



MIMESIS LA SCALA E L'ALBUM

N. 31

Collana e sezione dirette da *Luigi Perissinotto*

COMITATO SCIENTIFICO

Franco Biasutti (Università di Padova)

Silvana Borutti (Università di Pavia)

Giuseppe Cantillo (Università Federico II di Napoli)

Franco Ferrari (Università di Salerno)

Massimo Ferrari (Università di Torino)

Elio Franzini (Università Statale di Milano)

Hans-Helmuth Gander (Albert-Ludwigs-Universitaet Freiburg)

Jeff Malpas (University of Tasmania, Australia)

Salvatore Natoli (Università di Milano-Bicocca)

Stefano Poggi (Università di Firenze)

Ramon Garcia Rodriguez (Universidad Complutense de Madrid)



COMUNICARE IN MEDICINA

L'arte della relazione

a cura di
Laura Candiotto e Luigi Vero Tarca

Prefazione di Maurizio Scassola



MIMESIS
La scala e l'album

Il volume è uno dei risultati della ricerca scientifica sorta grazie alla Convenzione tra l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Venezia e il Dipartimento di Filosofia e Beni Culturali dell'Università Ca' Foscari di Venezia.

Il volume è pubblicato grazie al contributo dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Venezia.



**Ordine dei Medici Chirurghi e
Odontoiatri della Provincia di
Venezia**



**Università
Ca' Foscari
Venezia**

**Dipartimento
di Filosofia
e Beni Culturali**

MIMESIS EDIZIONI (Milano – Udine)

www.mimesisedizioni.it

mimesis@mimesisedizioni.it

Collana: *La scala e l'album*, n. 31

Isbn: 9788857525778

© 2014 – MIM EDIZIONI SRL

Via Monfalcone, 17/19 – 20099

Sesto San Giovanni (MI)

Phone: +39 02 24861657 / 24416383

Fax: +39 02 89403935

In copertina: Felix Vallotton, *The Rising Tide*, 1913.

INDICE

PREFAZIONE. IL PERCHÉ DI UN INCONTRO 7
di Maurizio Scassola

INTRODUZIONE 11
di Laura Candiotta

PRIMA PARTE

LA COMUNICAZIONE IN MEDICINA

CURA E COMUNICAZIONE 17
di Luigi Perissinotto

Discussione a cura del Dott. Pietro Valenti 27

LA COMUNICAZIONE RESPONSABILE 29
di Ivana Padoan

Discussione a cura del Dott. Giovanni Leoni 49

COMUNICAZIONE E VERITÀ 53
La cura dei mortali nell'età della tecnica
di Luigi Vero Tarca

Discussione a cura del Dott. Sandro Panese 91

COMPORRE ARMONIE 95
La cura delle relazioni nelle pratiche filosofiche integrali
di Laura Candiotta

Discussione a cura della Dott.ssa Ornella Mancin 107

SECONDA PARTE
PRATICHE FILOSOFICHE PER LA MEDICINA

LA RELAZIONE NEL DIALOGO A partire da Socrate e Gregory Bateson <i>di Andrée Bella, Laura Candiotto</i>	113
LA CURA DEI GESTI E L'AMORE PER LE IMMAGINI Pratiche e riflessioni intorno alla fisiologia delle relazioni nel quotidiano a partire da James Hillman, Pierre Hadot, Raimon Panikkar <i>di Bruna Marchetti, Tiziana Mattiazzi</i>	123
IL CORPO E LA CITTADELLA INTERIORE Pratiche di ascolto e parola per la cura di sé e delle relazioni <i>di Mauro Semenzato</i>	139
IL CORPO DELLA RELAZIONE A partire dallo zen, dal taoismo e dalla filosofia greca <i>di Massimiliano Cabella, Christian Doni, Stefano Sangiorgio</i>	149
NOTE BIOGRAFICHE DEGLI AUTORI	163

MAURIZIO SCASSOLA*

PREFAZIONE

Il perché di un incontro

I medici *hanno poco tempo*, vivono freneticamente il loro lavoro, spesso subiscono cambiamenti organizzativi predefiniti da altri (politici, amministratori, economisti, teorici dell'organizzazione aziendale...), sono immersi in un ambito culturale e organizzativo in logaritmica evoluzione (sembra che solo il settore aereospaziale offra un analogo livello di complessità e rapidità evolutiva) dove una età media elevata (54-56 anni a seconda delle aree mediche) non favorisce la capacità di adattamento ai nuovi modelli organizzativi. L'organizzazione è spesso vissuta come il volto della negatività, se poi riflettiamo che il medico rappresenta, per le persone, il volto della organizzazione comprendiamo come questo possa creare ai medici disorientamento, rabbia e depressione. In un tale contesto è facile subire il *burnout*, termine ripreso dalla psichiatra americana C. Maslach nel 1975, la quale lo ha utilizzato per definire una sindrome i cui sintomi evidenziano una patologia comportamentale a carico di tutte le professioni di aiuto e caratterizzata dall'esaurimento emozionale e dalla riduzione delle capacità relazionali. Il rapporto con le persone e con le loro più varie esigenze impone di essere sempre e comunque disponibili: *noi abbiamo più doveri degli altri*. Queste sono le sensazioni che comunemente caratterizzano le attività che hanno come obiettivo professionale il benessere delle persone e la risoluzione dei loro problemi, come nel caso di medici, psicologi, infermieri, insegnanti. Ma un incontro può cambiarti; alcune volte ci capita casualmente, altre volte lo cerchiamo. È probabilmente questo nostro *disagio* ma anche molta *curiosità* che ci ha fatto incontrare i *Filosofi* del Dipartimento di Filosofia e Beni Culturali di Ca' Foscari.

* Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia.

Questo Dipartimento si è sviluppato non solo nel campo della analisi filosofica ma anche in quello della analisi sociale, delle scienze della formazione, della analisi e formazione politico – professionale, della editoria, del giornalismo e delle buone pratiche filosofiche.

Ecco che le nostre riflessioni dentro la professione vengono supportate da un'*altra professione di aiuto: la Filosofia*.

Il Seminario aperto di Pratiche Filosofiche di Venezia e la Libera Associazione di Idee sono stati *l'occasione* di incontro e le buone pratiche filosofiche ci hanno offerto un cambiamento di prospettiva: l'altro parla di noi e noi parliamo all'altro di noi in un circolo virtuoso di ascolto. Siamo convinti che i medici non stiano *subendo un assedio soffocante* ma vivano con disagio un cambiamento epocale e velocissimo: *sono in crisi di adattamento*. Il consenso informato è forse lo strumento simbolico della nostra sofferenza perché esprime con le sue componenti relazionali, etiche, organizzative e giuridiche la complessità dei problemi quotidiani. Questo nostro incontrarci permette di svolgere riflessioni in ambito antropologico, sociale, etico, psicologico, giuridico e politico riorientandoci in questa nostra *crisi comunitaria*. D'altra parte come è possibile non parlare di una professione che viene messa alle corde? Altro esempio simbolico è rappresentato dalla informatizzazione che da supporto alle nostre attività diventa giorno dopo giorno *obiettivo assistenziale*: noi continuiamo ad assistere la macchina e la rete informatica, le nutriamo di dati e di informazioni, inviamo *i flussi* ad un server centrale che attraverso vie imperscrutabili ci risponde spesso che qualche cosa non funziona (è andato in *burnout*?) e di riprovare più tardi, noi guardiamo in faccia esasperati la persona che ci sta di fronte e ci chiediamo cosa ci faccia quel tizio dall'altra parte del tavolo! Sono forse in *burnout* o sono solo esasperato?

Ma i medici devono sempre riconoscere, ascoltare e curare chi sta dall'altra parte del tavolo perché persona che a noi si affida e non devono sentirsi altro rispetto alle loro comunità; devono uscire da una condizione di pura difesa e proporsi come soggetti non solo disposti al cambiamento ma che questo cambiamento governano e indirizzano attraverso le loro competenze e la loro autorevolezza sociale. Abbiamo bisogno di autonomia professionale e decisionale, ma questa autonomia deve confrontarsi con l'autonomia delle persone

che curiamo: la medicina oggi più che mai è ricerca di equilibrio tra queste due autonomie. Non possiamo pretendere di lavorare in una condizione di perfetta autonomia, questa sarebbe una falsificazione della realtà: solo un medico strabico, incapace di guardare l'insieme al quale appartiene, può pretendere, oggi, di non dover rendere conto del proprio operato specie quando si vive in *équipe* e si dipende, nell'ambito della sicurezza, gli uni dagli altri.

Il ricorso alla filosofia e alle pratiche filosofiche nasce dal bisogno di promuovere questa riflessione critica; dobbiamo porci in discussione con strumenti e modalità diversi dai consueti prestando attenzione ai profondi mutamenti che si succedono sia in ambito sociale che in ambito organizzativo e relazionale; stiamo ipotizzando una prospettiva di aiuto con quei soggetti competenti che culturalmente possono essere di sostegno al nostro cammino. Alla Filosofia si riconosce quella capacità di interrogare e leggere i contesti, di ripensare il sistema articolato delle relazioni fra diversi soggetti, di recuperare il senso della complessità e di offrirne una visione unitaria, produttiva, non da uno scranno puramente intellettuale, speculativo, ma nella prospettiva di una verifica e revisione veramente politica per un efficace orientamento nella vita pratica di tutti i giorni. La filosofia ci aiuta a dare *senso*.

Queste prime riflessioni hanno promosso la collaborazione tra l'Ordine dei medici e il Dipartimento di Filosofia e Beni Culturali di Ca' Foscari: si è predisposto così un progetto che ha prodotto il Convegno "Comunicare in Medicina. L'arte della Relazione" svoltosi il 28 settembre 2013, questa pubblicazione e altre iniziative; nel Convegno abbiamo affrontato insieme temi che sono alla base delle relazioni tra le persone ed abbiamo sviluppato esperienze di laboratorio nelle quali tutti si sono messi in gioco; ma abbiamo anche delineato un percorso per sviluppare le buone pratiche filosofiche per sollecitare l'arte dell'ascolto e del pensiero critico. Per la costruzione di una nostra rinnovata consapevolezza dobbiamo partite da un *pensiero critico interno, dall'analisi delle nostre sofferenze, attraverso la narrazione degli atti quotidiani* e l'ascolto attento di Altri che si raccontano.

La Pratica filosofica trova la sua massima espressione nella relazione tra le persone ma anche con l'ambiente ecologico che ha

bisogno delle nostre buone pratiche per mantenersi in equilibrio e per potersi evolvere in armonia; lo sguardo sul tutto ci permette di riprendere contatto con la realtà multiforme e ci rende ancora più consapevoli e responsabili. Partiamo dall'analisi dei fatti, dalla manifestazione del nostro disagio, a contatto con la nostra sofferenza e cresciamo nella consapevolezza delle dinamiche relazionali e con la gestione strategica della comunicazione. Ringraziamo i nostri Filosofi per questo *accompagnamento generativo*.

A proposito di generare e di generazioni: viviamo un tempo di grandi cambiamenti generazionali; dovremmo cogliere questa occasione anche per riscoprire i valori fondanti della professione e dividerli, confrontandoci, con le nuove generazioni di medici; anche questa è un'altra sfida. Trasmettere e recepire i valori transgenerazionali; interpretare e intraprendere una professione che sappia unire la professionalità ai valori etico – sociali, la specializzazione alla umanizzazione, l'orgoglio di appartenenza alla classe medica alla consapevolezza di essere parte di una comunità.

LAURA CANDIOTTO
INTRODUZIONE

La comunicazione, verbale e non verbale, è alla base di ogni relazione. In questo volume ci si interroga su come costruire delle relazioni efficaci attraverso una lucida consapevolezza in merito ai propri stili comunicazionali. La comunicazione agisce infatti a diversi livelli e con diversi strumenti: dai piani razionali a quelli affettivi e corporei, nella costituzione di messaggi che vanno ad agire, esplicitamente ed implicitamente, in diversi contesti relazionali. La comunicazione ha quindi a che fare con un tipo di conoscenza incarnata ed estesa, dove il soggetto è portatore di significato nell'esperienza che fa del mondo. La pragmatica è quindi lo spazio entro cui il soggetto scopre nella comunicazione la relazione con sé, con l'altro e con il contesto di riferimento.

Il campo di analisi scelto per questo volume è quello delle relazioni di cura nella professione medica.

I medici ogni giorno si trovano ad affrontare relazioni difficili: con i colleghi, con i pazienti e con i loro familiari, dovendo comunicare informazioni spesso spiacevoli.

La creazione di un contesto appropriato per una comunicazione efficace è spesso minata da tempi e ritmi di lavoro eccessivi e da fatiche che spesso non trovano spazio di condivisione tra i colleghi.

La deumanizzazione in medicina, che regola le relazioni tra i medici, i pazienti e i familiari secondo i bisogni dell'apparato sanitario, spesso in collisione con quelli degli umani, e la medicina difensiva, che crea un clima di sospetto reciproco tra il medico e il paziente, minano alle fondamenta ogni possibilità di costruzione di relazioni efficaci.

Riflessioni teoriche e prospettive pratiche che siano in grado di rispondere a tale problematica sono quindi sempre più urgenti e ne-

cessarie. Il paziente ha bisogno di riconoscere nel medico un soggetto capace di rispondere alle proprie esigenze mediante un ascolto capace di dare valore alla sua esperienza di malattia non solo in quanto dato clinico oggettivo ma in quanto corpo di un soggetto sofferente che vive una situazione nuova alla quale deve, assieme al medico, cercare di rispondere. Il medico, a suo volta, ha bisogno di incontrare nei colleghi e nel contesto lavorativo degli spazi dove poter esprimere la propria umanità all'interno e al di là del ruolo che riveste.

Si è scritto molto sui bisogni dei pazienti e ormai anche la legislazione è all'avanguardia in merito ai diritti delle persone assistite.

Meno si è scritto in merito ai bisogni dei medici: questo volume vuole rispondere a questa mancanza, mosso dalla convinzione che sia necessario prevedere degli spazi per “prendersi cura di chi cura”, all'interno di una prospettiva di formazione continua e permanente.

La filosofia, nella sua vocazione più concreta, ha individuato nelle pratiche filosofiche il contesto di riferimento per intraprendere questo percorso. L'arte della relazione si configura quindi come qualcosa da praticare attraverso una ricerca quotidiana di forme di esistenza capaci di dare voce e spazio a relazioni armoniche tra gli individui, dove la giusta proporzione tra vicinanza e distanza sia capace di configurare sempre nuove possibilità di relazione professionale e umana.

