremenda attitudine profetica: non è proprio la nostra odierna ansia di miglioramento, l'incontentabile aspettativa di guarigione che caratterizza l'impaziente paziente (o ad-

³ G. Marcel, *Essere e avere*, (1929), trad. it. a cura di J. Poma, Napoli, 1999, pp. 6 e s.: "L'incarnazione: dato centrale della metafisica. L'incarnazione, situazione di un essere che si presenta come unito a un corpo. Dato non trasparente a se stesso: opposizione al *cogito*. Di questo corpo, io non posso dire né che sono io, né che non lo sono, né che esso è per me (oggetto). L'opposizione del soggetto e dell'oggetto viene immediatamente trascesa". Più oltre, Marcel riflette anche che "la corporeità [si appalesa] come zona di frontiera tra l'essere e l'avere. Ogni avere si definisce in certo qual modo in funzione del *mio corpo*, vale a dire di qualcosa che, essendo un avere assoluto, cessa per ciò stesso d'essere un avere in un senso qualsiasi. Avere significa poter disporre di, possedere un potere su: mi pare chiaro che questa disposizione o questo potere implicino sempre l'intervento dell'organismo, cioè di qualcosa di cui per ciò stesso non posso più dire invero di poter disporre. Il mistero metafisico della indisponibilità risiede forse essenzialmente in questa impossibilità in cui mi trovo di disporre delle cose (...). Il mio corpo è qualcosa di cui posso disporre nel senso assoluto del termine solo mettendolo in uno stato che io non avrò più alcuna possibilità di disporre. Questa disposizione assoluta è dunque in realtà una messa fuori uso" (*Ivi*, p. 62).

⁴ T.S. Eliot, *Assassinio nella cattedrale*, (1929), ediz. it. a cura di R. Sanesi, Milano, 1997, p. 133.

⁵ F. Nietzsche, *La gaia scienza*, in Id. *Opere filosofiche*, acura di S. Giannetta, Torino, 2002, p. 341.

dirittura “un-patient”⁶⁾ postmoderno, a trovare il più efficace ritratto nelle pennellate psicologiche tracciate dal filosofo “martellatore” ben più di un secolo fa? Basti riflettere su quel che ha scritto Zygmunt Bauman per inquadrare la moderna sovrapposizione semantica tra termini tanto diversi come salute e *fitness*:

“La salute (...) traccia e controlla il confine tra ‘norma’ e ‘anomalia’. ‘Salute’ è la condizione appropriata e desiderabile del corpo e dello spirito umano, una condizione che (almeno in via di principio) può essere descritta più o meno esattamente e quindi anche misurata con precisione [...]. Lo stato di *fitness*, per contro, non ha niente di ‘solido’: non può essere per sua natura caratterizzato con precisione [...]. Si potrebbe quasi dire che la salute attiene alla ‘adesione alla norma’, la forma fisica è la capacità di infrangere le regole e di lasciarsi alle spalle qualsiasi standard già raggiunto”⁷.

Sono espressioni che evocano quasi letteralmente la proposta di “grande salute” di Nietzsche, e ne confermano la preveggenza. Il fatto che resta comunque per noi più interessante è che l’autore de *La gaia scienza* non si limita a teorizzare futuristici scenari, ma vi associa una nuova concezione dell’assistenza medica, del ruolo del paziente e di quello di chi dovrebbe prendersi cura di lui:

“Il malato è un parassita della società. In un certo stato è indecoroso continuare a vivere. Il continuare a vegetare in vile dipendenza da medici e ambulatori, dopo che il senso della vita, il *diritto* di vivere è andato perduto, dovrebbe trarsi dietro, nella società, un profondo disprezzo. I medici, a loro volta, dovrebbero essere i mediatori di questo disprezzo – non ricette, ma ogni giorno una nuova dose di *schifo* per il loro paziente... Creare una nuova responsabilità, quella del medico, per tutti i casi in cui il supremo interesse della vita, della vita *ascendente*, richiede che si spinga in basso e da parte la vita *degenerante* – ad esempio per il diritto a procreare, per il diritto a nascere, per il diritto a vivere...”⁸

Quello che ho letto è l’*incipit* del capitolo che Nietzsche intitola “Morale per medici” nel suo *Crepuscolo degli idoli*. L’impresa demolitoria del filosofo tedesco qui ha di mira un avversario formidabile: si

⁶ A. R. Jonsen – S. J. Dufry – W. Burke – A.G. Motulsky, *The advent of the ‘un-patients’*, in “Nature Medicine”, 1996, 2, pp. 622 e ss..

⁷ Z. Bauman, *Modernità liquida*, (2000), trad. it. a cura di S. Minucci, Roma-Bari, 2006, p. 81.

⁸ F.W. Nietzsche, *Il crepuscolo degli idoli*, (1888), trad. it. in Id., *Opere filosofiche*, a cura di S. Giammetta, II, Torino, 2003, p. 478 (corsivi nell’originale).

tratta dell'idea di cura elaborata in secoli di interazione tra pensiero ippocratico ed antropologia cristiana. È a partire da questa idea che sono sorti in occidente e si sono sviluppati grandemente, fino a venire esportati dovunque, i moduli della sanità: le istituzioni (ospedali, ministeri pubblici), le professionalità (medici, chirurghi, infermieri), gli stili di lavoro e soprattutto la filosofia sottesa, che potremmo riassumere nello slogan magari riduttivo ma efficace “cure with care”. All'origine di una simile concezione vi è la ferma persuasione che già la vita biologica dell'essere umano meriti tutto lo sforzo dell'intelligenza e dell'abilità di appositi professionisti della salute, in un'alleanza che non solo non si rassegna dinnanzi all'imperfezione ed alla patologia, ma le considera avversari con cui confrontarsi in un onorevole combattimento.

La prospettiva di Nietzsche è esattamente antipodica: il soggetto umano difettoso o sofferente deve sapere che

“se ci si toglie di mezzo, si fa la cosa più rispettabile che ci sia. Con essa quasi si merita di vivere... La società, ma che dico!, la *vita* stessa se ne avvantaggia più che per una qualunque 'vita' vissuta nella rinuncia, nell'anemia e in qualche altra virtù – si sono liberati gli altri dalla nostra vista, si è liberata la vita da un'obiezione...”⁹.

Il paziente è un'obiezione: non al quieto vivere (questo lo è indiscutibilmente), non alla superficiale o arrogante pretesa di perfezione e di esaurimento delle possibilità e dei bisogni (questo pure lo è: certamente e per fortuna). Il paziente è una obiezione alla “grande salute”: non è forse chiaro che con l'inno a questa nuova idea di salute Nietzsche spronava al simultaneo abbandono degli schemi terapeutici consolidatisi nella cultura occidentale ippocratica e poi, in più profonda consapevolezza, cristiana, con i suoi ingolfamenti negli istituti ospedalieri, nelle cure dei malati inguaribili e cronici, con il dispendio inutile e dunque “irrazionale” (perché l'odierna razionalità sembra una semplice funzione di calcolo degli utili), di risorse ed energie a favore di situazioni irrimediabilmente compromesse e da abbandonare al proprio destino? La discriminazione tra vite degne e non degne di essere vissute, dove radica in fondo se non qui, nell'ammettere la possibilità di selezionare, per se stessi o per gli altri, tra prosecuzioni opportune e prosecuzioni non opportune della sopravvivenza individuale?

⁹ *Ivi*, p. 479 (corsivi nell'originale).