Il volume è così suddiviso in due parti tra loro correlate: la prima parte è dedicata a un'indagine teorica sulla comunicazione in medicina; la seconda parte, invece, prospetta alcune pratiche filosofiche volte alla costruzione di relazioni efficaci nell'ambito delle relazioni di cura. Nella prima parte troviamo quattro contributi di filosofi, ciascuno corredato di una discussione sul tema proposta da un medico. Il dialogo tra un filosofo e un medico su un tema comune è segno di uno degli obiettivi principali di questo progetto e cioè quello di proporre una discussione multidisciplinare su temi che stanno a cuore a entrambe le professioni in vista di una collaborazione reciproca. Nella seconda parte vengono descritti quattro laboratori di pratiche filosofiche grazie ai quali si portano in evidenza sia i riferimenti teorici sia le configurazioni metodologiche.

Il volume nasce da una collaborazione, nata nel 2013, tra il Dipartimento di Filosofia e Beni Culturali dell'Università Ca' Foscari

di Venezia e l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Venezia, sfociata in un convegno (28 settembre 2013) dedicato al tema di questo volume e che prosegue tutt'ora con ulteriori iniziative. La Libera Associazione di Idee è stata riconosciuta come il soggetto capace di dare voce alle istanze pratiche della filosofia offrendo alcune suggestioni che trovano spazio nella seconda parte del volume.

Vorrei quindi ringraziare tutti coloro che con me hanno creduto in questo progetto: primi fra tutti il Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Venezia Dott. Maurizio Scassola e il Direttore del Dipartimento di Filosofia e Beni Culturali dell'Università Ca' Foscari di Venezia Prof. Luigi Perissinotto e poi i referenti del progetto, per l'Ordine dei Medici la Dott.ssa Ornella Mancin e per il Dipartimento il Prof. Luigi Vero Tarca; i colleghi che hanno aderito con entusiasmo alle iniziative (Prof.ssa Ivana Padoan, Dott. Giovanni Leoni, Dott. Sandro Panese, Dott. Pietro Valenti) e gli amici praticanti filosofi (Andrée Bella, Massimiliano Cabella, Melania Cassan, Emilio Ciapponi, Christian Doni, Elisabetta Favaretto, Chiara Fornasiero, Stefano Guerini, Leonardo Marcato, Tiziana Mattiazzi, Bruna Marchetti, Mattia Pontarollo, Andrea Possamai, Stefano Sangiorgio, Mauro Semenzato) che con altrettanto entusiasmo hanno offerto la loro professionalità per la sperimentazione di pratiche filosofiche per la medicina.

Il volume è dedicato al Dott. Antonio Lo Giudice, già membro del Consiglio dell'OMCeO della Provincia di Venezia, che sempre ha creduto nella valorizzazione delle componenti umane della dimensione della cura nella professione medica.

Venezia, 28 maggio 2014



PRIMA PARTE
LA COMUNICAZIONE IN MEDICINA



LUIGI PERISSINOTTO*

CURA E COMUNICAZIONE¹

Risultato della filosofia non sono “proposizioni filosofiche”, ma il chiarirsi di proposizioni. [...] Ciò che può esser mostrato non può esser detto.

Ludwig Wittgenstein, *Tractatus logico-philosophicus*
(4.112 e 4.1212)

Abstract:

Communicating is not only providing information or objective knowledge, but establishing a relation, which is rich in implications that go far beyond the mere informative content of what we are saying. According to linguistic pragmatics, and in particular to Paul Grice's philosophy, we can call “conversational implicatures” the implications which are not logical consequences but nevertheless are needed to properly understand what one says. The adequate understanding of such “implicatures” is essential in every kind of conversation, and therefore it is extremely useful also in the field of medical communication.

Immagino di essere stato invitato a partecipare a questo bel progetto come filosofo del linguaggio, avendo gli organizzatori sicuramente pensato che in un'iniziativa che ha come titolo *Comunicare*

* Università Ca' Foscari di Venezia.

1 Questo testo è poco più di una scaletta di temi che meriterebbero ben altro approfondimento. Riproduce, con alcune modifiche, la relazione orale tenuta al Convegno *Comunicare in medicina. L'arte della relazione*, Università Ca' Foscari di Venezia, 28 settembre 2013; nella revisione ho cercato di preservare il più possibile il tono colloquiale dell'esposizione.

in medicina, l'arte della relazione un filosofo del linguaggio abbia qualcosa da dire, quantomeno per quanto riguarda la comunicazione. In realtà, non si dovrebbe dimenticare (ma su questo aspetto non insisterò) che da molti linguisti e filosofi del linguaggio il problema del linguaggio e quello della comunicazione sono stati a lungo trattati come due problemi diversi con pochi e marginali punti di contatto, anche se tutti, linguisti e filosofi del linguaggio, hanno ovviamente riconosciuto che il linguaggio è anche, come comunemente si dice, un mezzo di comunicazione.

Ma che cosa si intende per comunicazione? Il termine sembra avere almeno due accezioni. Secondo una prima accezione comunicare significa trasferire o trasmettere (direttamente o in maniera indiretta) un certo contenuto da un individuo a un altro o ad altri; per esempio, qualcuno (un amico) può comunicarmi che è triste (“Sono triste”); qualcun altro (il controllore ferroviario) può comunicarmi (ma può insieme comunicarlo anche a tutti gli altri viaggiatori) che il treno da Milano a Venezia oggi ha 30 minuti di ritardo (“Questo treno arriverà a Venezia alle 14.00 e non, come previsto, alle 13.30”); qualcun altro ancora (il mio insegnante di spagnolo) può comunicarmi che non ho superato la prova (“Hai risposto correttamente solo a due domande su 10”). In tutti questi casi comunicare è informare qualcuno su qualcosa o perché costui ce lo richiede (“Sei triste?”; “Il treno è in orario?”; “Ho superato la prova?”) essendo, per questo o quel motivo, interessato a saperlo o perché, di nostra iniziativa, riteniamo che quella informazione sia o utile o, in ogni caso, dovuta. Per esempio, il viaggiatore ha il diritto di sapere che il treno è in ritardo; inoltre, se informati del ritardo, i viaggiatori eviteranno di alzarsi troppo in anticipo dal proprio posto.

Secondo l'altra accezione, che è quella che compare nel titolo del volume, la comunicazione non si identifica con l'informazione. Uno scambio informativo non è, in quanto tale, una relazione comunicativa: possiamo molto informare, senza mai comunicare. Ma che cosa distingue uno scambio informativo da una relazione comunicativa? Nell'ambito della cosiddetta “pragmatica linguistica” è stata tracciata una distinzione, quella tra competenza linguistica (saper parlare) e competenza comunicativa (saper comunicare), che, anche se non priva di difficoltà, può qui esserci di qualche aiuto. Ecco, a

solo scopo illustrativo, un primo esempio. Mentre sto uscendo di casa incontro il mio nuovo vicino; lo saluto con un “Buongiorno!” e lui mi risponde “Le querce sono alberi maestosi”. Indubbiamente costui mi ha risposto in italiano; del resto, per quel poco che so, il mio nuovo vicino è italiano e l’italiano è la sua lingua. Com’è ovvio, posso reagire alle sue parole in molte e diverse maniere: pensando che egli non stesse rispondendo al mio saluto, ma solo seguendo un suo precedente pensiero; supponendo che sia solo un burlone che vuole stupirmi e vedere la mia reazione; considerando quella sua risposta una stranezza momentanea su cui non merita indagare oltre. Immaginiamo che però la cosa si ripeta in altri momenti e circostanze. Il giorno dopo alla mia osservazione: “Il tempo continua a essere incerto” egli ribatte “A Londra vi sono molti parchi”. A un certo punto smetterei probabilmente di considerare le sue risposte delle vere e proprie risposte arrivando alla conclusione che con quel nuovo vicino non si può comunicare perché egli non sa comunicare anche se, a quello che sembra, egli parla un corretto italiano. Certo, verrebbe da domandarsi se di qualcuno che, per così dire, non risponde mai “a tono” si possa propriamente dire che sa parlare quella lingua che sembra parlare. Non c’è da stupirsi che a questa e a domande simili siano state date diverse e contrastanti risposte. In effetti, essa richiede che si precisi (cosa che qui sicuramente non faremo) che cosa significhi parlare una lingua.

Ma la differenza tra competenza linguistica e competenza comunicativa può essere illustrata anche con un secondo esempio e con riferimento a un filosofo, Paul Grice, che è, con John L. Austin e John R. Searle, uno dei padri della pragmatica linguistica. Immaginiamo che da una qualche Università mi venga chiesta una lettera di referenza per uno studente che concorre a una borsa di studio in filosofia del linguaggio. Accetto di scrivere la lettera. In essa scrivo che il candidato in questione è, come di fatto è, un ottimo e promettente giocatore di pallavolo. Secondo voi quella Università gli concederà, basandosi sulla mia lettera, la borsa di studio? Credo che tutti noi risponderemmo che no, quello studente non avrà la borsa. Ma se quell’Università non gliela concederà non è perché sospetti che la mia lettera di referenza non sia veritiera riguardo alla bravura nella pallavolo del candidato. Il punto, come avrete subito capito, è

un altro. La non pertinenza di quanto scritto nella lettera rispetto a quanto mi veniva richiesto indurrà subito l'Università a capire che quello che intendevo propriamente dire è che quel candidato non è adatto alla filosofia, non è un buon candidato per il posto a cui aspira. La domanda è: com'è che noi tutti sappiamo fare questo? Com'è che sappiamo passare da ciò che è detto o scritto (nel nostro esempio: "È un promettente giocatore di pallavolo") a ciò che è inteso ("Non è un promettente filosofo del linguaggio")? Questo passaggio non è sicuramente un passaggio logico (nel senso stretto del termine "logica"), anche se è un passaggio del tutto razionale. "È un promettente giocatore di pallavolo" non implica logicamente "Non è un promettente filosofo del linguaggio"; per nostra fortuna, qualcuno può essere allo stesso tempo un bravo giocatore di pallavolo e un bravo filosofo del linguaggio. Ma non è nemmeno un passaggio, per così dire, meramente linguistico. Per esempio, per la cosiddetta "semantica vero-condizionale" il significato di un enunciato è dato dalle (o, addirittura, si identifica con) le sue condizioni di verità. Ma niente nella semantica ci consente di spiegare perché mai scrivendo che il candidato è un promettente giocatore di pallavolo stia suggerendo che non è un altrettanto promettente filosofo. Grice chiama quel passaggio dal detto al non detto "implicatura conversazionale" (la chiama così, "implicatura", per distinguerla dall'implicazione logica) sostenendo che gran parte della nostra competenza comunicativa consiste esattamente in questo: nel saper riconoscere l'inteso (l'implicito o non detto) nel detto (nell'esplicito). Chi si attenesse sempre all'esplicito (al detto) non saprebbe comunicare; la comunicazione si realizza insomma come gioco tra detto e non detto. Chi non sa giocare questo gioco non sa comunicare; senza implicature conversazionali non si dà, insomma, comunicazione.

Le implicature conversazionali sono dunque parte essenziale di quella che chiamiamo "comunicazione"; "implicatura conversazionale" è insomma il nome, un po' esotico, dato a qualcosa che, in quanto comunichiamo, facciamo di continuo, anche se non abbiamo un nome o una teoria per quello che stiamo facendo. Essere consapevoli di quello che facciamo quando comunichiamo può essere però, in molti casi e circostanze, di grande aiuto sia per comunicare meglio, ma soprattutto, o semplicemente, per comunicare. Questo vale

sia per la vita quotidiana sia per quegli ambiti più formali o codificati ai quali appartiene la relazione tra medico e paziente. Potremmo allora domandarci, proprio al riguardo di quest'ultima relazione, se il modello della comunicazione come informazione non abbia a lungo prevalso riducendo così la comunicazione a un trasferimento di informazioni: il paziente che informa il medico sui suoi disturbi; il medico che comunica la sua diagnosi e l'eventuale terapia. In fondo, questo modello ben si addice all'idea a lungo dominante che il medico sia sostanzialmente un professionista chiamato ad "applicare", con oggettività e neutralità emotiva, la sua scienza.

A questa neutralità appartiene anche il rifiuto, più o meno consapevole, di chiederci se ciò che qualcuno esplicitamente ci domanda sia davvero ciò che intende effettivamente domandarci. Mi spiego ancora con un esempio che appartiene alla mia professione di docente. Talvolta al mio ricevimento arrivano dei giovani laureati che mi domandano quando scada il bando di partecipazione al dottorato di ricerca. Quasi sempre capisco o intuisco che la domanda è un'altra, ben diversa e tutt'altro che neutra; ciò che mi stanno domandando è qualcosa che si potrebbe esprimere così: "Professore, pensa che debba partecipare? Pensa che possa farcela? Come mi giudica? Come valuta la mia formazione e le mie potenzialità?". Se volessi sbarazzarmi velocemente di costoro potrei semplicemente indicare la data di scadenza del bando. In fondo, non è questo ciò che mi è esplicitamente richiesto? Avrei così risposto alla loro domanda? Potremmo dire che avrei dato una informazione mentre ciò che mi era stato richiesto era, di volta in volta, una rassicurazione, una speranza, una valutazione.

Qui si insinua quella che potremmo chiamare, senza troppa enfasi la dimensione "etica" della comunicazione: rispondere indicando la data di scadenza del bando è insieme un modo di non rispondere alle altre domande; e questa non risposta, questo non ascoltare, è una scelta che rivela chi sono, ossia come intendo e pratico il mio ruolo di docente. Arriverei a dire che il laureato a cui indicassi solo la data di scadenza se ne andrebbe deluso, considerando di non aver avuto una risposta alle sue domande. E un docente che non sa o non vuole rispondere non è un buon docente. Potremmo trovare senza difficoltà situazioni molto simili nella relazione medica. Credo che non vi

sia medico di base che non si sia posto interrogativi analoghi, che non si sia chiesto, per esempio, che cosa realmente quel paziente gli stesse chiedendo domandandogli una cura per la sua influenza o una medicina per la sua ansia o che non abbia sentito che una diagnosi corretta non era sempre o di necessità la risposta voluta o attesa. Verrebbe quasi da dire che una diagnosi corretta può essere talora una non risposta così come, nell'esempio precedente, l'indicazione della data di scadenza del bando poteva essere una non risposta. Certo, spesso è più facile fare una diagnosi corretta che rispondere alle altre domande; del resto, non è per nulla detto che a quelle domande si sappia o si possa rispondere. Vi è comunque una grande differenza tra il non riconoscere che non si ha una risposta e l'incapacità o il rifiuto di ascoltare la domanda.