La dimensione personale del paziente, in qualunque condizione e stadio vitale versi, la struttura relazionale della professione medica e la sua intima e qualificante indole vocazionale¹⁰, la stessa motivazione del fatto che per indicare l'attenzione clinica da sempre utilizziamo la parola greca ("therapeuo") che vuol dire "servizio", l'attività attenta, premurosa, costante e disponibile di un servo col suo signore, sembrano ideali donchisciotteschi di fronte alla rivoluzione culturale preconizzata da Nietzsche ed oggi promossa da una certa deriva tecnocratica, che sempre di più pare tentare la prassi diagnostica e terapeutica: essa tende a ridurre la filosofia della medicina in ideologia funzionalista e calcolo di efficienza (tecnica, economica), sostituendo alla categoria complessa della relazione paziente(familiari)-medici un semplificato dualismo polemico, quello tra l'autonomia del malato e l'autonomia del medico. Il fulcro dell'alleanza terapeutica, che unifica verso un obiettivo condiviso volontà ed impegno dei protagonisti della relazione di cura, viene soppiantato dalla dialettica tra due punti di vista fin dall'inizio pensati in modo conflittuale, con buona pace della fiducia come base delle relazioni sociali e professionali e con crescente ricorso al diritto (legale o giurisdizionale) per sanare in modo spesso soltanto estrinseco una tensione irriducibile.

3. *Corpo, relazione, vita, norma*

Tutta questa sofisticata premessa filosofico-culturale ha l'unico scopo di contestualizzare la riflessione che mi è stata affidata, relativa al rapporto tra corpo e diritto. Potrei anche affrontare questo tema in modo supinamente giuspositivistico, limitandomi ad analizzare le norme vigenti nel nostro o in altri ordinamenti giuridici, e magari cercando di tracciarne una linea interpretativa unitaria. Ma così, nonostante la relativa facilità del compito, avrei il torto di escludere dal raggio di riflessione proprio gli aspetti più rilevanti e significativi del discorso, solo alla luce dei quali è possibile comprendere davvero le ragioni che sottostanno alle opzioni normative del legislatore e della giurisprudenza, e che di volta in volta le rendono accettabili, oppure problematiche e, perché no?, criticabili.

Perciò è necessario riflettere almeno a due livelli sulla corporeità umana: essa infatti non è soltanto continua attestazione del nostro

¹⁰ Si veda in proposito il bel libro di E.D. Pellegrino – D.C. Thomasma, *Medicina per vocazione. Impegno religioso in medicina*, Roma, 1994.

appartenere alla natura, al mondo materiale, al regno dei viventi organici, non per un'opzione libera di relazionarci con essa, ma in virtù di un'appartenenza necessaria. La nostra corporeità è anche l'esordio di ogni relazione, con noi stessi e con gli altri: ci percepiamo attraverso il corpo, percepiamo gli altri attraverso il nostro corpo ed il loro. Per intraprendere ed intrattenere relazioni con i nostri simili risulta sempre essenziale la dimensione corporea (si badi: ho detto dimensione, non mediazione): siamo tutti ben consapevoli di occupare, per via del nostro organismo (e sempre di più d'ora in avanti l'aggettivo "nostro", o "mio", in generale il possessivo riferito al corpo manifesterà una fastidiosa ambiguità, transitando dal significato possessivo a quello partecipativo-accomunante), un ben determinato spazio, una porzione esclusiva del mondo fisico, nella quale, finché noi la occupiamo, non può venire a stabilirsi nessuno. Siamo altrettanto consapevoli del disagio in cui ci pone l'eccessiva prossimità di uno sconosciuto, o di una persona di scarsa confidenza, o addirittura di un temibile avversario: non c'è bisogno di pensare alla *boxe*, né all'assenza di abitudini igieniche in un passeggero della metropolitana d'estate che è venuto a sistemarsi vicino... troppo vicino a noi. Ogni approssimazione dei corpi attiva dei significati e quindi delle reazioni: quando essa è giustificata può trasmettere un messaggio di affetto, una richiesta di intimità a cui sono chiamato a dare prontamente una risposta, o un'attenzione di cura. Ma l'approssimazione può anche non essere giustificata: e provocare reazioni di fastidio, rifiuto, respingimento, protesta magari anche molto vivace. Il mio corpo non è una cosa tra le cose, e nessuno gli si può avvicinare oltre un certo limite, se non ha ragioni sufficienti – e condivise da entrambi – per farlo. L'autorizzazione può essere esplicita o implicita, cioè di tipo contestuale, appartenere pertanto ad una narrazione che ci accomuna e consente al partner iniziative di avvicinamento ad altri negate: ma di autorizzazione sempre c'è bisogno, proprio come nel caso del consenso informato di cui sopra dicevamo. Qui ne notiamo un ulteriore profilo: quello che sottolinea l'identificazione tra "io" e "me", tra spirito e corpo. Chi si avvicina al mio organismo si avvicina "a me"¹¹, approccia l'intero mio "io": io ne sono consapevole ed egli altrettanto deve esserlo.

C'è ancora un'ultima considerazione che intendo fare, con riguardo alle ambivalenze del corpo tra dimensione soggettiva e dimen-

¹¹ Come scrive Adriano Pessina, "nessuno può incontrare un altro senza incontrare anche il corpo altrui" (*Bioetica. L'uomo sperimentale*, Milano, 2000, p. 90).

sione oggettiva. È stato notato¹² che il termine univoco “vita”, a cui facevano abitualmente ricorso i latini, ha in greco almeno tre possibili traduzioni. Messa da parte quella metafisicamente più impegnativa, “psyché”, ne restano due davvero equivalenti eppure significativamente distinte: “zoé” e “bios”. La prima potrebbe essere tradotta in latino come “vita qua vivimus”, la seconda “vita quam vivimus”. “Zoé” è dunque la mia partecipazione al fenomeno vita, che mi accomuna a tutti i viventi e specificamente ai viventi umani: consiste nel mio inserimento nel flusso incessante di generazioni ed esperienze vitali che mi precede da tempo memorabile e chissà per quanto tempo ancora proseguirà dopo la mia scomparsa. Ma proprio perché si possa predicare questa appartenenza, e coglierne la specificità, si rende necessario introdurre anche un ulteriore concetto, che è appunto il “bios”, cioè la forma individuale di vita, il concreto vissuto di questo essere vivente in sé considerato. Se è vero che la predicabilità del mio “essere vivente” è possibile solo a partire dall’idea generale di vita come “zoé”, è altrettanto vero che l’indiscutibile intuizione relativa alla mia originalità, alla mia propria natura individuale, va spiegata con un diverso concetto. Più che mai evidente è tutto questo con il vivente umano: dal quale e per il quale in effetti è stato coniato il termine “biografia”, narrazione di una vita (come “bios”).

Anche per la biografia, si noti bene, rimane essenziale il riferimento al corpo: per esempio, al momento di determinare i confini di appartenenza al tempo di “zoé” del “bios” concretamente considerato, che sono la data di nascita e di morte del suo organismo. Anche al di là di tale caratterizzazione, molto rilevante ma pur sempre estrinseca, sappiamo bene quanto le tappe di ogni biografia sono segnate dai modi e dai ritmi della sua corporeità: anzitutto è essenziale, per descrivere la parabola vitale di un individuo, indicarne il sesso; assai rilevanti si mostrano sempre eventuali malattie gravi o significativi traumi fisici o psichici che abbiano attraversato la sua esistenza (si pensi a Dostoevskij, per il quale è stato detto che capolavori come “L’idiota” non sarebbero stati scritti a prescindere dall’epilessia da cui era notoriamente affetto); e così via¹³.

Ecco dunque come può essere spiegata la scelta di indicare le que-

¹² F. D’Agostino, *Parole di bioetica*, Torino, 2004, pp. 27 e ss..