Quanto finora osservato, può essere ulteriormente precisato prendendo in considerazione un aspetto su cui la pragmatica linguistica, soprattutto con Austin, ha fin dalle sue origini insistito: descrivere è solo una tra le tante cose che facciamo con le parole e nemmeno la più comune e pervasiva; con le parole facciamo, in effetti, molte altre e differenti cose: promettiamo, minacciamo, ordiniamo, ci sposiamo, battezziamo navi, persone e animali, offendiamo, acquistiamo, etc. Per esempio, se dico "Ti prometto che domani ti porto al cinema" non sto descrivendo qualcosa, ma sto facendo una promessa, agendo in questo modo sul mondo, trasformandolo: una promessa mi impegna, crea aspettative, determina eventuali sanzioni se non mantenuta, etc.; se rispondo "Sì" in una cerimonia nuziale non sto descrivendo qualcosa, ma ho fatto qualcosa, ossia mi sono sposato; il mio *status* è cambiato: ero uno scapolo; ora sono un uomo sposato. Ovviamente, non basta un "Sì" perché mi trovi a essere sposato, ma devono essere soddisfatte delle condizioni (quelle che Austin chiama "condizioni di felicità"); per esempio, un attore non si trova a essere sposato quando dice "Sì" in una commedia o in un film. Ora, succede molte volte che ciò che sembriamo fare con le nostre parole non è quello che stiamo realmente facendo. Il capo ufficio che esclama "Qui dentro fa caldo" non ci sta informando sulla temperatura della sala (la sua non è un'asserzione vera se fa effettivamente caldo e falsa nel caso contrario), ma un ordine: dicendo "Qui fa caldo" ci sta ordinando di aprire la finestra o di accendere l'aria condizionata.

Quello che sembra una informazione, insomma, è un ordine (“Fate qualcosa!”) che richiede di essere eseguito. Un altro esempio: mi sento di continuo dire da mia madre: “Non vieni mai a trovarmi”; anche in questo caso, non è difficile capirlo, quella di mia madre non è un’informazione sulla frequenza delle mie visite; mia madre non fa un’asserzione, ma mi fa un’accusa o un rimprovero. Secondo la terminologia di Austin, la forza illocutoria di “Qui fa caldo” è, nel contesto considerato, quella di un ordine; la forza illocutoria di “Non vieni mai a trovarmi” è, sempre nel contesto considerato, quella di un rimprovero. Gli esempi si potrebbero moltiplicare; per esempio, quando diciamo “Amami” o “Portami con te” sembra che stiamo ordinando, mentre stiamo pregando o supplicando. Ebbene, credo che il medico non possa non domandarsi che cosa stia facendo quando dice, per esempio, “Hai un cancro”. Sta descrivendo o sta condannando? La comunicazione di una diagnosi è sempre e comunque un’asserzione? E quando ci dice: “Per sicurezza facciamo qualche altra analisi” che cosa sta propriamente facendo? Ci sta informando? Ci sta rassicurando? Ci sta preparando? Anche in questo caso, è una tentazione per il medico presumere che le sue parole abbiano sempre e comunque la forza dell’asserzione. Anche il medico con le sue parole fa molte più cose di quelle che si illude di fare.

Ovviamente, facendo qualcosa produciamo effetti; il nostre fare, linguistico e non linguistico, ha sempre delle conseguenze. Austin chiama questi effetti e conseguenze “effetti perlocutori”. Il punto è che l’ambito, l’estensione, di queste conseguenze non è prevedibile o controllabile. È come quando getto un sasso nell’acqua: non so quanti cerchi provocherà. Non solo: non possiamo nemmeno escludere che gli effetti siano molto diversi da quelli che potevamo con una certa plausibilità attenderci. Alla fine di ogni anno scolastico i giornali riportano la notizia di qualche ragazzo che, bocciato, ha tentato il suicidio. Il tentato suicidio rientra tra le conseguenze prevedibili di una bocciatura? Ammesso che vi entri, dobbiamo prenderlo in considerazione al momento di valutare gli esiti scolastici? Dietro a queste domande vi è un interrogativo generale di grande peso: fino a che punto siamo responsabili (eticamente) di quello che facciamo? Vi è un qualche modo sufficientemente affidabile per tracciare il confine tra le conseguenze di cui dobbiamo rispondere (perché

prevedibili) e quelle a cui non dobbiamo rispondere (perché del tutto imprevedibili)? Austin non fa molto per dare una risposta a questo tipo di interrogativi. Qualche decennio prima il grande sociologo Max Weber si era posto il problema in un testo di grande rilevanza: la conferenza del 1919 dal titolo *La scienza come professione* (“professione” è qui la traduzione di *Beruf*, un termine che potrebbe essere anche tradotto con “vocazione”). In quella conferenza Max Weber distingue fra etica dell’*intenzione* (o della convinzione) ed etica della *responsabilità*. L’etica della convinzione, che è sostanzialmente quella cristiana e kantiana, afferma che ci si deve attenere ai principi etici quali ne siano le conseguenze, perché se si comincia a riflettere sulle conseguenze del principio si finirà, prima o dopo, per inquinarlo e indebolirlo; secondo Kant, per esempio, se vale il principio secondo cui a ognuno deve essere restituito ciò che gli appartiene, devo restituire il coltello che qualcuno mi ha lasciato in deposito, anche se so che costui con quel coltello ha intenzione di uccidere. L’altra etica di cui parla Max Weber, che è l’etica della politica intesa nel senso nobile della parola, è l’etica della responsabilità secondo la quale siamo responsabili delle conseguenze delle nostre azioni, anche se queste azioni sono compiute con l’intenzione più pura e senza poterne prevedere le conseguenze. La buona fede, insomma, non è mai, eticamente parlando, una giustificazione o una scusa. Ovviamente, stiamo parlando di etica; in ambito giuridico esistono concetti come quello, per esempio, di “omicidio colposo” che prendono in considerazione la mancata volontà di uccidere. Per Max Weber, in ogni caso, il punto non è tanto quello che siamo chiamati a rispondere delle conseguenze delle nostre azioni qualunque queste siano, ma che dovremmo agire come se fossimo responsabile di tutte le conseguenze prodotte, anche se non volevamo produrle né potevamo sapere che si sarebbero prodotte. Non pretendo certo qui di prendere posizione su questa problematica. Quello che mi limito a notare è come ancora una volta, in questo caso attraverso il tema degli effetti perlocutori, la questione etica si insinui nel cuore e al centro del problema della comunicazione e, dunque, anche della comunicazione in medicina. Verrebbe da dire: dimmi come comunichi, e ti dirò che medico sei.

Bibliografia

- Austin, John L. (2000). *Come fare cose con le parole*. Trad. it. di C. Villalta. Marietti, Genova.
- Grice, Paul (1993). *Logica e conversazione. Saggi su intenzione, significato e comunicazione*. Trad. it. di G. Moro. Il Mulino, Bologna.
- Searle, John R. (1976). *Atti linguistici. Saggio di filosofia del linguaggio*. Trad. it. di G. R. Cardona. Boringhieri, Torino.
- Weber, Max (2008). *La scienza come professione*. Trad. it. di P. Volonté. Bompiani, Milano.



DISCUSSIONE

a cura del Dott. Pietro Valenti*

Senza comunicazione lo spirito non sviluppa una vera natura umana.

Charles Horton Cooley

È caratteristica peculiare della razza umana cercare di comunicare. Anzi, tutta l'evoluzione della nostra specie è strettamente connessa allo sviluppo della comunicazione.

In senso metaforico la comunicazione tra gli esseri umani è sempre una fine opera di ingegneria che consiste nel costruire ponti che mettano in rapporto microcosmi, diversi e talora distanti, altrimenti destinati a un insormontabile isolamento. Isolamento che ostacola fortemente qualsiasi tipo di sviluppo o di progresso.

È intuitivo quindi come comunicare in modo efficace sia particolarmente importante anche nella professione medica per poter costruire un rapporto, instaurare una relazione con i nostri pazienti – aspetto spesso assai importante anche per un efficace percorso terapeutico.

Il medico, infatti, non è solo un tecnico in campo sanitario, ma è innanzitutto un uomo che grazie alle competenze acquisite si prende cura di un altro essere umano che si trova nella condizione di malattia.

E questo prendersi cura è possibile solo se attraverso una adeguata comunicazione riusciamo ad instaurare un rapporto.

Purtroppo però noi siamo ben preparati a discriminare i sintomi, diagnosticare le malattie, selezionare le cure più adeguate, ma non di rado siamo carenti nella comunicazione.

* Medico chirurgo odontoiatra di libera professione, Venezia.

In questo campo non siamo stati adeguatamente formati e tutto o quasi è stato demandato all'esperienza personale che si acquisisce sul campo, o alle precipe predisposizioni comunicative di ciascuno di noi.

Risulta quindi inevitabile che nel nostro lavoro privilegiamo l'aspetto tecnico e trascuriamo spesso quello relazionale che pure risulta fondamentale.

Nel rapporto con i nostri pazienti continuamente trasmettiamo e riceviamo informazioni non solo a livello verbale.

Anzi la comunicazione verbale, quella che si attua attraverso il linguaggio, parlato o scritto, rappresenta, secondo molti studiosi, l'aspetto meno rilevante. Noi comunichiamo anche semplicemente con il tono della voce, con la miriade delle nostre espressioni mimiche, con la posizione del nostro corpo, etc.

Usiamo cioè codici non verbali che spesso, però, non conosciamo e quindi non sappiamo utilizzare nel modo corretto.

Ecco che il flusso di informazioni che ci scambiamo può diventare non solo poco utile ma anche causa di pericolosi fraintendimenti se non addirittura di franca ostilità.

È quindi fondamentale che nella relazione che siamo chiamati ad instaurare con i nostri pazienti, siamo in grado di affrontare queste difficoltà con consapevolezza. Ci è richiesto cioè di approfondire, attraverso lo studio, anche l'aspetto comunicativo-relazionale. Questo è un impegno nel quale però non possiamo essere lasciati soli e un ruolo fondamentale può e deve svolgerlo l'istituzione universitaria magari, così come stiamo cercando di fare con questo progetto, in diretta collaborazione con l'istituzione ordinistica.

IVANA PADOAN*

LA COMUNICAZIONE RESPONSABILE

Per saggezza intendo la conoscenza del più vasto sistema interattivo, quel sistema che, se è disturbato, genera con ogni probabilità curve di variazione esponenziali.

Gregory Bateson, *Verso un'ecologia della mente*

Abstract:

Communication and relationship have not been sufficiently taken into account in the field of helping professions. As consequence of the extraordinary evolution of technology and of the multiplicity of contents, communication and relationship have become structured protocols, guidelines, codes, ethical behaviours. Nevertheless the Care System is a primary humanistic system that requires extraordinary skills in the field of communication and relationship on the practitioners' part. Making users and families aware of the devices that promote the best professional intervention with regard to patients' welfare is of primary importance within the Lifelong learning. In this context we should promote the formation of a reflective practitioner, endowed with empowerment and capabilities that makes him/her able to sustain, accompany and generate resources, as well as to overcome constraints inside and outside of a dynamic system. This type of practitioner should be constantly open to creativity and to research in the field of human welfare.

1. *Riconoscere è comprendere*

Riconoscere oggi l'importanza della comunicazione e della relazione d'aiuto potrebbe sembrare un eufemismo, anzi una tautologia,

* Università Ca' Foscari di Venezia.

vista l'enfasi con la quale queste trascendono tutti campi della conoscenza e dell'azione. Tuttavia nel percorso degli studi dei professionisti dei servizi alla persona, la formazione alla comunicazione e alla relazione non è stata particolarmente messa in rilievo. Eppure è nell'ambito della cura e della salute che si sono maggiormente verificati i bisogni e le necessità di competenze informative, comunicative e di strategie relazionali. In particolare, nell'epoca della modernità, l'attenzione alla cura del soggetto, alla sua salute, alla guarigione, è stata prevalentemente concepita con strumenti e con strategie procedurali funzionali al sistema dell'intervento tecnico.

Tuttavia in questi ultimi anni il riconoscimento dell'importanza della comunicazione e della relazione si è sviluppato grazie a una visione olistica ed esistenziale della cura orientata verso un'idea di benessere più globale. Superata l'ideologia della salute in rapporto alla malattia, superata l'ideologia della tecnica in rapporto alla guarigione, superata l'ideologia della vita contro la morte, sembra arrivato il tempo dell'attenzione e della responsabilità dei professionisti della cura verso l'esistenza globale del paziente, il suo benessere, una maggiore attenzione alle identità personali e sociali, alle fragilità del sistema. Il messaggio di una salute diffusa, di un'attenzione al benessere della cittadinanza attiva, coinvolge in prima persona, in azioni di "cura" e di attenzione, gli stessi utenti come i professionisti.

Sembra quindi ridursi l'enfasi ottimistica dell'evoluzione tecnica, a favore di un orientamento verso una maggior cura dell'informazione, delle differenze, una domanda di competenza comunicativa e relazionale con le individualità, le specificità.

In realtà l'attenzione e la cura delle specificità relazionali ci riporta all'originalità dell'incontro, della relazione e della contaminazione, alla "verità" dell'esistenza umana così singolare e unica nella sua individualità, vero soggetto creativo della comunicazione, della relazione, del proprio *continuum* esistenziale.

Diversi sono sicuramente i fattori che hanno portato a questo riconoscimento.

In primis, la socializzazione dei processi esistenziali e la riconosciuta complessità delle forme di vita, una maggiore capacità di scelta e di autonomia da parte dei soggetti, l'accresciuta informazione

a cui hanno accesso direttamente le singole persone, la diffusione delle conoscenze mediante le tecnologie e i media, l'attenzione al benessere da parte delle persone stesse, il riconoscimento delle responsabilità personali, sociali e professionali. Ne emerge una più consapevole comprensione del valore della persona, della sua esistenza, una maggior attenzione ai complessi sistemi comunicativi e relazionali che governano la vita dei soggetti: persone e professionisti, contesti ed ambienti, privato e pubblico; un più attento auto-etero controllo della salute e del benessere.

Un secondo aspetto è la reazione all'accelerato sviluppo della tecnica. Muovendosi sulla base del modello di razionalità applicata e del funzionamento pragmatico, l'evoluzione tecnologica ha permesso la generalizzazione e la razionalizzazione delle performance. Ciò si è tradotto nell'aumento dei protocolli di azione, e nell'ambito della cura delle persone ha favorito la spersonalizzazione del rapporto di cura. Non solo, ma l'aumento acritico della tecnica ha compresso le decisioni e la ricerca dei professionisti della salute, togliendo spazio alla loro libertà e creatività professionale e relegandoli a una professionalità gestionale in quanto semplici strumenti della macchina.