¹³ Come è stato ben sintetizzato, “con il corpo ci si identifica e si è identificati, ci si riconosce e e si è riconosciuti, con il corpo, ma anche oltre il corpo, si manifesta l’identità e si mostra l’unicità, si esprime l’autenticità e si richiama l’eccentricità” (A. C. Amato Mangiameli, *Corpi docili Corpi gloriosi*, Torino, 2007, p. 43).

stioni di etica della vita¹⁴ con il termine “bio-etica” (da cui sarebbe poi derivato anche l’ulteriore termine “bio-diritto” o “bio-giuridica”, a seconda di come si voglia tradurre l’inglese “Bio-Law”): scelta effettuata storicamente nel 1970 da un biologo statunitense di nome Potter per intitolare il suo libro “Bioethics: a Bridge to the Future”, ma poi accreditata come uno dei neologismi di maggior successo del ventesimo secolo da tutta la cultura scientifica e divulgativa successiva.

4. *Intermezzo: lo scafandro e la farfalla*

Nel film “Lo scafandro e la farfalla” – basato sulla storia vera raccontata nell’omonimo *best seller* francese di qualche anno fa –, film duro ma molto istruttivo, il protagonista poco più che quarantenne a seguito di un grave episodio di ictus rimane prigioniero di una sindrome “locked-in”: la narrazione del libro e del film compie, tra l’inizio e la fine, una transizione decisiva, che qui può servirci esplorare. La prima scena si apre con l’apertura degli occhi del paziente: buona parte delle immagini lo spettatore le vedrà attraverso quegli occhi, anzi solo il sinistro di essi, perché il destro verrà quasi subito cucito per problemi di irrorazione sanguigna. Con piena lucidità, espressa nel film attraverso il monologo interiore del protagonista, il paziente comincia a valutare eventi e persone, a comprendere quel che gli sta capitando: sulle prime, ciò lo induce alla disperazione e ad una muta richiesta di morte, che a circa metà del film egli riesce ad esprimere alla propria foniatra mediante un complicato meccanismo di corrispondenza tra colpi di palpebra e lettere dell’alfabeto. La reazione della giovane terapeuta è d’indignazione ed intristimento: lo scoppio di pianto la costringe ad uscire dalla stanza ed interrompere la seduta, scusandosi ma implicitamente rimproverando il paziente per la sua disperazione, che toglie significato alle sue cure ed anche all’affetto che la fa sentire legata a lui ed alle sue drammatiche sorti. Il giorno dopo, riprende il trattamento: e la prima parola che il paziente esprime mediante il solito, lento e farraginoso lavoro della palpebra, è un “bentornata” che commuove la foniatra e riavvia sui miglior binari la relazione clinica. Ma non si è trattato solo di un problema con la dottoressa: dentro il paziente è avvenuta una metamorfosi. Le mura

¹⁴ Vita *umana*, a ben vedere: con tutta la problematicità che ne deriva circa l’inclusione delle questioni ambientali nel discorso bioetico così inteso, a meno che non le si affronti in una prospettiva espressamente antropocentrica.

della prigione si sono trasformate nella strada maestra per entrare ed uscire da essa, lo scafandro come un bozzolo ha liberato una farfalla: la goffa modalità di dialogo è stata finalmente accettata come l'*unica* modalità di dialogo, la relazione è stata riscoperta, pur nelle sue peculiarità, anche in tutta la sua ricchezza di promesse e possibilità: limitate, certo, e magari grottesche, ma *reali*, le sole realmente possibili. Il "sé", il corpo "che abbiamo", è stato reintegrato nell'"io", il corpo "che siamo", per quanto brutalizzato dall'ictus, eppure ancora vivo: ancora partecipe della "zoé" e dunque, per un vivente umano individualizzato dal suo "bios" concreto – l'unico effettivamente qui ed ora disponibile – capace di biografia.

Le scene di cataclisma che nella sua vivacissima immaginazione il paziente immagina a metà del film, evocando catastrofi naturali come valanghe, terremoti, alluvioni devastanti, per rappresentare in qualche modo la disperazione prodotta dalla constatazione del proprio ineluttabile declino, nella sigla conclusiva vengono riproposte: ma al contrario, nella modalità di riavvolgimento – tutto quello che prima crollava, ora, che pure il paziente è morto, ritorna al proprio posto: lo sfasciume di rovine e detriti ha finalmente ripreso la propria originaria posizione di ordine, equilibrio e bellezza.

5. Corporeità e norma giuridica. Necessità di una semantica

Che cosa ha a che vedere il diritto con tutto questo? Per impostare la questione dal punto di vista a me più congeniale, quello della filosofia del diritto, mi avvarrò di alcune suggestioni provenienti dal pensiero di Sergio Cotta, uno dei maestri italiani della disciplina, recentemente scomparso. Quando, nella sua opera principale¹⁵, questo autore si propone di analizzare il prodursi del fenomeno giuridico nel concreto dell'esistenza umana, insiste grandemente sulla condizione essenzialmente "situata" dell'individuo: il suo essere-nel-mondo è caratterizzato da tre aspetti ineludibili, che con parole di Cotta sono l'*incompiutezza*, la *particolarità* e la *contingenza*. A questa tripletta corrisponde quella delle "fondamentali esigenze esistenziali del soggetto"¹⁶, che consistono nelle "esigenze di *sicurezza*, *cooperazione*, *durata*"; ossia, precisando meglio, sicurezza rispetto agli altri, co-

¹⁵ S. Cotta, *Il diritto nell'esistenza. Linee di ontofenomenologia giuridica*, Milano, 1991, pp. 66 e ss.

¹⁶ *Ivi*, p. 69.

operazione con gli altri, durata per mezzo degli altri”¹⁷. È abbastanza agevole scorgere dietro queste considerazioni fenomenologiche un riferimento a tre finalità che, se non sono esclusive, certamente sono tipiche del fenomeno giuridico in ogni tempo ed in ogni luogo, cioè a prescindere dalle disposizioni dei singoli ordinamenti vigenti: la norma giuridica è infatti, sempre e comunque, chiamata a garantire il soggetto umano da ingiuste compressioni delle sue libertà fondamentali (si pensi per esempio alla funzione eminentemente difensiva del diritto penale), ad agevolarlo nell’intrapresa di attività che superano le sue possibilità *uti singulus* ma divengono realizzabili assieme ad altri (si pensi al diritto commerciale, alla disciplina delle società di persone e capitali, ecc.), ed infine ad assicurare la permanenza nel tempo delle sue volontà impegnative (si pensi al matrimonio, al testamento, al vincolo obbligatorio di origine contrattuale, e così via).

Come si vede anche dagli esempi, stiamo parlando dell’ordinamento giuridico in quanto tale, del senso (origine e struttura) e della funzione del diritto. Ebbene, le tre caratteristiche o esigenze essenziali del soggetto, a cui il diritto apporta soddisfazione ed in cui quindi esso trova giustificazione e necessità, riflettono a loro volta una radicale caratteristica dell’essere umano, che Sergio Cotta chiama “indigenza” come consapevolezza riflessa della propria difettività: da solo non posso difendermi, ho bisogno della forza della legge; da solo non posso realizzare imprese complesse, ho bisogno di coalizzarmi con altri in modo obbligante per me e per loro; da solo non sono in grado di durare nel tempo, ho bisogno del suggello della norma che vincoli me stesso o altri a decisioni prese per durare oltre la mia morte o almeno oltre la mutevolezza dei miei stati d’animo.

Interrogandosi sul motivo di questa indigenza e della conseguente dipendenza dagli altri (relazionalità costitutiva) e dal diritto (diritto naturale), così tipiche della struttura umana e della nostra ragionevole autocomprensione, Cotta giunge ad affermare che essa ha un radicamento ontologico: deriva in altri termini dalla costituzione dell’essere umano, come sintesi duale di finito ed infinito. Detto diversamente, è il corpo come fenomeno che mi illumina nella comprensione di me stesso e delle ragioni profonde, essenziali, per cui si forgia la norma giuridica e nascono gli ordinamenti. Dacché ho un corpo, vivo nel tempo (per questo ho appunto una bio-grafia), e percepisco la sfida della durata; dacché ho un corpo, avverto la mia vulnerabilità psicofisica e l’esigenza di una protezione; dacché ho un

¹⁷ *Ibidem.*

corpo, noto le mie potenzialità e al tempo stesso i miei limiti e tendo a condividere lo sforzo con altri, coalizzando il potere limitato dei singoli per rafforzarlo. È tutto questo discorso coerente con le norme vigenti nel nostro ordinamento?

Di per sé il nostro ordinamento vigente (almeno, se lo pensiamo secondo lo schema piramidale tanto caro ai positivisti), investe il corpo umano e le tematiche della salute a tre livelli: il livello superiore che condiziona tutti gli altri è quello costituzionale, con gli artt. 13 (sulla libertà personale che dichiara inviolabile, e viene interpretativamente estesa anche alla libertà di cura), e 32 (che, dichiarata la salute “diritto fondamentale dell’individuo e interesse della collettività”, vieta ogni trattamento sanitario coatto non previsto da legge ordinaria, e pone la clausola generale di rispetto della dignità umana). A livello codicistico abbiamo una norma (l’art. 5) del codice civile, che vieta gli atti di disposizione del proprio corpo aventi come effetto una diminuzione permanente dell’integrità fisica, o comunque contrari alla legge, all’ordine pubblico o al buon costume), ed alcune norme del codice penale a tutela della vita e dell’incolumità della persona umana. Numerose infine le norme contenute in leggi ordinarie, in evidente aumento nel corso degli ultimi decenni (si pensi alla normativa sui trapianti, sulla donazione di organi e di sangue, sull’interruzione di gravidanza, sul servizio sanitario nazionale, sul cambiamento di sesso, sulla procreazione medicalmente assistita, e così via, fino a quelle in discussione parlamentare in queste settimane relative alle cure palliative ed alle dichiarazioni anticipate di trattamento). Rimandando alle fonti legislative ed ai testi di medicina legale per un’analisi dettagliata di questa ampia normativa, di seguito intendo soffermarmi su alcune norme che ritengo decisive per elaborare quella visione complessiva, per quanto aperta ed elastica, dei problemi inerenti il rapporto tra diritto e corpo, che come ho già detto vuole essere il contributo specifico del mio intervento.

Sappiamo bene che nel nostro ordinamento esiste una sintetica ma decisiva disciplina dei delitti contro la persona, inaugurata dall’art 575 del codice penale del 1930 con la norma incriminatrice dell’omicidio: “Chiunque provoca la morte di un uomo, è punito...”. Difficile mettere in dubbio che simili regole, presenti in tutti gli ordinamenti *ab immemorabili*, siano pietre angolari di qualunque edificio di civiltà che aspiri ad una qualche durata nella pacifica coesistenza dei suoi consociati, e dunque facciano parte di quel novero di norme giuridiche che potremmo considerare *strutturali*, e quindi imprescindibili. Ma la *ratio* della sanzione per le condotte omicide, come ap-

pare più chiaramente negli articoli che seguono questo primo nel titolo dedicato ai delitti contro la persona, non risiede esclusivamente nell'impegno a scongiurare la violenza assassina, emarginandola dalla coesistenza ed escludendone quindi l'impunità: altrimenti non si capirebbe in particolare il senso di una norma come quella dell'articolo 579, rubricato con l'espressione "omicidio del consenziente"¹⁸.

Se infatti, in generale, il consenso dell'avente diritto costituisce una delle cosiddette "cause di giustificazione" o "scriminanti", "toglie" cioè l'antigiuridicità delle condotte lesive di interessi altrui, a patto che tale consenso provenga effettivamente dal titolare dell'interesse minacciato o leso e sia manifestato in condizioni di sicura e trasparente consapevolezza e libertà, occorre chiedersi per quale ragione l'ordinamento comunque punisca l'omicidio del consenziente. Evidentemente, è qui in gioco un bene che l'ordinamento considera sottratto finanche alla disponibilità del suo stesso titolare. Se poi si guarda la norma nella prospettiva specifica della relazione clinica e chirurgica, che implica sempre un riferimento indiretto alla lesione del bene salute o addirittura del bene vita del paziente come possibile conseguenza indesiderata dell'azione terapeutica, è ancor più chiaro che il consenso dell'avente diritto, pur costituendo una condizione necessaria di tale azione, non è per ciò stesso sufficiente: a giustificare la condotta del medico e, ove sia il caso, del chirurgo non è soltanto la richiesta o l'autorizzazione del paziente, ma anche un'ulteriore condizione che, sempre col vocabolario delle cause di giustificazione, possiamo chiamare stato di necessità, o ricondurre, con diversa semantica, alla dinamica propria della professionalità. È in ragione della professionalità del medico che il paziente decide di rivolgersi a lui allorché la soluzione del suo problema di salute esige il ricorso ad un professionista della salute; è in ragione della tipologia obiettiva di patologia in atto, riscontrata con adeguati criteri e strumenti diagnostici, che l'operatore sanitario mette a punto la strategia terapeutica in base alla propria scienza e coscienza e nel dialogo con la comunità scientifica internazionale. Insisto sui caratteri obiettivi della diagnosi e della terapia perché la grande enfasi con cui oggi-giorno viene presentata la dimensione intersoggettiva del rapporto medico-paziente, ovviamente importantissima, non deve, nel nome

¹⁸ Lo stesso potrebbe dirsi anche in relazione al successivo articolo che punisce l'istigazione o aiuto al suicidio: ove è altrettanto chiaro che con la condotta incriminata non contro la volontà e la libertà del titolare del diritto alla vita si sta andando, bensì contro un valore altro e diverso, soggiacente a questo e ad esso, in qualche modo, precedente ed assiologicamente sovraordinato.

di un'autonomia che sempre meglio chiede di essere tematizzata e compresa, far dimenticare che non stiamo qui parlando di un'elezione amicale o di uno scambio di punti di vista, ma di un vero e proprio ingaggio professionale, della domanda di un qualificato servizio diagnostico-terapeutico a cui deve far seguito una risposta del professionista la cui adeguatezza è possibile misurare in base a criteri teleologici obiettivi. Il tutto, per affrontare nel migliore dei modi possibili una concreta, reale, oggettiva insorgenza patologica¹⁹.

Oltre a porre in evidenza l'insufficienza del criterio volontaristico per legittimare l'azione del professionista sanitario, l'art. 579 del codice penale pone una regola particolarmente scandalosa per la logica di un diritto posto al servizio dell'individuo contro le violenze che esso possa subire: perché mai un comportamento accettato dal suo destinatario dovrà essere considerato "violento", se è accettato o addirittura desiderato ed implorato da colui che ne paga tutte le conseguenze? Si potrebbe evocare l'esempio della violenza carnale: è a tutti noto che lo spartiacque tra il culmine naturale dell'amore fisico e la brutta violenza carnale – a parità di condotta esterna – è semplicemente il consenso. In materia sessuale, dunque, ciò che vuole uno dei due partner decide della natura etica e giuridica (lecita o criminale) dell'atto compiuto dall'altro. Quando parliamo di omicidio evidentemente non è in gioco soltanto una libertà specifica dell'individuo, di cui questi possa arbitrariamente disporre, come può essere la libertà sessuale: è in gioco invece un bene che fonda tutte le libertà, e che *non è* a sua volta una libertà. È in gioco il "bios": qualcosa di misterioso, certamente, che però altrettanto certamente non consiste in una libertà, e se mai è la premessa di qualunque libertà potenziale e di ogni suo attuale esercizio. In questo senso è stata elaborata la categoria, filosofica e poi giuridica, della *indisponibilità*.