Ciò che è successo ai professionisti della cura è successo anche ad altri professionisti. L'ambito della "cura", nel senso più ampio del termine, della relazione con la salute fisica, psichica, mentale della persona, l'ambito della relazione d'aiuto dei professionali (infermieri, assistenti sociali), l'ambito dell'educazione e della formazione; in generale l'ambito dei servizi alla persona sembra aver perduto lo spessore e il valore umanistico che hanno caratterizzato nel corso della storia le diverse culture. L'evoluzione economica, sociale e istituzionale, enfatizzando l'organizzazione e la gestione del lavoro, trasforma lo spazio mentale ed emotivo dell'attenzione umanistica del professionista, riducendo spesso il lavoro a routine burocratica. Ne emerge un sentimento di impoverimento e di perdita dell'umanizzazione, del riconoscimento del valore olistico della persona a favore di norme, direttive e protocolli sempre più frammentati e specifici. Il riduzionismo della complessità e delle variabili riduce lo spessore della relazione umana a favore di relazioni standard frutto di una concezione tecnocratica dell'intervento.

2. Umanizzazione e Tecnica

Il cambiamento culturale avvenuto a livello tecnologico ha modificato le dimensioni sociali e di gestione dei rapporti.

È tuttavia impossibile pensare a un mondo senza tecnica, senza le tecnologie, ma la loro veloce evoluzione, economicamente superiore all'evoluzione dell'agire umano, ha portato sicuramente al cambiamento di alcuni paradigmi, valori, comportamenti, e, più pericoloso di tutto, a rischi di sovrastima di scelte e decisioni razionali di sistema.

Nello stesso tempo il sistema della tecnica ha favorito ambiti di libertà di funzionamento, di uso personalizzato del tempo e dello spazio, di recupero di funzioni e di autonomie. L'aumento, la ricchezza e la potenza della tecnica hanno ridotto di molto l'intervento e la fatica dell'uomo procurando vantaggi, come una maggior economia dei risultati, l'apprendere cose nuove in minor tempo, la riduzione della solitudine e della responsabilità del professionista, la riduzione del tempo, dello spazio, del lavoro stesso, l'economia e la massimizzazione delle risorse.

Tuttavia la tecnica, riducendo l'investimento umano sulle decisioni e sulle pratiche (così è), è come se le avesse in qualche modo sottovalutate, minimizzate. E in questo modo ha ridotto anche la responsabilità della *governance* politica, culturale, la responsabilità della conoscenza, della competenza, e messo in primo piano il valore economico e tecnologico di uno standard dell'esistenza umana.

Per comprendere tale dinamica bisogna evidenziare un punto centrale da cui partire e vedere se si può ricomporre il dilemma.

L'umanizzazione, parafrasando Mauss (1923), va riconosciuta come un *fatto sociale totale*. Questo non è un principio *sui generis*, è un concetto fondamentale dell'esistenza. In qualsiasi attività si operi, ma soprattutto nella cura, qualsiasi siano i luoghi, qualsiasi siano le realtà nelle quali si esercita, l'umanizzazione contiene, per sua natura, l'insieme dei domini della nostra vita personale e sociale, compresa la tecnica: l'evoluzione e lo sviluppo della vita, della morte, della sofferenza, ma anche della cultura, dell'economia, della politica, della storia, della spiritualità.

Un fatto sociale totale è socialità obbligatoria, non è una pratica disinteressata, crea, rafforza e conserva i legami sociali e comunita-

ri; “come prestazione totale”, unisce gli aspetti sociali ed economici, ed è parte di un’economia indissolubilmente legata alla socialità e alla vita umana.

Sempre parafrasando Mauss, vi sono alcune caratteristiche che esaltano questo concetto.

Il primo carattere: la generalizzazione. Se l’umanizzazione è una pratica sociale obbligatoria, questo significa che deve essere una guida o un orientamento per qualsiasi tipo di azione, non è possibile non esserne determinati ed è un determinismo sociale che ci riguarda in quanto esseri umani. Quindi chi agisce in un sistema non umanistico fa parte di ciò che si definisce sistema strumentale, ovvero agisce secondo la logica strumentale/funzionale della burocrazia. Anche se Weber ha inserito il valore umanistico nel sistema burocratico delle istituzioni, definendolo burocrazia paternalistica, il valore strumentale viene potenziato dal sistema tecnocratico, dalle logiche di potere incistate. In questo senso siamo consciamente o inconsciamente consapevoli e corresponsabili dell’opacità dell’ottica di dominio che maschera il paternalismo burocratico.

L’umanizzazione non è disinteressata, ma è utile. Essa instaura una forma di riciclo dei beni materiali e immateriali, un’aspettativa di ricambio, sottolinea ancora Mauss, rappresentativa di un potere del “donatore” nei confronti del ricevente.

La forza dell’umanizzazione svolge una basilare funzione sociale, crea, rafforza e conserva i legami tra individui sociali e comunitari, tra le differenze...; facendo parte “del sistema delle prestazioni totali” (Mauss 1923, Lévi Strauss, 1966), in quanto meccanismo che interessa la totalità delle classi sociali e delle relazioni comunitarie, è capace di rinsaldare le relazioni tra tutte le classi sociali.

In quanto prestazione totale si correla a quegli aspetti in grado di influenzare e determinare una massa di fenomeni di natura analoga, processi capaci di coinvolgere gran parte delle dinamiche della comunità. Tutti i prodotti e i beni immessi nel sistema dell’umanizzazione sono anche pretesto per creare e fortificare complesse trame di relazioni sociali.

L’umanizzazione, in quanto fatto sociale, va intesa come un’ipotesi di lavoro sistemico. Quando infatti si fa un programma o un progetto sulla salute non si può solo correlare le procedure e la tecnica

perché ogni procedura o tecnica è legittimata da uno sfondo epistemologico, da una filosofia della cura, che va esplicitata se si vuole padroneggiare il sistema. Nell'ambito della cura e in particolare della medicina, in quanto bene sociale, questo concetto è generalizzabile, è un legante di tutte le culture, i paesi, le condizioni, le società.

Il secondo carattere dice che l'umanizzazione si estende oltre la sfera individuale e coinvolge la collettività. Non si limita alla sfera individuale ma è intrinseca alla sfera sociale, non è riferita alla prestazione individuale, non è nata con la persona, non morirà con lei, l'umanizzazione trascende il singolo individuo. Fa parte di una cornice simbolica che supera la persona che si ha di fronte. In questo senso la persona rappresenta un mediatore. Nel processo della cura ogni intervento riferito a un individuo ha sempre un effetto sociale diretto e indiretto, e questo colloca la prestazione come bene collettivo (etica).

Il terzo carattere è la sua storicità. Per diventare bene sociale si deve entrare in una memoria collettiva e in un *continuum*. La cura appartiene agli atti primi che precedono tutti gli altri, senza i quali nessuno di noi sarebbe qui. La cura della salute *in primis*, ma in particolare in quanto concetto di cura dell'altro, è la struttura primaria nella quale l'esistenza si è evoluta. In questo la psicologia, in particolare Stern, ha contribuito a dare un significato antropologico esistenziale alla qualità dell'attenzione, dell'ascolto, del contatto come salvaguardia psichica della vita umana. Ma lo stesso Nancy (2002), nella filosofia dell'ascolto, riporta al centro della vita il valore della risonanza corporea, archetipo identitario e sociale dell'esistenza.

Su questi sfondi è possibile riconoscere all'umanizzazione della cura qualcosa che tocca il divenire dell'umano, la persona, la singolarità, in quanto essere sociale, che sta in relazione con noi che siamo lì. Non si tratta di andare da ... ma venire da ...; nella cura ognuno rende conto di una memoria, di una storia e quando si incontrano le fragilità, le paure, le intimità, ognuno di noi si deve riconoscere all'incrocio di problematiche che toccano ogni singola persona.

L'umanizzazione è quindi un *atto totale* che implica qualcosa che va al di là della cura tecnica, pone domande esistenziali: *so mettermi nei panni degli altri, sono competente a curarli, devo stare a distan-*

za perché sono un professionista? Essa esige di sapere in che modo si possa essere partecipi al di là dei dati e delle procedure tecniche. La partecipazione non è atto emotivo ma razionale-empatico, funzionale-comunicativo, culturale-tecnico. La partecipazione implica dare significato ai dati, non in termini statistici, ma personalizzandoli socialmente. Infatti la nostra personalizzazione è sociale, la nostra individualizzazione è sociale nella sua individuale differenza. Per ciascuno di noi va ricomposta la relazione tra individuale e sociale perché ogni atto individuale ha una matrice sociale da cui proviene, si forma, si de-struttura, si de-forma... E dunque la questione dell'umanizzazione della cura non è una generica opzione umanistica, un ricordo dei tempi antichi, un immaginario mitico, ma qualcosa che bisogna ogni volta, in ogni tempo, riconoscere, ritrovare, ricostruire, perfezionare, ma soprattutto integrare con i nuovi sistemi che la scienza ha implementato e di cui la tecnologia è partecipe.

3. Il limite della tecnica: la tecnocrazia

Se va riconosciuto che la società occidentale si è sviluppata molto velocemente più di altre società grazie ai salti qualitativi della razionalità tecnica, questo è dovuto al suo ispirarsi agli schemi razionali della fisica. Sulla tecnica/fisica si sono fondate economia, istituzioni, organizzazioni, professionalità, interventi, strumenti. La forza della tecnica ha raggiunto tali livelli di sviluppo e di potenza da attraversare tutti i campi del sapere, fino all'immaginario. La tecnica ha coniugato attorno agli interessi il sistema pubblico e privato, e questo legame di potere in qualche modo funziona da pressione delle politiche di *governance* sociale. La fiducia della *governance* verso il valore del ragionamento sperimentale per la soluzione dei problemi sociali rappresenta un *atout* di potere che influenza in maniera radicale le scelte politiche, la gestione dell'umano. Potremmo quasi dire che anche la tecnica è diventata un fatto sociale totale.

Tuttavia il processo della tecnica, a priori, non va demonizzato in sé, in prima analisi è uno sforzo di razionalità/razionalizzazione e una preoccupazione di rendimento e di efficacia che sono fattori di miglioramento della gestione e dell'organizzazione. La tecnica eser-

cita inoltre un controllo sull'abuso di democrazia da parte dei gruppi di pressione e offre una base per organizzare resistenze democratiche a scelte politiche personali.

Tuttavia il passaggio dalla tecnica alla tecnocrazia è breve. Esso avviene quando il potere effettivo passa dalla *governance* politica al potere dei tecnici senza controllo del rapporto tra efficacia ed etica umana. Questo avviene quando le decisioni effettive sono fondate esclusivamente sulle considerazioni tecniche. In un processo di consolidamento del potere tecnocratico il risultato ultimo è quello di concedere alla tecnica l'incarico di fare la politica al posto della politica vera.

La tecnocrazia può rappresentare due forme di governo di ogni sistema: la condizione in cui il potere appartiene a coloro che detengono conoscenze o competenze, ovvero ai tecnici a cui è demandata la funzione di decidere e di determinare in maniera preponderante la funzione di scelta. Una seconda condizione la definisce come governo attraverso la tecnica in cui le decisioni essenziali sono fondate sulla tecnica con una volontà di razionalizzazione assoluta dei meccanismi sociali. La preoccupazione dominante è infatti di annullare la politica; privilegiando l'amministrazione, emerge la volontà di depoliticizzare i grandi problemi della vita sociale.

Una rappresentazione ingenua è la sovrapposizione tra economia e tecnocrazia, quando invece la dominanza è rappresentata soprattutto dalle norme, dalle direttive, dai regolamenti, dalla complessità dispersiva e dalla farraginosità del sistema di azione. Lo stesso vale per l'ideologia amministrativa. L'enfasi sulla tecnicità e organizzazione delle competenze e delle azioni è tale da imporre la propria concezione ai diversi poteri, tanto che a volte i progetti e i processi che vengono messi in atto non sono il risultato di programmi evolutivi e di sviluppo del sistema complesso, quanto l'esecuzione di decisioni tecniche funzionali al sistema tecnico-organizzativo sempre più complesso. Con la dominanza della tecnica (tecnocrazia) la realtà si impoverisce della sostanza e dei significati dell'agire.

Diversi sono gli esempi che mostrano le logiche della tecnocrazia nella società attuale.

Rimanendo nel tema della cura troviamo la prevalenza di diagnosi sui dati tecnici, l'accanimento terapeutico, l'aumento della forza

lavoro in funzione delle necessità tecnologiche, la dominanza dei protocolli sulla diagnosi sistemica, le dimissioni forzate, l'aumento della precarizzazione, il potere delle assicurazioni professionali, degli apparati e degli ordini professionali, l'aumento delle denunce e della *class action*, il vincolo dei prodotti farmaceutici...la concezione del professionista come mero esecutore più che autore del sistema.

Ma la logica più eclatante del processo tecnocratico è la mancanza di visione preventiva del movimento dei sistemi, l'impossibilità della tecnocrazia di concepire la flessibilità, di pensare in maniera diversa, di pensare... La tecnocrazia agisce sulla presenza, sul qui ed ora, è incapace di concepire l'assenza, il vuoto, il pensiero. Il suo scopo è monitorare il flusso degli eventi secondo le logiche del sistema assunto a priori.

4. *Oltre la tecnica: il valore aggiunto della comunicazione*

Nel modello della cultura tecnica, la dinamica comunicativa e relazionale si è sviluppata maggiormente attraverso la simbolizzazione dei ruoli (deificazione, miti, rituali), e dunque attraverso l'autorità, l'identificazione, la dipendenza e la distanza. Complice l'ignoranza, la paura, l'ansia e la sofferenza da un lato, la pluralità, la conoscenza, l'ambiguità e il potere dall'altro, il processo comunicativo e relazionale ha sviluppato comportamenti spesso stereotipati, deterministici, in cui i contenuti dipendevano da scelte e decisioni unilaterali, secondo la posizione di potere (*up down*) in cui i diversi soggetti si venivano a trovare.

Nell'ambito dei processi di comunicazione e di relazione professionale, i codici deontologici, i ruoli, i compiti e le mansioni hanno da sempre governato la relazione con l'alterità. Ciò è accaduto per le diverse funzioni professionali in particolare in ambito pubblico. L'enfasi con la quale ogni disciplina, ogni categoria, ogni ruolo difende il proprio linguaggio, riecheggia una logica strumentale di difesa/potere e di riduzionismo della complessità della relazione. Va sottolineato che ogni teoria, metodologia, tecnica, come ogni persona o professione, non è mai autore della comunicazione, ma

semplice partecipante, come hanno sostenuto sia Bateson (1980) che Birdwhistell (1970), evidenziando la struttura di istituzione sociale della funzione comunicativa. E questa radicalità del valore comunicativo, come ha riconfermato in seguito Foucault, la ricerca scientifica non osa prenderla in carico. La visione di un senso comune, di convenzione, che siano *doxa* o comunità scientifica, continua a prevalere, rinforzata dall'idea che la comunicazione è la via principale dell'informazione. In quanto informazione la comunicazione tecnica può permettersi di enfatizzare protocolli, regolamenti, direttive applicative in ogni luogo, tempo e contesto. Seguendo questa logica la comunicazione semantica prevale sulla ricerca sistemica di senso, sviluppando così una deontologia comunicativa che determina ruoli, compiti, funzioni, spazi precostituiti dell'immaginario.

Il riduzionismo semantico della comunicazione contrasta con la storia della sua evoluzione. Dalla torre di Babele agli *avatar* attuali, la comunicazione rappresenta la dimensione fondativa della relazione tra i viventi. Il fatto che nell'"alta" letteratura, nella ricerca, sia stata sottovalutata la sua importanza, non inficia il suo valore. Per Bateson la comunicazione è la struttura che connette ogni sistema, la raffigurazione dinamica del contesto, e significa sempre qualcosa di più...della sua rappresentazione. Senza la comunicazione non c'è contesto ambiente ...; senza comunicazione siamo nessuno, siamo vuoti dentro e fuori. La comunicazione mostra, evidenzia, differenzia, permette il dialogo, la costruzione e la ricostruzione del sé. La comunicazione non si lascia distrarre dalla *doxa*, dalla tecnica, dai media, per quanto significativi e necessari. Benché sia difficile districarsi dal rumore, essa è l'arma più potente che abbiamo per la costruzione dei significati del mondo, delle relazioni personali, professionali, sociali.

In questo orientamento, la consapevolezza comunicativa, la reciprocità, la relazione d'aiuto non dipendono direttamente dalla bontà degli individui ma dalla relazione che questi stabiliscono nei loro contesti.

La nozione di contesto è stata la grande rivoluzione della ricerca comunicativa di Palo Alto, rivoluzione in grado di mettere a sistema i concetti di informazione, comunicazione e relazione. Il contesto non rappresenta un ambiente, né un ambito specifico, ma è il luogo e il

tempo dell'azione, di attività e di regole, e del significato dell'agire stesso. Il contesto è la trama della comunicazione, rappresenta le condizioni del sistema nel quale avviene la comunicazione. Birdwhistell usa una metafora per spiegare il contesto comunicativo: sottolinea come le relazioni tra le persone stiano alla comunicazione come le fibre stanno alla trama. La comprensione si muove all'interno di una pluralità di percezioni, di rappresentazioni, di attenzioni. I segnali comunicativi sono complessi e plurali. La comprensione più significativa cerca di raccordarli, di superare l'idea di unità comunicativa dell'informazione, dei protocolli, dei codici. Vi è la necessità di un superamento dell'atto intenzionale (parola, gesto, sguardo...) in quanto limite alla comprensione: quello che conta è la testura in cui è tessuto. L'atto intenzionale è una parte del comportamento, sottolinea Birdwhistell, è il testimone dell'avvenimento, ma non la causa. La comunicazione verbale e non verbale sono interdipendenti, esse rappresentano insieme la "verità" della comunicazione.¹ La "verità" di una comunicazione non sta nell'intenzionalità verbale, ma nelle condizioni che vengono messe in atto perché si possa dire "la verità". La condizione aperta dei segnali, nella complessità delle emissioni di un organismo, non fa altro che svelare le risonanze² e le dissonanze della trama comunicativa in cui è intessuto. Ciò dà spazio a quell'intervento per cui si battono deontologia ed etica delle professioni e della persona. Paradossalmente nell'ambito della salute, della cura, nella clinica, come del resto nell'insegnamento, la maggior parte delle comunicazioni rischiano di ridurre le condizioni che permettono a un organismo di dire "la verità"; anche se la verità, come la menzogna, dobbiamo ammetterlo, non sono che un affare di convenzione.

Ora il cambiamento professionale che si sta strutturando nelle professioni di cura attraverso nuovi indicatori clinici, etici e socia-

-
- 1 Uno dei grandi vuoti epistemologici della comunicazione è la relazione tra il linguaggio verbale e il non verbale. Permane ancora la concezione della diversità logica e di *logos* tra linguaggio verbale e non verbale. Questi hanno sì modi differenti, la kinesi è diversa dalla visione, dalla parola, ma insieme rappresentano la complessità e la competenza dello specifico comunicativo dei viventi (umani e non).
 - 2 Jean-Luc Nancy riconosce al suono, alla sonorità della voce, del corpo, degli ambienti, dei contesti, un potere di risonanza della verità dell'essere. Cfr. Nancy 2002.

li pone in primo piano una nuova attenzione alla comunicazione. Una nuova organizzazione del lavoro, la formazione continua, la valorizzazione delle competenze relazionali, la costruzione di codici e protocolli etici, di guida e di valutazione qualitativa, pongono maggior attenzione all'efficacia comunicativa e a dispositivi di relazione condivisa. Tuttavia il riconoscimento, la competenza, l'etica e la deontologia della comunicazione sono spesso lasciate all'ufficio informazione, alle professioni assistenziali, al volontariato... alle attitudini personali. È vero che il sistema della cura si presenta molto complesso, compresso e meccanizzato. Tempi, spazi, contenuti, posizioni sono disarticolati, ristretti, a fronte della complessità dell'organizzazione, delle innovazioni, delle culture differenti, ma il processo di interdipendenza dei sistemi è irreversibile. Oggi si è tutti consapevoli che i processi della salute sono collegati indissolubilmente al benessere dei singoli soggetti e dei contesti. Nella logica della cura è sempre più evidente che la salute si accompagna alla concezione esistenziale del benessere. C'è un cambio radicale di paradigma in questo passaggio. Se la cura dal punto di vista tecnico è il risultato di un processo sperimentale, il benessere rappresenta un processo culturale personalizzato socialmente e richiede una logica di approccio differente.

La condizione di benessere nella relazione di cura richiede *in primis* quelle condizioni comunicative sociali, etiche, culturali in grado di costruire reciprocazione, corresponsabilità e relazione di aiuto tra professionisti, utenti diretti e indiretti e cittadinanza sociale. L'intervento sul benessere ha bisogno di conoscenza complessa, di informazione diffusa, di maggior autonomia e libertà di scelta, di auto-reciproco-riconoscimento, di riflessività, di *empowerment*, di *capabilities* interne ed esterne. La salute come la vita non è un sistema individuale autonomo ma un sistema di implicazione sociale a più livelli.

Solo chi riesce a costruire spazi e contesti condivisi, di reciprocazione, riesce a sfuggire al determinismo dell'*habitus* della primaria rappresentazione sociale. Questo richiede la capacità di gestire i diversi punti di vista dei piani che i professionisti nell'incontro con gli utenti si trovano ad affrontare.

5. *Rimodellare le conoscenze e le azioni*

Nell'orizzonte dell'umanizzazione consapevole, dobbiamo ritenere che il processo di comunicazione responsabile non è semplice né facile, ed è piuttosto oneroso per la cognizione, perché richiede il coinvolgimento di tutte le capacità dell'individuo e in questo è anche portatore di rischi personali e professionali (identificazione, ansia di prestazione, debolezza identitaria, mancanza di competenza...). Vanno dunque messi in atto alcuni dispositivi metacognitivi.

Il primo dispositivo è quello del riconoscimento della singolarità che sottolinea il carattere originale e unico della persona e della situazione. La persona in cura lo è, e implicitamente o esplicitamente 'grida la propria presenza'. Su questo fronte possono nascere molti pregiudizi creando forme di destabilizzazione. La crisi è più intensa quando concerne l'*équipe* di cura e la famiglia fino ad arrivare al rifiuto, all'attacco, alla denuncia. Prima che tutto questo arrivi bisogna prevenire, attraverso la misura delle informazioni, dell'accoglienza, della trasparenza del tempo dedicato, dell'accertamento delle competenze, della responsabilità di *équipe*, del riconoscimento identitario.

Il secondo riferimento riguarda il riconoscimento della vulnerabilità. Già Habermas (2001) sottolineava che la responsabilità etica contemporanea riposa su una base antropologica, quella della vulnerabilità degli individui curanti e curati. L'idea di responsabilità acquisisce un'importanza cruciale in ragione del legame interno con la vulnerabilità intrinseca degli individui. La fragilità, e ultimamente la sopravvivenza, dipendono dai legami di solidarietà di empatia che si instaurano e questi legami passano attraverso il riconoscimento della vulnerabilità.

Nel riconoscere la fragilità altrui e quella propria, si aprono nuovi modi di relazione, diversi dai registri abituali di assistenza o palliativi. Bisogna rovesciare il mondo rappresentativo della cura, passare da un sistema *up down* a un sistema *bottom up* verso coloro che ne dipendono.

Il terzo aspetto porta a interrogarsi sulla funzione di accompagnamento. Una parola a cui va dato il valore prospettico di promessa. La promessa ha radici giuridiche e religiose più che sociali o etiche,

ma qui assume un senso antropologico. Essa si lega a due realtà filosofiche del mondo della cura, impegno e tempo, *engagement*. Questi concetti richiedono una riflessione sul proprio impegno (*engagement*) e sul rapporto al tempo (*kronos* o *kairos*?).³ Che posto occupa nella nostra esistenza il lavoro di cura? Il posto che esso occupa dice del proprio impegno. Questo impegno non è sul fare, il fare è obbligato, l'impegno è sul pensiero e sulle proprie *capabilities*.

Il senso di promessa dell'accompagnamento significa impegnarsi in una forma di presenza che porta in sé una forma di speranza per il domani (accompagnamento). Nella cura si è spesso tra l'impalpabile e l'irrazionale. Non si tratta di accompagnare un malato... alle prestazioni, si tratta di accompagnare un essere umano verso la sua salute.

Se la filosofia dell'accompagnamento è la risposta antropologica al dominio della tecnica essa è anche un dispositivo di tecnica al servizio della vita. Nella filosofia dell'accompagnamento vi sono alcune strategie comunicative primarie in grado di contenere le difficoltà e i disagi e di funzionare da promessa. Servono a umanizzare la cura: e sono lo sguardo, il tatto e il discorso.

Lo sguardo accompagna il riconoscimento dell'identità, l'empatia, il sostegno. Essere oggetto di desiderio di riconoscimento dell'altro è la prova continua della nostra esistenza.

Per un paziente, lo sguardo del professionista è la cura più profonda. Nella cura è difficile guardare la sofferenza, questa mette di fronte alle nostre paure. Spesso coloro che più hanno bisogno del nostro sguardo sono i meno guardati.

La parola si accompagna a due strutture, tono e parole. La prima percezione è del tono, del non verbale, vale a dire il suono, il segno che avvisa già su quello che sarà il risultato: comprensione, rifiuto o indifferenza? In una comunicazione tra un paziente e i *caregivers* la comunicazione non verbale rappresenta più dell'ottanta per cento di comunicazione totale. La parola porta con sé una complessità di punti di attenzione che necessitano di una competenza all'ascolto

3 *Kronos* indica il tempo nelle sue dimensioni di passato presente e futuro, lo scorrere delle ore; *kairos* indica il tempo opportuno, la buona occasione, il momento propizio; con una certa approssimazione, quello che noi oggi definiremmo il tempo debito.

significativa. Competenza che manca sia al paziente come ai suoi familiari e che sta all'*équipe* attivare, dando loro tempo, spazio e significato e con ciò rendendoli partecipi.

Al contatto appartengono due forme: il contatto manifesto, attraverso il corpo, e il contatto empatico attraverso il sentire. Ogni persona, a qualsiasi età, è esperta in queste due relazioni e ne coglie il senso: l'indifferenza e il rifiuto o l'empatia. Il contatto è uno strumento di grande sostegno, pacificazione e speranza nella cura. Accoglie, protegge e libera le persone dall'ansia e dalla paura. Il contatto fortifica la psiche e la mente, apre all'altro e al suo mondo interno. È proprio nella cura che il contatto va valorizzato in modo particolare e va reso competente attraverso una formazione espressivo-corporea.

In situazione di fragilità si rafforzano molte delle rappresentazioni stereotipate, concernenti il genere, il sesso, l'età, la provenienza, il censo, la cultura sia negli utenti come nei professionisti. Si irrigidiscono anche il carattere e il comportamento di fronte ai conflitti. Le stereotipie riducono il valore e l'azione dell'intervento. Questo dimostra la vulnerabilità dei professionisti, formati alla tecnica e non sufficientemente attrezzati alle competenze relazionali, interdipendenti, di transazione.

Nel sistema di cura vanno previsti e strutturati alcuni percorsi formativi in grado di ri-modellare il sistema delle relazioni e delle azioni. Si tratta di dotare i professionisti di una padronanza del processo di *aver cura*. La storia della cura è fondamentalmente apprendimento di contenuti. Solo un approccio riflessivo e strategico sa posizionare i contenuti delle conoscenze nei contesti delle relazioni molteplici a cui i professionisti partecipano. Già Watzlawick (1971) sosteneva che il senso di ogni contenuto è determinato dalla relazione. Nel campo esperto della cura, la comunicazione riflessiva aiuta a ri-costruire il senso della relazione sottostante i contenuti che professionisti, pazienti e pari esprimono nel loro rapporto. Il processo formativo richiede la messa in situazione di alcune forme strategiche di competenza: la riflessività nell'azione, l'*empowerment*, la *capability*, forme in grado di portare i soggetti verso la compartecipazione consapevole, la reciprocazione, la corresponsabilità, l'*inquiry*.

La riflessione nell'azione è la strategia che identifica la competenza del professionista riflessivo. Schön (1993) sostiene che le profes-

sioni sono formate nel modello della razionalità applicata, nell'apparato delle conoscenze e nelle forme tecniche slegate dal contesto e quindi in grado di ridurre la responsabilità culturale ed etica del professionista. È un apparato con il quale i ricercatori delle "terre alte" della ricerca facilmente si formano, ma non sono in grado di applicarle nelle "terre basse, melmose, conflittuali e incerte" delle variabili umane e sociali. In questa difficoltà il professionista deve acquisire la riflessione come abito mentale. È evidente che un professionista della cura debba conoscere la propria disciplina, ma il saper curare è molto più complesso. La sua professionalità si giocherà su più campi: nel sistema delle conoscenze, nella conduzione della sua *équipe*, nella relazione con i colleghi, con gli altri ruoli, con i pazienti, con i familiari dei pazienti, con i contesti economici, con il *welfare* sociale, con la politica sanitaria sociale, con una visione del mondo. È la complessità di questo contesto che definisce il livello di azione da intraprendere verso il paziente, costruendo complicità e condivisione con il paziente stesso.