¹⁹ "La legittimità del trattamento sanitario volontario deriverà quindi dall'esistenza in concreto dei presupposti di cui abbiamo parlato, cioè di un consenso spontaneamente e coscientemente dato, nonché della reale utilità e della validità, sulla base delle conoscenze mediche del momento, dell'intervento" (così R. Romboli, *La libertà di disporre del proprio corpo*, estratto dal *Commentario al Codice Civile Scialoja – Branca*, Bologna, 1987, p. 254). in quest'ordine di idee può risultare problematico l'assetto che nel Parere del 24 ottobre 2008 il Comitato Nazionale per la Bioetica ha inteso dare alla delicata questione del *Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento* (parere peraltro molto contestato anche all'interno del Comitato stesso: sia permesso in proposito il rinvio a C. Sartea – S. Anzilotti, *Il Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica su rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario*, in *Medicina e Morale*, 2009/1, pp. 59 e ss.

6. Il diritto tra pretese soggettive e beni indisponibili

È a tutti noto che è proprio su questa categoria della indisponibilità che è venuto a collocarsi lo spartiacque del dibattito culturale, politico e giuridico, per esempio sul cosiddetto (con sincopata e sgraziata espressione) “fine vita”: da una parte si collocano i sostenitori di una dimensione oggettiva di non disponibilità del *bios* nemmeno da parte del titolare stesso; dall'altra i fautori di una innovativa attribuzione al soggetto di diritto della integrale disponibilità del proprio *bios*, fermo restando il principio di indisponibilità del *bios* altrui nonché quello che esige, per la disponibilità del sé, piena capacità (problematizzando quindi l'attribuzione di tale plenipotenzialità ai minori ed ai soggetti privi di coscienza o raziocinio, salvo, per questi ultimi, avventurarsi in più o meno plausibili ricostruzioni a posteriori delle volontà presunte).

Nel settore civilistico del nostro ordinamento figura, e tra i primi articoli del codice, una norma celebre che diventa particolarmente importante a questo punto del nostro discorso: si tratta dell'art. 5 del codice civile del 1942, ove leggiamo che “gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume”. La norma è almeno apparentemente chiara e limpida: muove dalla presa d'atto dell'immediata disponibilità che ogni persona fisica ha nei riguardi del proprio corpo, e vi pone dei limiti (un esplicito divieto legale) la cui *ratio* essa stessa immediatamente specifica: la proibizione riguarda atti dispositivi tali da produrre menomazioni non temporanee ma definitive dell'integrità. La clausola di chiusura include nel novero dei divieti anche ogni contrarietà ad altre regole di legge nonché ai parametri elastici e generalissimi del buon costume e dell'ordine pubblico. La *Relazione al Re* che accompagnò la presentazione ed approvazione parlamentare del codice civile argomenta tale *ratio* in base al concetto di “abuso del diritto”: nemmeno il titolare di un diritto soggettivo può esercitarlo senza limiti, a prescindere dalla pienezza nel suo godimento che può anche essere giuridicamente indiscutibile e giurisdizionalmente tutelabile con ogni mezzo. Con un'applicazione specifica di un concetto generale (che mai ebbe peraltro traduzione codicistica in quanto tale, scegliendo il legislatore del 1942 di disciplinarlo analiticamente solo in relazione a determinati istituti – tra i quali il più rilevante è il diritto di proprietà, con il “divieto di atti emulativi” di cui all'art. 822), gli autori del codice hanno deciso di vietare tale

abuso del diritto di disposizione del proprio corpo in ragione dei superiori interessi della famiglia e della società, verso i quali ogni soggetto è anzitutto tenuto ad adempiere i propri doveri.

Lungo i decenni, l'ermeneutica di tale norma cruciale ha conosciuto un'evoluzione piuttosto significativa²⁰, che ha di volta in volta posto l'accento sull'inscindibilità del nesso corpo-persona²¹, sulla distinzione tra "libertà" e "potere"²², sull'idea di "disponibilità limitata" come bilanciamento dell'affermazione di un potere, da un lato, e dall'altro lato la presenza di vincoli marcati per il suo esercizio²³. Interessante notare, anche se qui rimane un inciso per motivi di spazio, che in quest'ordine di idee anche la sperimentazione sull'uomo trova legittimazione (nel senso di conformità all'art. 5 codice civile di cui stiamo parlando) solo a condizione che l'eventuale menomazione permanente dell'integrità fisica del soggetto che ne dispone mediante consenso all'attività sperimentale, sia il primo beneficiario dei suoi risultati positivi²⁴. Tale condizione decide della validità del consenso prestato, ed è particolarmente delicata da verificare in alcuni casi, come quello della chirurgia estetica (per il quale soccorre ed integra il criterio della proporzione).

L'odierna interpretazione²⁵ della norma e della sua *ratio* tende a

²⁰ Tanto che molta dottrina ne pone in evidenza l'anacronismo e l'inadeguatezza a normare la complessità delle biotecnologie: cfr. R. Romboli, *op. cit.*, p. 225; S. Rodotà, *Tecnologie e diritti*, Bologna, 1995, p.179.

²¹ Per A. Pino, "il corpo dell'uomo è preso in considerazione dal diritto come l'elemento materiale del fenomeno persona" (A. Pino, *Contributo alla teoria giuridica dei beni*, in "Rivista trimestrale di Diritto Processuale Civile", 1948, p. 836).

²² F. Santoro-Passarelli sostiene che "stante l'unità della persona (...) può parlarsi soltanto di libertà, non di potere rispetto a se medesima" (F. Santoro-Passarelli, *Dottrine generali del diritto civile*, Napoli, 1954, p. 35).

²³ Per suffragare questa tesi M. Pesante opera una distinzione tra "integrità fisica" e "vita", nel senso che la prima ha un margine di disponibilità, sebbene appunto limitata dalla norma dell'art. 5 e dal divieto di menomazione permanente, mentre la seconda inerisce il diritto alla vita, che "non è disponibile nemmeno mediante consenso" (M. Pesante, voce *Corpo umano (atti di disposizione)*, in *Enciclopedia del Diritto*, Milano, 1960, vol. X, p. 658).

²⁴ Così ancora M. Pesante, *op. cit.*, p. 660, del resto in piena continuità con la prospettiva della bioetica personalista (cfr. per tutti E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, Milano, 2007). In tal senso utile la distinzione di R. Romboli, *op. cit.*, p. 322, tra sperimentazione scientifica e sperimentazione terapeutica o clinica (solo questa seconda ha tra i suoi scopi quello di provvedere alla guarigione o almeno al miglioramento delle condizioni di salute delo soggetto di sperimentazione, in assenza di trattamenti la cui efficacia sia già accreditata).

²⁵ Mi rifaccio qui al *Dizionario enciclopedico del Diritto*, diretto da F. Galgano, Padova, 1996, che alla voce "Atti – di disposizione del proprio corpo" (vol. I, p. 156), opera tale distinzione.

distinguere tra atti di disposizione giuridica del proprio corpo a vantaggio di altre persone fisiche (che vengono abitualmente disciplinati da apposite leggi speciali come quella sulla donazione di rene²⁶ a fini di trapianto, ovvero sulla donazione del sangue²⁷), ed atti di disposizione cosiddetta “materiale” del proprio corpo, da considerare “fatti giuridici volontari aventi per oggetto il corpo umano”, e rientranti di conseguenza nel più vasto e problematico concetto di “autodeterminazione”. È per questi secondi che, in mancanza di normative specifiche, vigono i vincoli indicati dall’art. 5 del codice civile: risulta insomma pacifico che l’autodeterminazione sul sé non è affatto un diritto assoluto, trovandosi a fare i conti con le limitazioni di tale norma, il cui travalicamento integra una fattispecie di nullità del negozio giuridico (per diretta contrarietà a norme imperative – art. 1425 codice civile –, o, se si preferisce, per illiceità della causa in conseguenza della violazione di norme imperative).

Più in generale, ed alla luce di un’idea ormai molto diffusa in letteratura, secondo cui con la Carta repubblicana del 1948 abbiamo avuto una vera e propria “costituzionalizzazione della persona umana”, che in qualche modo è il faro e la guida ermeneutica dell’intero testo costituzionale, è stato intelligentemente sostenuto²⁸ che più che all’integrità fisica come principio statico, nell’interpretazione costituzionalmente aggiornata dell’art. 5 cod. civ. occorre avere riguardo alla vita personale dell’individuo: così, per esempio, è possibile evitare il formalistico conflitto tra tale norma codicistica e l’indiscusso principio di favore per i trapianti da vivente di organi doppi, come i reni (la legge del 1967, infatti, si pone come eccezione giustificata al divieto generale dell’art. 5, solo in un ordine di idee ispirato al principio solidaristico di tipo profondamente relazionale affermato in particolare dall’art. 2 della Costituzione). Ancora più paradossale sarebbe l’interpretazione rigida del codice civile che portasse a negare liceità a trattamenti sul proprio corpo di indubbia dannosità permanente ma indispensabili per la sopravvivenza, come l’amputazione finalizzata all’asportazione di un tumore o di una cancrena.

Del resto, a mettere in dubbio l’assolutezza dell’autodeterminazione concorre persino una delle norme più evocate per suffragarla, quell’art. 32 della Costituzione che, ben prima di affermare che “nes-

²⁶ Si tratta della Legge n. 458 del 1967.

²⁷ Si tratta delle Leggi n. 592 del 1967 e n. 1256 del 1971.

²⁸ F. Mantovani, *Trapianti e sperimentazione umana*, in “Rivista italiana di medicina legale”, 1983, pp. 843 e ss.

suno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”, a primo comma definisce la salute “fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività”: in analogia al bilanciamento operato all’art. 2 della stessa Carta Fondamentale tra diritti inviolabili e doveri inderogabili, anche questa norma specifica è costruita sull’equilibrio tra posizioni attive e passive, cioè, più semplicemente, tra diritti e doveri in reciproco richiamo e simultanea fondazione. La reciprocità strutturale di diritto e dovere, anche a prescindere dalla sua spiegazione ontologica profonda, si rivela come l’unica maniera possibile per affermare normativamente un diritto alla salute in espansione ed in aderenza ai progetti di vita del singolo in un contesto di libertà anche giuridica reale, e al tempo stesso scongiurare i paradossi che da un’affermazione di tale diritto priva di qualsivoglia criterio di arginamento discenderebbero molto rapidamente (si pensi alle ipotesi di “diritto al suicidio”, alla conseguente penalizzazione come violenza privata o sequestro di persona dell’intervento di soccorso nei casi di tentato suicidio non coronato da successo, all’obbligo per il professionista sanitario di adempiere a qualsiasi richiesta di soggetto competente, con sanzioni civilistiche e persino penalistiche per l’inadempienza, e così via).

In generale, l’armonizzazione dell’autonomia – giuridicamente elevata al rango di autodeterminazione come diritto, sebbene tale categoria sia a mio avviso piuttosto discutibile ed in ogni caso non scontata, almeno perché del tutto assente dal tessuto normativo positivo vigente – di un soggetto con l’autonomia di ogni altro soggetto eventualmente richiesto di attivarsi come cooperatore necessario per il raggiungimento degli scopi intenzionati dal primo, non può non passare dall’accettazione di un orizzonte oggettivo di valori, in seno al quale, prima o poi, s’incontra il valore “indisponibilità” come frontiera assoluta del potere dispositivo attribuito operativamente all’autodeterminazione del soggetto. Su questo concordano voci provenienti da semantiche e prospettive teoretiche molto differenti: basti pensare che tanto Benedetto XVI quanto Jürgen Habermas evocano tale categoria da punti di vista evidentemente assai distanti. Il Pontefice romano, nella recente e preziosa enciclica *Caritas in veritate*, espressamente si riferisce alla categoria dell’indisponibilità²⁹; il noto

²⁹ Benedetto XVI, Lettera Enciclica *Caritas in veritate*, Città del Vaticano, 29 giugno 2009, n. 68: “Nessuno plasma la propria coscienza arbitrariamente, ma tutti costruiscono il proprio ‘io’ sulla base di un ‘sé’ che ci è stato dato. Non solo le altre persone sono indisponibili, ma anche noi lo siamo a noi stessi”.

intellettuale tedesco di origine marxiana, oggi spostatosi su posizioni che, pur permanendo agnostiche dal punto di vista religioso, sul piano politico sono certamente modulate in chiave liberaldemocratica, la evoca per dimostrare, all'interno di uno specifico discorso critico nei riguardi della sperimentazione genetica e della manipolazione embrionale, l'esistenza di vincoli morali all'agire tecnico³⁰.

Per comprendere questa complessa dialettica tra dimensione soggettiva e dimensione oggettiva, parallela a quella tra diritto alla salute declinato come diritto di libertà, e diritto alla vita concepita come *bios* indisponibile, dialettica non banalizzabile se non al prezzo di gravi compromessi ideologici, ci possiamo intendere meglio spostando³¹, almeno inizialmente, l'asse del ragionamento nell'ambito di un diritto di libertà come quello elettorale. Non c'è dubbio, infatti, che in quanto titolare legittimo di questo diritto, che mi è riconosciuto in tutte le costituzioni liberali dei Paesi giuridicamente civili, io possa indirizzare il mio voto a favore di chi intendo appoggiare perché mi rappresenti, con le sue idee in cui mi rispecchio, con la sua carismatica personalità in cui mi ritrovo, e così via. Non c'è dubbio nemmeno sul fatto – assai frequente a quel che si dice – che io possa anche utilizzare il mio voto come una manifestazione di protesta, appoggiando fazioni estreme non perché in esse mi identifichi, ma semplicemente perché intendo lanciare a chi detiene il potere, un messaggio di scontento, di disinteresse e disimpegno nei confronti di una politica che avverto come sempre più estranea oppure ostile. Quel che però *non posso fare mai*, pena la commissione di un reato, è *vendere* il mio voto, disporne in qualunque altro modo che non sia il suo fisiologico esercizio: impegnarmi per esempio, dietro il versamento di un prezzo, ad appoggiare un certo candidato o comunque assecondare le sue strategie elettorali o politiche.

Per quale motivo, in un sistema liberale in cui la libertà dovrebbe essere fondante, assistiamo a tale impedimento? Siamo di fronte ad uno di quei casi in cui il fondamento di un diritto di libertà è il fattore che ne condiziona e delimita l'esercizio, generando la possi-

³⁰ Come scrive Habermas, “lo sviluppo dell'ingegneria genetica finisce per confondere, riguardo alla natura umana, distinzioni categoriali che – situandosi a un profondo livello antropologico – riguardano il soggettivo e l'oggettivo, lo spontaneo e l'artificiale. Perciò la strumentalizzazione della vita prepersonale mette a rischio quella autocomprensione etica del genere che è discriminante per poter decidere, anche rispetto al futuro, se noi vogliamo continuare a intenderci come esseri che agiscono e giudicano in termini morali” (J. Habermas, *Il futuro della natura umana. I rischi di una genetica liberale*, (2001), trad. it. a cura di L. Ceppa, Torino, 2002, p. 71).