La riflessione nell'azione, dice Schön, non si impara con la sola teoria, ma nell'azione riflessiva sul campo, direttamente nell'azione, e non è individuale ma sociale, il confronto e la compartecipazione di più e diversi livelli di competenza e di ruolo sono la base per il riconoscimento dell'agire più giusto.⁴ La riflessione nell'azione è ciò che distingue il professionista riflessivo dal professionista tecnico. Il tecnico interviene in maniera protocollare. Invece è nell'azione stessa che il professionista riflessivo sa quando è il momento di cambiare la rotta, giocando i rispettivi saperi nella complessità della gestione delle relazioni professionali e umane.

Il processo di cura delle persone non è di pertinenza della sola medicina, ma di tutti i sistemi, le azioni, le funzioni che convergono verso la cura. La cura della persona richiede un movimento di sistema generativo e ri-generativo: personale e sociale, di *team*, e dipende dall'integrazione di diversi quadri culturali, tecnici e professionali, nonché dalla partecipazione consapevole dell'utenza. Di

4 Non bisogna sottovalutare nell'insieme dell'azione sistemica l'importanza e la necessità della compartecipazione sempre più significativa dell'utenza alla propria guarigione. E in questo emerge un problema educativo e pedagogico non solo del personale esperto ma anche e soprattutto del paziente.

fronte alla malattia, all'incompetenza, alla crisi, alla perdita di sé, ci si confronta con la vulnerabilità della persona, con i suoi limiti e con le risorse possibili. Di fronte alla difficoltà è la professionalità generativa che sa come agire. Il professionista generativo: medico, infermiere, psicologo, assistente sociale, tecnico, è colui che sa ricomporre, aiutato dalla forza del *team*, il rapporto con le fragilità, i vincoli e le risorse dei soggetti in carico.⁵ Siamo di fronte a una dimensione maieutica: la capacità di *empowerment* al fine di sostenere la difficoltà e promuovere le risorse.

La strategia dell'*empowerment* interviene sullo sviluppo di capacità personali di sistema, in grado di portare la condivisione della relazione nella complessità delle attese e delle dinamiche di differenza, attraverso lo sviluppo di competenza-fiducia interna ed esterna e soprattutto rafforzando le risorse dei soggetti nei propri specifici ambiti (professionisti e paziente). L'*empowerment* interviene a ri-equilibrare il sistema delle attese, il riconoscimento dell'identità e dei contesti altrui, l'individuazione di capacità residue, inconsapevoli, rendendo ciascuno degli interlocutori partecipi del tempo critico delle proprie storie di vita (transizione-transazione). La strategia dell'*empowerment* è una strategia di leadership dell'interdipendenza necessaria, lavora su patti relazionali, non solo protocolli, patti in cui i protocolli vanno inseriti; patti che facciano emergere da un lato la responsabilità della funzione maieutica del professionista, dall'altro l'energia vitale e la responsabilità personale dell'utente.

Tuttavia solo se si è in grado di avere e sentire la propria libertà di pensiero e di azione si è capaci di attivare accompagnamento e sostegno, di promuovere funzionamenti, di accettare la perdita. Nell'idea di Sen (2000) e della Nussbaum (2012), le *capabilities* sono le capacità interne ed esterne che permettono al soggetto competente o utente di funzionare anche nelle situazioni più difficili.

5 Ci si trova di fronte a un cambiamento fondamentale nel rapporto diretto con il paziente. I pazienti sono più informati e sono ansiosi di vedere cambiare il rapporto troppo spesso distaccato o paternalistico verso un rapporto più armonioso e rispettoso dei valori individuali ("value based medicine"). Anche la famiglia vuole essere sostenuta in modo da essere integrata nelle azioni di cura. Questo significa sostenere i *caregivers* che s'interrogano in maniera pluridisciplinare sull'accoglienza dei pazienti, sul significato delle pratiche e che vogliono sviluppare con loro un rapporto di fiducia, tenendo conto della specificità di ciascuno.

Sono le libertà sostanziali (caratteristiche, o stati della persona, fluidi e dinamici) di realizzare sé stessi attraverso alternative, combinazioni di funzionamenti, ciò che una persona può desiderare di fare o essere. Le *capabilities* richiedono stima di sé, dell'autoefficacia e dell'autodeterminazione, per far emergere risorse latenti e portare l'individuo ad appropriarsi consapevolmente del suo potenziale. Richiedono necessariamente una base di riconoscimento, di libertà e di sicurezza per poter attivare sistemi di funzionamento anche inconsapevoli. Non sono proprietà e competenze dei soli professionisti, ma strutture di attivazione che ogni soggetto dovrebbe possedere o essere messo nelle condizioni di formare. Nella forma della cura, per la sua caratteristica di contesto critico e fluido, va promosso in parallelo un doppio sistema di *capability*. *In primis*, vanno attivate le *capabilities* dei pazienti, le capacità intellettuali ed emotive, lo stato di salute e di tonicità, i valori interiorizzati, le capacità di percezione e di azione, tratti fortemente rilevanti per lo sviluppo delle risorse personali e il superamento dei vincoli. Insieme, vanno attivate le *capabilities* del professionista; si tratta di attivare le proprie risorse per il miglior funzionamento anche in situazioni di massima criticità, assumendo capacità di previsione, di progettazione, di assunzione di rischi, di contenenza, di aggiustamento. Le *capabilities* richiedono la capacità di funzionamento nei contesti più imprevedibili, e questo pone al professionista la necessità di uscire dai protocolli precostituiti. Il problema si pone allora non solo per le persone, ma per il sistema stesso della cura, i suoi dispositivi e direttive. Le *capabilities* infatti sono operazioni di sistema. Non sono strategie gerarchiche, quanto piuttosto sistemi orizzontali e trasversali di risoluzione dei problemi.

6. Conclusione

Riassumendo, la logica della comunicazione responsabile richiede al sistema della cura uno sforzo culturale, progettuale e formativo. Vi è la necessità di promuovere una crescita e una maturazione *in primis* del sistema istituzionale, degli operatori della cura, dell'utenza, verso un risveglio consapevole, inteso come forma di preven-

zione e di cura del benessere a priori. Si tratta di coniugare sinergie comunicative, competenze, eccellenze e *capabilities* con l'innovazione tecnologica.

Bibliografia

- Bateson, Gregory (1980). *Mente e natura*. Trad. it. di G. Longo. Milano: Adelphi.
- Birdwhistell, Ray L. (1970). *Kinesics and context*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Bruscaglioni, Massimo (1991). *La gestione dei processi nella formazione degli adulti*. Milano: Franco Angeli.
- Habermas Jürgen (2001). *Il futuro della natura umana*. Trad. it. di L. Ceppa. Milano: Einaudi.
- Lévi-Strauss, Claude (1966). *Antropologia strutturale*. Trad. it. di P. Caruso. Milano: il Saggiatore. Milano: il Saggiatore.
- Mauss, Marcel (2002). *Saggio sul dono*. Trad. it. di F. Zannino. Milano: Einaudi.
- Nancy, Jean-Luc (2002). *All'ascolto*. Trad. it. di E. Lisciani-Petrini. Milano: Cortina.
- Nussbaum, Marta (2000). *Women and Human Development: The Capabilities Approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- (2012). *Creare capacità. Liberarsi dalla dittatura del Pil*. Trad. it. di R. Falconi. Bologna: il Mulino.
- Piccardo, Claudia (1995). *Empowerment: Strategie di sviluppo organizzativo centrate sulla persona*. Milano: Raffaello Cortina.
- Quaglino, Gian Piero (2007). *Leadership e Cambiamento*. Milano: Franco Angeli.
- Rogers, Carl R. (1951). *Client-centered therapy: its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Schön, Donald A. (1993). *Il professionista riflessivo*. Trad. it. di A. Barbanente. Bari: Dedalo.
- Sen, Amartya (1994). *La disegualianza: un riesame critico*. Trad. it. di A. Balestrino. Bologna: Il Mulino.
- (2000) *Lo Sviluppo è Libertà*. Trad. it. di G. Rigamonti. Milano: Mondadori.
- Watzlawick, Paul, Beavin, Janet Helmick, Jackson, Don D. (1971). *Pragmatica della comunicazione*. Trad. it. di M. Ferretti. Roma: Astrolabio
- Weber, Max (1991). *L'etica protestante*. Trad. it. di A. M. Marietti. Milano: Rizzoli (BUR)



DISCUSSIONE

a cura del Dott. Giovanni Leoni*

*Il rispettare gli altri segue il riconoscere il legame
che ci unisce a loro. In questo modo le relazioni
diventano più facili, la comunicazione più agevole*

Sogyal Rinpoche

Nel 1969 viene liberalizzato l'accesso alla Facoltà di Medicina e Chirurgia: fino a quel momento fare il medico era consentito solo a coloro che avevano conseguito il diploma di maturità classica.

È possibile, per quei tempi, che venisse considerata fondamentale una formazione umanistica in cui la filosofia e la logica del greco e del latino fossero le basi su cui costruire la successiva formazione scientifica, o forse era solo una selezione per censo che veniva spazzata via, come tante altre cose, dal mitico '68.

Di fatto, prima del '69, i medici arrivavano alla professione con una base culturale ed etica capace di mitigare la propensione ai tecnicismi più spinti; la formazione conseguita prima del corso di laurea dava tempo e modo di riflettere sullo spirito dell'uomo prima di occuparsi del corpo.

Dall'altro versante occorre considerare che ben poche erano le informazioni di medicina disponibili per pazienti e parenti a livello di riviste e giornali generalisti. Era il periodo delle enciclopedie mediche, che entravano con gli elettrodomestici nelle case degli italiani del *boom* economico.

* Medico Chirurgo, Ospedale Civile Venezia

Il baratro culturale fra medico e paziente viene superato negli anni '70 e '80 grazie alle molteplici trasmissioni televisive dedicate; non c'è rivista o settimanale che manchi di una rubrica medica dove gli specialisti del settore rispondono alle domande dei pazienti. È con internet, dalla fine degli anni '90 in poi, che la conoscenza medica dilaga oltre le mura delle università e degli ospedali: nascono *forum* e *blog* dedicati a ogni patologia, spesso valvola di sfogo per decorsi non proprio ottimali o casi particolari.

Nell'ambiente interno la Facoltà di Medicina ha sempre delegato al medico più anziano, direttamente in corsia, l'istruzione sui modelli comportamentali da far seguire al medico più giovane. Lezioni o corsi specifici sulla relazione sono comparsi in tempi ben più recenti e tuttora il rapporto privilegiato è quello fra maestro e allievo che ha la sua massima espressione nell'ambiente chirurgico.

L'educazione impartita dai genitori e la formazione basata su forti principi morali viene ben prima del codice deontologico professionale, testo peraltro non obbligatorio e quindi poco conosciuto dai più.

Allo stato attuale il medico è distratto da innumerevoli incombenze burocratico-amministrative che pensava di poter evitare scegliendo una carriera scientifica, di fatto ha sempre meno tempo per pensare al caso clinico e solo a livello residuale può riflettere sull'inezienza della persona piuttosto che sulla sua patologia.

Chi ha scelto la professione medica e ha duramente combattuto per essa, fino a superare un concorso che l'ha titolato a passare la vita in ospedale, perché spinto da un irresistibile desiderio di essere parte di una realtà complessa e affascinante, ha poi dovuto accettare, anzi è arrivato a desiderare, il continuo confronto con i colleghi, o con figure professionali simili per ideali, ma con competenze diverse, per cercare di integrare professionalità e umanità, nella convinzione che ciò sia necessario per la cura della persona malata.

La vita in ospedale è fatta di continue interazioni fra colleghi di reparto, di pari grado ma di competenze e specialità diverse, e con figure professionali come infermieri e tecnici radiologi, sotto la direzione e controllo degli ex primari, ora denominati direttori di struttura.

Tutto è costruito sotto forma di tante piccole piramidi gerarchiche rigidamente consolidate e con un assetto in pratica immutato nel tempo.

Certo sono cambiati i nomi delle qualifiche, il *background* culturale è aumentato per tutti, sono arrivate le lauree brevi, ma alla fine chi “comanda” è colui che nel periodo di tempo in oggetto ha la responsabilità maggiore, il risolutore finale del problema.

La risalita della piramide passa attraverso una positiva competizione fra colleghi, ma la sfida più importante è con se stessi: il desiderio di dimostrarsi adeguati al nuovo caso clinico, di possedere le risorse necessarie alla sfida che si presenta.

È qui che si colloca per il medico la necessità dell'*empowerment*, la cura delle risorse come mezzo per accrescere la sua forza interiore ed aumentare la sua capacità di relazione diminuendo il proprio stato di ansia.

La risorsa deve rinforzare in particolare la padronanza dell'io, per tendere al raggiungimento di una stabilità interiore che porta il medico a non abbattersi per una sconfitta ed una morte, ma pure a non esaltarsi per essere giunto ad una diagnosi difficile o per aver completato un intervento chirurgico, nel puro rispetto delle regole degli antichi:

Non provare avversione, non rifiutare, non ritrarti disgustato, se non riesci a realizzare compiutamente l'obiettivo di agire in ogni circostanza secondo retti principi, ma, subito uno scacco, torna nuovamente all'opera e sii lieto se la maggior parte delle tue azioni rispecchia in grado elevato l'umanità dell'uomo. (Marco Aurelio, V, 9)

Essenzialmente il medico è un pensatore che ha l'assoluta necessità di lavorare in un clima di libertà sufficiente per poter sviluppare le idee, per mettere a confronto le sue risorse culturali con il quadro clinico e che deve ricorrere continuamente alla sintesi partendo da dati velocemente ricavati e poi procedere per protocolli riconosciuti. Nella situazione attuale, al contrario, il medico ospedaliero non riesce a concentrarsi su un problema per volta, è continuamente distratto da ininterrotte richieste, persino in sala operatoria viene inseguito dal telefono interno.

Come si fa a costringere un pensatore ad orari di lavoro che assorbono ogni energia fisica, a vivere in ambienti inadeguati e a subire continui condizionamenti della professione, riducendo ad un lontano desiderio la ricerca della propria evoluzione?

Anche se il dialogo ed il confronto fra pari avviene su una base culturale comune e tecnica, è sempre latente la tendenza egemonica, da parte dell'uno o dell'altro e la realtà, pur se scientifica, diventa una realtà prospettica.

La cura delle risorse, il costante aggiornamento generale e sul singolo caso clinico, rinforza il medico in termini di padronanza di se stesso, a prezzo di una totale dedizione alla conoscenza di ogni singolo particolare della propria professione.