³¹ Anche qui sulla scorta di una suggestione proveniente da Francesco D'Agostino.

bilità di un vero e proprio “abuso” del diritto medesimo: se la fonte della libertà di voto è il riconoscimento della dignità eguale di tutti i cittadini adulti, da cui deriva l’eguale diritto ad essere rappresentato nelle arene di potere, occorre nell’interesse di quei medesimi cittadini e del funzionamento della cosa pubblica nel delicatissimo e cruciale momento elettorale, garantire che di tale riconoscimento nessuno, *nemmeno il titolare*, possa abusare. In altre parole, anche un diritto fondamentale come quello di voto, inconculcabile e nella piena disponibilità del suo titolare, in presenza del rischio di un suo esercizio difforme dalla funzione propria per la quale è stato riconosciuto, viene vincolato con precise indicazioni aventi persino rilievo penale. Il diritto potrà al limite non essere esercitato: ma se viene esercitato, ciò dovrà avvenire all’interno di una gamma di possibilità di esercizio che costituisce il ventaglio delle possibilità *coerenti con la sua funzione propria*: al di fuori di esse, vi sarebbe tradimento della funzione e conseguentemente abuso del diritto.

Qualcuno in sede critica potrebbe anche avanzare contro questo argomento l’ipotesi che la *ratio* di questo divieto è di tipo più procedurale o addirittura pragmatico, che sostanziale: si tratta di un’ipotesi che ritengo riduttiva, ma anche ammettendone la plausibilità continuerebbe a funzionare, a favore di ciò che sto sostenendo, l’analogia col diritto alla vita. Non è chi non veda, infatti, come l’introduzione di norme che possano in qualche modo agevolare la disponibilità della propria vita attiverrebbe presto o tardi nei soggetti “a rischio” (anziani, malati terminali, persone affette da malattie degenerative inguaribili) un inevitabile e crescente senso di colpa. Se nessuno può disporre della propria vita, in effetti, tutti avranno a disposizione un motivo in più per sostenere la propria difficile condizione, fino al suo naturale esito, consapevoli della comune accettazione sociale e familiare (non ci sono alternative, andiamo avanti: come il “bentornata” che il nostro paziente dentro lo “scafandro” rivolge alla fisiatra il giorno dopo la crisi); tutti tranne quei pochi ribelli ad oltranza che non mancano mai, e che comunque non potranno avvalersi di scappatoie legali per legittimare le proprie, magari profonde e sincere, inquietudini esistenziali. Se invece chiunque può, anche a rigorose condizioni – sempre soggettivamente interpretabili ed adattabili, quindi restringibili o allargabili a piacimento dai singoli utenti del diritto e poi dai giudici – disporre della propria vita, il discorso si rovescia nel suo contrario: l’accettazione della situazione clinica diventerà molte volte una colpa, davanti ai familiari “spossati” e con pochi mezzi, ed al cospetto di un’intera società “sfibrata” a causa delle risorse investite per la cura

dei pazienti utilitaristicamente irrecuperabili. Con quale effetto sulla coscienza di sé del paziente e sulla lucida manifestazione delle sue volontà cliniche?³²

7. Ordinamento giuridico e autentico progresso umano

L'ordinamento giuridico ha dei vincoli ontologici – almeno secondo la visione che qui ne ho proposto, e che ritengo l'unica adeguata a “pensare” davvero il diritto, fuori dagli angusti o ideologici riduzionismi del positivismo giuridico nelle sue varie formulazioni volontaristica, imperativistica, normativistica, e così via. Ma l'ordinamento giuridico ha anche dei problemi pratici da risolvere: deve farsi carico delle conseguenze, avere un minimo di capacità predittiva circa i nessi causali che legano le decisioni normative prese oggi ai fatti di vita dei consociati di oggi e di domani. L'incapacità di decidere ed agire anche alla luce delle conseguenze di medio e lungo periodo la chiamiamo di solito irresponsabilità, ed è quanto basta per decretare l'inadeguatezza di un governante e la necessità di sostituirlo al più presto con persone all'altezza³³.

L'indisponibilità della vita umana rimane un baluardo della civiltà giuridica: essa scaturisce dalla precomprensione della dignità umana ed in qualche modo la salvaguarda; essa conferma la natura ontologica relazionale della persona umana anche come soggetto di diritto, nell'intreccio di diritti e doveri che costruisce l'ordito dell'ordinamento, gli conferisce sensatezza e ne mette alla prova via via la coerenza³⁴.

³² L'argomento ora evidenziato è uno di quelli che fondano il dissenso di F. D'Agostino nei confronti del Parere approvato lo scorso 24 ottobre 2008 dal Comitato Nazionale per la Bioetica ed intitolato “Rifiuto e rinuncia consapevole alle cure e relazione paziente-medico”: sul parere, e su questo tipo di critica, sia consentito anche il rinvio a C. Sarthea – S. Anzilotti, *Il Parere del Comitato nazionale per la Bioetica su rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario*, in *Medicina e Morale*, 2009, 1, pp. 59 e ss. (in appendice del medesimo numero della rivista anche il testo integrale del documento, peraltro reperibile agevolmente nel web presso il sito istituzionale del Comitato Nazionale).

³³ Come noto, per Hans Jonas (*Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, (1979), ediz. it. a cura di P. P. Portinaro, Torino, 1990), questo criterio è addirittura il criterio definitivo di ogni morale della civiltà tecnologica, dal livello strettamente individuale a quello delle macrodecisioni politiche e legislative.

³⁴ Com'è stato ben scritto, “poiché non sono *i corpi* a entrare in relazione, ma *le persone col loro corpo*, il criterio della relazionalità sarà chiamato a salvare non *i corpi*, ma *la possibilità di relazione* che per loro tramite si attivano” (F. D'Agostino, *Verso uno*

Ciò non significa che sia impossibile ipotizzare un'evoluzione del concetto e della prassi del diritto alla salute, specie in parallelo al progresso strepitoso della biotecnologia. La sostituzione, diffusamente condivisa, del paradigma paternalistico con quello dell'alleanza terapeutica è segno chiaro di questa evoluzione, che sul piano giuridico si è tradotta nell'aumento d'importanza del consenso informato e dovrebbe ancor di più stimolare lo sviluppo del dialogo terapeutico (in fondo, la prospettiva in cui si muove la normativa in approvazione alla Camera, e prima di essa, nel 2003, il Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sulle dichiarazioni anticipate di trattamento, è esattamente questa). L'approfondimento dell'ermeneutica dell'art. 32 Costituzione è allo stesso modo, quando corretto e ordinamente coerente, un indice della medesima maturazione: che non avviene quando lo si strappa dall'articolato tessuto della Carta Fondamentale e dell'intero *corpus* normativo, innalzandolo ad un'assolutezza che non solo è negata dalla sua collocazione nella Carta e dalla necessità di un'interpretazione integrata, ma è fin dall'inizio impedita dalla semplice lettura del suo dettato, totalmente estraneo ad un'atmosfera di esaltazione della volontà individuale con forza di vincolo giuridico per l'attività responsabile del professionista sanitario.

L'indisponibilità della vita umana ha invece un altro significato e ben diversa pregnanza, specie nella prospettiva della filosofia del diritto che ritengo più appropriata. Essa rappresenta un baluardo ineliminabile per evitare la scissione tra persona e corpo (secondo la logica del possesso di cui si è detto), e la conseguente, inevitabile riduzione del secondo alla prima, dislocata, in mancanza di meglio, nella libertà come principale attributo della volontà arbitraria del soggetto individuale³⁵.

statuto giuridico del corpo umano, in AA. VV., a cura di F. D'Agostino, *La sterilizzazione come problema biogiuridico*, Torino, 2002, p. 5. Questo criterio – la relazionalità – di cui viene esplorata la consistenza antropologica secondo vari punti di vista possibili, offre numerose soluzioni di problemi difficili in ambito bioetico e biogiuridico: si veda in proposito, nel medesimo testo, l'applicazione del criterio relazionale al problema della sterilizzazione volontaria edonistica, da ritenersi biogiuridicamente inammissibile perché tale da "alterare la disponibilità relazionale" del corpo del soggetto sterilizzato (p. 8), o anche, più in generale, il capitolo "Il principio famiglia come criterio bioetico fondamentale", in F. D'Agostino, *Una filosofia della famiglia*, Milano, 1999, pp. 181 e ss..