In corsia il migliore è chi conosce per primo le variazioni dello stato clinico di ogni paziente in carico, in particolare dei più gravi. Questo comporta una attenzione continua, una maggior presenza al lavoro, un difficile distacco dall'ambiente a fine turno, che nel tempo porterà i colleghi a riconoscere al soggetto così dedicato una qualche forma di superiorità, a volte per base culturale, a volte per dimostrata passione, più spesso per la resistenza ad assorbire una maggior serie di *input*, e mantenere, tuttavia, un perfetto *standard* di risposta alle sollecitazioni nel tempo.

Nel medico ospedaliero vi è realmente una fortissima spinta interna a realizzare ciò che ha tanto desiderato negli anni di studio. Sul campo si procede per gradi, negli anni si migliorano i comportamenti, aumenta l'autonomia decisionale, diminuisce lo stress di una guardia notturna, in cui il senso di solitudine giovanile si trasforma negli anni in un senso di libertà e consapevolezza delle propria capacità a risolvere ogni problema.

Nel progressivo sviluppo delle *capabilities*, si completa la crescita interiore del medico, che otterrà presto o tardi, in una forma variabile da individuo ad individuo, il suo *empowerment* più importante per lo svolgimento di questa professione, il raggiungimento di una adeguata autorevolezza nei confronti di tutte le altre figure che lo circondano e la dimostrazione di aver raggiunto un grado di affidabilità tale da far emergere nel medico più anziano la speranza di avere alla fine identificato un possibile sostituto e successore.

LUIGI VERO TARCA*

COMUNICAZIONE E VERITÀ

La cura dei mortali nell'età della tecnica

Se, per eternità, s'intende non infinita durata nel tempo, ma intemporalità, vive eterno colui che vive nel presente. [...] L'immortalità temporale dell'anima dell'uomo, dunque l'eterno suo sopravvivere anche dopo la morte, non solo non è per nulla garantita, ma, a supporla, non si consegue affatto ciò che, supponendola, si è sempre perseguito. Forse è sciolto un enigma perciò che io sopravviva in eterno? Non è forse questa vita eterna così enigmatica come la presente?

Ludwig Wittgenstein, *Tractatus logico-philosophicus*
(6.4311 e 6.4312)

Abstract:

The value of human communication presupposes the truth of what we communicate. Nowadays the dominant form of truth is technology, as – being able to provide means to reach ends – it shapes a reality that matches human projects and aims. However, the value of this logic (the mean/end logic) becomes a non-value if it is not total, complete, and – after Gödel – we know that scientific (and hence technological) logic cannot be at the same time complete and non-contradictory. So the “age of Technology” – that is the time when everything, even human beings, becomes object of technical handling – is characterized by a radical ambivalence: what makes technological miracles, and hence saves mankind, is at the same time what can ruin and cripple us. The outcome is a paradoxical situation, whose solution would require a mean enabling us to overcome the mean/end logic.

The general ambivalence of our age concerns also medical institutions, including the way people communicate inside these spaces.

* Università Ca' Foscari di Venezia.

The most significant example of the ambivalence of technical miracles is the project to make human beings immortal, i.e. the ambivalence between the real possibility to achieve the final goal of human history (immortality) and the discomfort this might cause to the individuals living in our present, who realize that this miracle does not concern them but only future generations.

The 'true' solution of this paradoxical problem can only be, in turn, paradoxical: it has to be different from everything that can be achieved only in a future moment and not now; accordingly, although different from the present experience, in some way it has to be present here and now. In our example, victory on death has to be present even in mortal life. For this reason the solution is a 'dual' experience, but it is dual in a particular way – a way that, referring to oriental wisdom, we may call a-dual: we can say neither that there are "two things", since each entity essentially belongs to the other, nor that there is one single thing, since there are differences. In our case: eternity and mortal life are two different and nevertheless co-belonging dimensions, as Raimon Panikkar's neologism "tempiternity" points out. In this perspective eternity has to be meant, truthfully, as something different from im-mortality (non-mortality), and the harmony of these two aspects of life constitutes the true solution of the problem of life, as shown by Wittgenstein's philosophy.

If the solution to the problems of life is both physical (temporality) and meta-physical (eternity), then it requires an attitude which belongs both to the dimension of science or technology (surgery, pharmacology) and to the dimension of wisdom (philosophy, religion, art). Accordingly, the 'solution' of health and hence medical problems requires the care of both the body (eliminating illness) and the soul (caring for the sense of life). On this basis, we could say that 'solving' the problems of physicians' life means something like 'caring sanity': on the one hand, therapy of physical or psychological illness, on the other hand, caring for medical institutions and the ways knowledge about health is present in everyday life. In this way, perhaps, even physicians' problems and difficulties (such as burnout etc.) can find a new, unexpected 'solution'.

1. *Verità e tecnica: l'ambivalenza dell'epoca attuale*

1.1. La tecnica come verità

La comunicazione, fenomeno estremamente variegato e complesso, ha un legame particolare con la verità: comunicare qualcosa si-

gnifica sempre, in qualche modo, presupporre la verità di ciò che si comunica. Che cosa ha reso così attrattiva la verità per la civiltà occidentale, e quindi, ormai, per quella planetaria? Il fatto che essa si è presentata come qualcosa capace di garantire da un lato l'efficacia delle azioni dell'uomo e dall'altro lato il loro valore universale (esse *valgono* per *tutti* gli individui). Per il primo verso, in quanto conoscenza di come le cose necessariamente stanno (le leggi della natura), il sapere vero consente la formulazione di previsioni infallibili e quindi mette a disposizione dell'uomo un operare coronato dal successo; così, i *mezzi* approntati in conformità alle leggi naturali garantiscono il conseguimento dei *fini* (gli *scopi*) che gli umani perseguono. Nello stesso tempo, per l'altro verso, tale conoscenza, essendo oggettiva e non dipendendo quindi dall'arbitrio soggettivo, garantisce a priori che su di essa tutti gli umani siano d'accordo: l'unità che si realizza tra di loro grazie alla verità non si impone in forza di una costrizione esterna ma grazie a un libero riconoscimento da parte di tutti i singoli individui; come accade (il riferimento è al *Menone* di Platone) con i teoremi della geometria, i quali vengono riconosciuti veri tanto dai padroni quanto dai servi in forza del *logos*, la ragione universale che tutti unisce. Per questo il sapere *epistémico*, cioè 'scientifico', garantisce nello stesso tempo l'efficacia dei mezzi e la bontà del fine; esso rappresenta tanto la riuscita delle azioni umane quanto il libero accordo tra gli uomini: la verità garantisce *potenza e giustizia* nello stesso tempo.

La garanzia, che il sapere vero offre, di un agire efficace (ovvero il fatto che i mezzi assicurino il conseguimento del fine) è ciò che determina la stretta parentela che vi è tra la verità e la tecnica. Se la tecnica è l'operare che garantisce il conseguimento nella realtà (*in re*), di uno scopo (un fine) che si è progettato a livello mentale (*in intellectu*) – e ottiene ciò grazie a un mezzo adeguato a quel fine – allora la verità è il fondamento della tecnica e, per converso, quest'ultima è il compimento del sapere vero. La tecnica garantisce la coerenza tra *mezzo e scopo*, e con ciò assicura la realizzazione dei *progetti* di un *soggetto*. Ma l'agire efficace che in tal modo si consegue ha valore davvero universale solo se anche lo scopo vale universalmente, e quindi solo se anch'esso è conforme a verità. Sicché la tecnica viene a possedere quel duplice pregio che abbiamo visto caratterizzare la

verità (potenza e giustizia) solo se *tutto* il nostro agire, compreso lo scopo che ci prefiggiamo, è conforme a verità. Perché se invece la potenza strumentale della tecnica viene assoggettata a finalità di parte (non universalmente valide, e in questo senso non ‘vere’), ecco che la sua azione si presenta quasi inevitabilmente come un’intensificazione della prepotenza umana, come un aumento della violenza che assume il volto di una somma ingiustizia. La filosofia – anche se non si riduce a questo – è appunto l’estensione totale del sapere epistemico; e proprio da questa estensione dell’*epistéme* al tutto scaturisce quell’immane processo scientifico e tecnologico che caratterizza la nostra civiltà. Tale gigantesco processo passa attraverso vari momenti, che qui possiamo, sinteticamente, compendiare nei tre seguenti passi.

Primo passo. Nella scienza antica (*epistéme*) la verità riguarda essenzialmente le inviolabili leggi della natura. Essa è dunque oggettiva e incondizionata, ma anche limitata, in quanto non riguarda ogni aspetto della realtà; in particolare non riguarda l’esistenza umana, ma solo gli aspetti matematici e geometrici della natura: le ‘verità’ sono innanzi tutto quelle della matematica, della geometria, dell’astronomia, dei suoni. Già dal principio la scienza mostra la sua potenza e il suo legame con la ‘giustizia’: l’aritmetica, con il calcolo delle quantità commerciali, e la geometria, con la misurazione delle terre, garantiscono una distribuzione proporzionale, quindi equa, dei beni e dei campi. L’astronomia e la conseguente previsione del movimento dei corpi celesti favoriscono il successo dell’agricoltura e della navigazione. La scoperta dell’armonia matematica che governa la musica perfeziona la costruzione di strumenti musicali che ‘armonizzano’ la psiche degli esseri umani con la natura e con gli altri esseri umani.

Secondo passo. Nell’età moderna, che dalla scienza galileiana e newtoniana conduce a Kant, il baricentro del sapere scientifico si sposta dal lato oggettivo a quello soggettivo: reale è considerato solo ciò che corrisponde ai ‘modelli’ che definiscono la razionalità dell’uomo, e che sono quindi da lui perfettamente controllati: come ‘mondo reale’ viene riconosciuto solo ciò che corrisponde al linguaggio con il quale Dio, come dice Galilei, ha creato l’universo, cioè quello matematico. In tal modo il problema si sposta dal sem-

plice ‘rispecchiamento’ delle leggi di natura alla costruzione di una realtà naturale conforme ai modelli soggettivi. In questo rovesciamento l’uomo – potremmo dire – incomincia a ragionare in questi termini: dato che la verità è l’accordo tra i pensieri soggettivi (umani) e la realtà oggettiva (naturale), se la realtà esterna non è conforme ai nostri modelli, allora tanto peggio per questa, costruiremo una realtà conforme ai modelli! L’epoca dell’industria è sintomatica di questo spostamento: gli oggetti che sempre più costituiscono l’ambiente umano vengono originariamente prodotti come corrispondenti ai progetti dell’uomo. La macchina è un esempio tipico di oggetto che funziona perfettamente in vista di uno scopo umano prefissato. La trasformazione della realtà conformemente ai modelli umani espande progressivamente il proprio raggio d’azione e mette in moto la storia moderna, cioè il susseguirsi di ‘rivoluzioni’ nelle quale la stessa società umana viene progettata e plasmata in maniera conforme ai disegni umani.

Terzo passo. All’interno di questa trasformazione della natura in realtà artificiale, l’epoca contemporanea segna il punto di non ritorno nel quale la progettazione e la manipolazione del mondo investono direttamente anche l’uomo stesso. Questa è l’epoca dell’Apparato e dell’onnipotere: il potere che, applicato direttamente all’uomo stesso, diventa totale. Con il termine “Tecnica” (con la maiuscola) ci riferiamo appunto a questa situazione in cui l’agire tecnico si rivolge anche e principalmente all’uomo, il quale diventa l’oggetto eminente di tale operare. La Tecnica giunge a creare artificialmente persino il soggetto umano, ovvero il luogo stesso in cui si generano i progetti e i fini. Ci avventuriamo così nell’epoca della manipolazione programmata e consapevole dell’intera vita umana in tutte le sue dimensioni: sociale, fisica, psicologica, politica e così via.

L’età della Tecnica è dunque quella nella quale l’operare tecnico diventa totale, illimitato. Ciò accade sia dal punto di vista qualitativo (lo scopo, cioè l’effetto reale che si produce, corrisponde perfettamente al progetto da cui è scaturito) sia dal punto di vista quantitativo (tutto viene pensato in riferimento a uno scopo, a un progetto). In quanto tutto appartiene a uno scopo, tutto viene progettato e ‘finalizzato’; ma in tal modo tutto risulta ‘strumentalizzato’. Poiché tutto è pensato in vista di uno scopo, tutto si trasforma in un

mezzo funzionale alla realizzazione di un fine. Così ogni realtà diventa un oggetto *manipolabile* dal punto di vista tecnico: ogni cosa può legittimamente essere trasformata in vista della realizzazione di uno scopo. Diventando la tecnica totalizzante ed estendendosi quindi persino al soggetto che elabora i progetti, perciò anche al regno degli scopi e dei fini, ad essere manipolati sono non solo i materiali che servono per la realizzazione degli scopi, ma questi stessi, i quali vengono appunto a loro volta utilizzati e trasformati in vista del conseguimento dello scopo supremo. Scopo supremo che, come dice Emanuele Severino, consiste nella realizzazione indefinita degli scopi: la realizzazione di qualsiasi scopo possibile (Severino 2012). Trasformare il regno degli scopi significa modificare il soggetto (definito appunto come il produttore di scopi e progetti), quindi trasformare innanzitutto l'individuo umano; anzi, il materiale umano diventa ormai oggetto privilegiato di manipolazione e di 'strumentalizzazione'. La trasformazione dell'uomo (trasformazione tecno-anthropologica) presenta almeno un duplice aspetto: a) trasformazione tecnica dell'individuo (vaccini, interventi chirurgici, trapianti etc.); b) trasformazione dei soggetti meta- e trans-individuali (istituzioni, *corporations*, eserciti, servizi segreti, Stati, *mass media* etc.) che sono generatori di progetti. Cioè: trasformazione dei *progetti individuali* dei singoli uomini, e trasformazione dei *progetti collettivi* dei gruppi umani e dell'umanità in generale. Ci si immerge così in una spirale 'regressiva' senza fine. 'Regressiva' nel senso che si avvia un percorso a ritroso il quale si avventura sempre più a fondo verso il centro dove si generano i soggetti stessi e i loro progetti. Il tragitto è questo: dal comportamento esterno del singolo uomo alla sua psiche; dalla psiche del singolo individuo ai progetti dei gruppi umani ai quali questi appartiene, dai gruppi umani agli 'scopi' dell'umanità stessa, dal destino dell'umanità al senso stesso della vita sulla Terra. Il *progresso* è appunto questo implacabile *regresso* manipolatorio.