³⁵ L'oscillazione pendolare cui continuamente assistiamo nei dibattiti ufficiali ed in quelli popolari relativi al bene salute, al corpo, al diritto alla vita, all'eutanasia, ecc., è ben descritta da D'Agostino quando, riferendosi al "bios" egli osserva: "Nulla ci autorizza a sacralizzarlo, come avviene in alcune forme ingenuie di naturismo, che si illudono che basti formulare il precetto difendi la vita! per dare al diritto un principio adeguato di operatività. Ma nello stesso tempo nulla ci autorizza a cosificarlo,

Questa insistenza sull'indissolubilità biografica di "bios" e "psyché" è del resto decisiva per non trovarsi a "gettare il bimbo con l'acqua sporca": per non eliminare, assieme ad un inaccettabile spiritualismo, anche il significato proprio della coesenzialità di anima e corpo nel vivente umano, ed appiattare il "bios" sul "soma", riducendo la biografia umana alla sua mera materialità corporea elevata a fine supremo. Il vivente umano è il suo corpo, ma ne è sempre *anche* qualcosa *di più*:

"Ogni pratica medica è giuridicamente giustificata non perché benefica sempre e comunque per il *bios*, ma in quanto orientata comunque al bene della persona (...). Non perché non si hanno garanzie della veridicità della testimonianza (...) che ne consegue, è infame la tortura. Non perché non abbia forza dissuasiva è inaccettabile la pena di morte. Non perché non riesca a prolungare obiettivamente la vita del corpo, è condannabile l'accanimento terapeutico. Non perché non possa far acquisire a chi la subisce una straordinaria vocalità, è ripugnante la castrazione. Queste pratiche possono produrre effetti al limite anche socialmente vantaggiosi e comunque corrispondenti esattamente alle intenzioni di chi le pone in essere: vanno rifiutate, come *antigiuridiche* – oltre che come non etiche – non perché dannose, ma perché umiliano il nesso *psyché/bios*, disumanizzandolo"³⁶.

Ogni prospettiva che depotenzi l'obiettiva connessione tra oggettivo e soggettivo nel "bios" umano, in altre parole, si manifesta come eticamente e giuridicamente insostenibile, per la falsificazione della realtà da cui dipende (l'uno o l'altro dei riduzionismi possibili in questo campo), ed anche alla luce delle sue conseguenze. In effetti, esse riveleranno sempre, presto o tardi, un'intrinseca carica di violenza, e diverranno dunque incompatibili ed antitetiche rispetto alla pacifica coesistenza che costituisce la finalità essenziale del diritto. Come è stato molto ben scritto,

"se il diritto ammettesse il dualismo corpo/persona e la riduzione di un termine all'altro, la disincarnazione della persona e la depersonalizzazione del corpo, innescherebbe (o, meglio, re-innescherebbe) la logica della lotta dell'uomo contro l'uomo (...), la lotta dell'uomo-persona contro

quasi che il precetto: sii autonomo! implichi una disponibilità indiscriminata del soggetto su quella dimensione di se stesso che è il bios (e Kant ne era tanto consapevole da affermare che nemmeno la parte apparentemente più marginale del nostro io corporeo, nemmeno un dente, è propriamente disponibile da parte nostra)": così ancora F. D'Agostino, *Bios/Zoe/Psyche*, in Id., *Parole di bioetica*, cit., p. 32.

³⁶ *Ibidem*, p. 34.

l'uomo non-persona, la logica della discriminazione, della disuguaglianza e della differenza tra gli uomini"³⁷.

Il realismo degli scenari prospettati, che evocano le barbarie di ogni tempo, anche quelle più vicine a noi e più esorcizzate nelle nostre culture, è confermato dall'inquietante e discutibile "bioetica" di autori che distinguono in seno al novero degli esseri umani quelli che sono persone e quelli che non lo sono, onde poter stabilire una frontiera della dignità e della conseguente tutela giuridica, evocando in modo esplicito i concetti nietscheani dalla cui discussione cui siamo partiti. Sempre, prima di tali conclusioni e come un passo necessario per giungere ad esse, tali autori sono indotti a relativizzare il significato del bene vita, affidando alla volontà individuale le decisioni terminali, vincolando ad esse medici e legislatori, ed in definitiva compromettendo irrimediabilmente il principio di indisponibilità che così resta in balia degli arbitri individuali o collettivi.

Qui in fondo, e per concludere, troviamo il motivo principale per cui non è possibile, quando si è in bilico sul confine tra la vita e la morte, accettare la logica del "diritto minimo" (molto simile a quella dell'ambiguo "diritto mite", a cui anche recentemente è stato fatto riferimento dai rappresentanti della categoria professionale dei medici), o addirittura del "niente diritto, niente regole: solo libertà e spazi per esse, con l'unico vincolo della compostibilità di tutte le libertà". Questa logica non è in grado di rimanere fedele a se stessa: sacrifica sistematicamente, prima o poi, i soggetti deboli, o perché non sono in grado di esercitare la propria libertà (ed in tal senso, secondo alcuni, non sono nemmeno pienamente persone, pur essendo indiscutibilmente viventi umani), o perché a seguito del sottile ricatto familiare o sociale di cui si è detto, non riescono a gestire il peso di un quasi sempre infondato senso di colpa e rimangono vittime, solo apparentemente volontarie, di una perversione del sistema di cura, che ha più a cuore l'efficienza ed i vincoli economici che lo stesso principio di accudimento, derivante da una consapevole accettazione pubblica della priorità della persona.

La logica del diritto "minimo", "mite" o "assente", va dunque rigettata, scoprendo e riscoprendo le ragioni profondamente umane di un diritto che, per essere fedele a se stesso ed alla propria configurazione strutturale, non può abbandonare le proprie premesse essenziali:

³⁷ L. Palazzani, *Corpo e persona: i percorsi filosofici della bioetica e della biogiuridica*, in AA:VV., a cura di F. D'Agostino, *Il corpo de-formato. Nuovi percorsi dell'identità personale*, Milano, 2002, p. 144.

“se il diritto legittima e giuridifica qualsiasi richiesta della persona ‘sul’ corpo proprio e altrui (...), secondo l’idea generale che la civiltà postmoderna della tecnica si è fatta della natura e del corpo, veniamo alienati nel mondo delle cose, perdiamo la nostra umanità. Il diritto può giustificare, giuridicamente, solo richieste ‘per’ il corpo: anche se all’inizio è quantitativamente impercettibile e alla fine è debole e dipendente dagli altri, è una soggettività qualitativamente forte”³⁸.

Ritorniamo insomma alla sobria ma luminosa espressione di Dag Hammarskjöld: “Il corpo: non una cosa, né ‘di lui’, né ‘di lei’, non uno strumento per la tua opera o il tuo desiderio. Nell’estrema nudità: l’Uomo”³⁹, con tutto quel che ne deriva per l’autocomprensione dell’agire medico oltre i tentativi postnietzscheani di delegittimare il nesso costitutivo, perché ontologicamente fondato, tra *cure* e *care*.

³⁸ *Ivi*, p. 146.

³⁹ D. Hammarskjöld, *op. loc. cit.*.

*Finito di stampare
settembre 2010
da Fva - Varese*