Vi è un aspetto particolare dell'applicazione della tecnica al materiale umano, quello per il quale la tecnica viene applicata al problema del controllo dell'umano e del dominio su di esso. Tra gli scopi che vengono assunti dall'apparato tecnico diventano prioritari quelli relativi alla programmazione dei comportamenti umani: controllo militare e spionistico basato sulla psicologia di massa,

sul condizionamento mediatico etc. Questo aspetto, congiunto naturalmente agli altri, conduce a ciò cui do il nome di *onnipotere*: un soggetto che ha la potenza, e la capacità, di disporre in maniera completa del *materiale umano* e dei suoi comportamenti. La verità in-negabile che si manifesta nella *epistème* giunge a compimento nel sapere in-condizionato della filosofia, la quale conduce all'operare in-fallibile della tecnica, da cui scaturisce l'onnipotere: il soggetto politico-militare in-vincibile ed in-vulnerabile che caratterizza l'epoca dell'im-mortale destinato a sperimentare una forma di vita indolore (Tarca 2012).¹

1.2. L'ambivalenza strutturale dell'età della Tecnica

Il problema è che il progetto filosofico di portare a compimento una *epistème* totale si è dimostrato essere un sogno non realizzabile. Dopo Gödel sappiamo che qualsiasi sistema 'razionale' che pretendesse di essere totale sarebbe contraddittorio. Non riuscendo a rendere totale il sistema epistemico-tecnologico, non riusciremo mai a ottenere la garanzia che l'agire tecnico, sempre più smisuratamente potente, sia 'buono' (giusto); esso rischia così, ad ogni istante, di rovesciarsi in un'intensificazione della violenza e dell'ingiustizia (Severino 1979).

La verità – come abbiamo incominciato a vedere – costituisce un grande farmaco: la formidabile 'medicina' degli umani; essa garantisce infatti la 'guarigione da tutti i mali'; ma, non potendo compiersi totalmente, rischia di rovesciarsi in una dannazione per gli uomini sottoposti al suo giogo. Si manifesta qui uno dei quei rovesciamenti che costituiscono un oggetto peculiare del pensare filosofico: il positivo che si rovescia in negativo. Ma qui il rovesciamento assume una forma estrema, perché l'agire tecnico investe lo stesso luogo dove si generano i progetti; sicché, quanto più efficace è l'agire tecnico sul materiale umano, tanto più la disumanizzazione rischia di diventare totale e incontrollabile. Tale circostanza conferisce a tutti gli elementi essenziali che caratterizzano la nostra civiltà (tecnica, apparato, istituzione, cura etc.), un'essenziale ambivalenza. Questa consiste innanzi-

1 Sul problema della tecnica nell'età presente si può vedere Galimberti 1999.

tutto nel fatto che da un lato la verità/tecnica costituisce la valorizzazione massima dell'umano, e il rimedio a tutti i suoi mali (comprese evidentemente le malattie), ma dall'altro lato assume la forma di un potere che sovrasta l'uomo, lo domina e lo trasforma illimitatamente, al punto da deciderne anche gli scopi e i fini ultimi.

Questa strutturale ambivalenza conferisce alla situazione che si determina un carattere essenzialmente paradossale. Ciò risulta particolarmente evidente quando si scorge che la totalizzazione della logica mezzo/fine (che è appunto la logica tecnica) conduce a un punto nel quale questa logica è costretta a superare se stessa: la tecnica, portata al limite, implica la fuoriuscita dall'operare tecnico. Perché, quando la logica tecnica si estende alla totalità del reale, non vi è più alcun 'fine', alcuno scopo, che non possa diventare a sua volta mezzo per uno scopo più alto. Non vi è più un fine che sia davvero un fine: ogni fine può essere immediatamente anche un mezzo; per questo, appunto, il compimento della logica mezzo/fine esige il suo stesso superamento. In effetti, è difficile oggi trovare qualcosa che non sia *totalmente* 'progettabile'; l'uomo stesso non è più 'dato': anch'esso è infinitamente manipolabile e trasformabile nella sua stessa essenza (dna etc.), e quindi nemmeno esso può più fungere da fine assoluto. L'essenziale ambivalenza dell'apparato tecnico rispetto all'esistenza degli individui umani (da un lato ne è la realizzazione suprema e dall'altro lato ne costituisce la 'strumentalizzazione' totale) fa sì che ogni bene, cioè il conseguimento di ogni scopo, possa rovesciarsi, in relazione a un altro scopo, in un male, e viceversa. Il problema a cui conduce il compimento della logica tecnica (mezzo/scopo), compimento per il quale tutti gli scopi diventano mezzi, non è risolvibile all'interno di tale logica; perché ciò richiederebbe che si trovasse il modo (il mezzo) adatto a realizzare lo scopo di uscire dalla logica mezzo/scopo. L'esigenza è paradossale; ma affermare che è paradossale – sia detto di passaggio – è diverso dal dire che è *tout court* contraddittoria, cioè che è semplicemente irrealizzabile; ciò significa piuttosto che la 'soluzione' può avvenire solo all'interno di una logica diversa da quella tecnica (mezzo/scopo).

Approfitto di questo accenno alla paradossalità della situazione per aprire una parentesi relativa a questo nostro volume e alla sua peculiarità. Qualcuno potrebbe infatti osservare: tutto il discorso fi-

losofico che sto facendo *non serve* ai medici. A prima vista, questa affermazione pare essere una svalorizzazione completa di quello che stiamo facendo; e invece, in un certo senso, proprio questo conferma la validità dell'impostazione proposta; perché, se il problema è quello del superamento della logica mezzo/fine, allora è chiaro che la sua soluzione deve essere diversa dal reperimento di qualcosa che possa *servire* ai medici, almeno nella misura in cui ciò che serve venga inteso come uno strumento volto alla realizzazione di uno scopo.

2. *L'ambivalenza all'interno degli apparati istituzionali*

2.1 L'ambivalenza dell'istituzione medica

L'ambivalenza che definisce l'età della Tecnica investe in pieno anche la dimensione della cura, quindi pure gli apparati della terapia medica e gli umani *incorporati* in tali apparati. Anche l'istituzione medica, dunque, realizzandosi all'interno dell'Apparato – di cui costituisce un'articolazione, o un frammento – è segnata dalla fondamentale ambivalenza che caratterizza l'apparato antropotecnico (lo chiamo così perché è tecnologico ma incorpora individui umani). Proprio tale ambivalenza, con il connesso rovesciamento (ciò che si presenta come il rimedio più potente è insieme anche la minaccia estrema), può contribuire a dare una spiegazione soddisfacente di alcuni fenomeni significativi che investono oggi il mondo medico, come per esempio il profondo disagio che molti operatori di questo settore avvertono.

La fondamentale ambivalenza degli apparati di cura si manifesta in molti modi. In particolare, essi da un lato fanno *miracoli terapeutici*, ma dall'altro lato contribuiscono a determinare una situazione nella quale il mortale in quanto tale rischia di essere sempre più 'insoddisfatto'. Questa radicale insoddisfazione può certo, a volte, dipendere da difetti di origine clinica (casi di malasantità), ma nella nostra società non sono questi i fenomeni più rilevanti; il disagio, infatti, dipende sostanzialmente dalla sconnessione tra l'esistenza umana e l'istituzione medica o, più in grande, l'apparato tecnico. La scissione, cioè, è tra il potere miracolistico dell'apparato e il fat-

to che i singoli individui umani non ne hanno il controllo. Questo spiega, almeno in parte, quella che può essere oggettivamente considerata una profonda ingiustizia che compiamo quotidianamente nei confronti dei medici con la nostra ‘ingratitude’: mentre diamo per scontati, e quindi trascuriamo, i *miracoli* che ogni giorno compie la tecnica medica, abbiamo invece una sensibilità acutissima nei confronti dei suoi insuccessi (dovuti a incapacità o ad impossibilità). Il problema è che, così facendo, rischiamo di non vedere la questione reale, che non è tanto il mal funzionamento dell’apparato tecnico-medico, quanto il suo strapotere ‘positivo’ nei confronti del ‘normale’ materiale umano, cioè del ‘mortale’.

Il malessere (il *burnout*, il disagio) investe l’umano in quanto tale, e quindi anche l’aspetto medico, l’aspetto della cura. Il termine “disagio” è particolarmente adatto a esprimere l’espressione buddhista *dukkha*, che viene solitamente tradotta con la parola “dolore”. Tale termine, infatti, che in origine si riferisce alla circostanza che l’asse del carro non fa girare bene la ruota, designa in generale il malfunzionamento di un sistema. La prima cosa che verrebbe spontaneo di dire al medico è allora che il disagio che egli prova è ampiamente diffuso anche al di fuori del suo ambito professionale, direi anzi che è diffuso in tutti gli ambienti. Sicché, se nell’esperienza del medico vi è disagio, questo è di natura assolutamente essenziale: non riguarda specificamente il suo ruolo. Si potrebbe infatti parlare a lungo del disagio dei professori (in particolare di quelli di filosofia, almeno per quanto mi è dato di conoscere personalmente), o del disagio diffuso all’interno delle varie istituzioni, e poi del disagio di molti altri operatori, e questo vale per tutti i campi e a tutti i livelli. Credo che sia importante, nell’interpretare questo disagio, correlarlo (senza la pretesa di spiegarlo ma al massimo con la speranza di contribuire a comprenderlo) a questa ambivalenza estrema per cui ciò che salva è nello stesso tempo ciò che può rovinare, anche solo nel senso che può escludere dal luogo dove la tecnica compie i suoi ‘miracoli’. Questo si manifesta con particolare evidenza quando si scorge che il soggetto che determina tale rovesciamento non è più un soggetto umano: non è più l’uomo ma è l’apparato che consente la realizzazione illimitata di tutti gli scopi.

2.2 L'ambivalenza nella comunicazione all'interno dell'istituzione

Questa situazione di massima ambivalenza, investendo l'intero apparato medico, coinvolge pure le relazioni interne a tale sistema e quindi anche le relative comunicazioni, rendendole a loro volta dicotomiche e quindi, almeno in qualche misura, contraddittorie. Dicotomiche perché tutte le figure che hanno a che fare con l'apparato vengono scisse in due poli opposti, quelli che definiscono l'ambivalenza.

Possiamo pensare, in prima battuta, alla comunicazione tra medico e paziente. Il medico è, per il paziente, il 'sacerdote' dell'Apparato medico (la divinità che salva il mortale). Come il sacerdote costituisce, tradizionalmente, l'intermediario tra Dio e l'uomo, così il medico rappresenta l'intermediario tra l'Apparato onnipotente-salvatore e il singolo individuo. Il medico stesso è dunque essenzialmente una figura duplice: uomo (ricco di sentimenti, di affetti etc. ma anche di limiti e debolezze) e ministro dell'Apparato (superiore, distaccato, 'infallibile', inflessibile). Questa esperienza riguarda sia la struttura sanitaria (con l'impersonalità delle prenotazioni, la fatica delle code, l'inesorabilità dei referti, la mancata comprensione delle diagnosi da parte del paziente, e così via) sia la figura del medico, in relazione alla sua inadeguatezza come 'guida' personale, alla sua difficoltà a fornire un sostegno anche psicologico adeguato, e così via.

L'ambivalenza della comunicazione si estende, così, universalmente; essa riguarda non solo la comunicazione tra medici e medici, tra medici e personale para-medico o non-medico, ma anche le varie dimensioni interne alla figura del medico, per cui questi si presenta come professionista e come rappresentante dell'istituzione, come 'scienziato' e come funzionario, e così via. Perché la comunicazione tra i soggetti meta- e trans-umani (i soggetti che progettano e organizzano la vita umana sulla terra) passa attraverso gli individui umani in carne e ossa, i quali vengono dunque 'tagliati in due' da una comunicazione che, in quanto caratterizzata dalla dicotomia, scinde le loro stesse esperienze e le loro stesse esistenze. In particolare, il medico è dilaniato dalla tensione *oggettiva* tra le sue aspirazioni umane (mortalità) e i suoi doveri di funzionario dell'apparato (funzionario dell'immortalità, come poi si preciserà). I suoi desideri umani, naturalmente, non sono solo quelli legati ai 'vantaggi personali' (stipendio, prestigio etc.) che

il suo ruolo di funzionario dell'istituzione gli garantiscono, ma sono anche quelli legati al suo desiderio 'umano' ("troppo umano") di dare piena assistenza e conforto ai suoi simili, i *mortali* con i quali egli ha tutti i giorni a che fare. Dall'altra parte, ma *insieme* a questi desideri 'umani', abbiamo tutte le istanze e i doveri connaturati e connessi al suo essere un funzionario dell'apparato.

Ma naturalmente la contraddizione investe poi anche l'individuo umano in quanto paziente. Costui, infatti, vuole essere salvato personalmente, in carne e ossa; e vuole essere trattato da uomo, rispettato nei suoi sentimenti e nei suoi desideri; ma il problema è che tra i suoi desideri – e come aspirazione suprema, come vedremo – vi è innanzitutto quello dell'immortalità, la quale richiede il *sacrificio* del mortale. L'uomo stesso, dunque, e anche l'uomo proprio in quanto paziente, è il portatore di quella contraddizione che egli tende a imputare al medico, o all'istituzione, cioè all'apparato clinico. È allora importante tenere presente che, quando noi invochiamo il rispetto delle persone (ma che cosa significa, oggi, essere persona?), rischiamo di dimenticare che la contraddizione investe in pieno lo stesso soggetto il quale esige, dall'apparato, i 'miracoli', e li esige a qualunque costo.

Si badi peraltro che ognuno degli aspetti in cui si scindono le varie figure è a sua volta contraddittorio. Non è che l'umano sia in contraddittorio e l'apparato contraddittorio; anche l'umano, come abbiamo visto, è scisso (e quindi contraddittorio); e ugualmente contraddittorio in sé è l'apparato, il quale da un lato sacrifica l'umano, ma dall'altro lato ne compie la completa valorizzazione. E, da capo, anche la stessa valorizzazione dell'umano è in sé contraddittoria, perché per un verso ne realizza il perfezionamento, ma per un altro verso segna l'introduzione di un elemento individualistico che è in contraddizione con il carattere universale che definisce l'apparato. Allo stesso modo, anche l'intrusione dell'elemento personale è contraddittoria; perché da un lato è la 'contaminazione' del fine dell'apparato (oggettivo e universale) mediante elementi spuri (individuali); ma dall'altro lato è anche l'integrazione del fine impersonale con la sensibilità e il sentimento tipicamente umani, i quali sono ciò che dà colore e concretezza alle astratte finalità oggettive della cura.

È a causa della portata onnipervasiva della contraddizione che a questo livello ci appare molto difficile pensare a una soluzione, almeno nei termini in cui siamo abituati a immaginare una cosa del genere. Quando la contraddizione è totale, la sua soluzione si configura in maniera molto diversa da quella che è la normale soluzione delle contraddizioni. Per questo sarebbe fuori luogo pensare che io voglia proporre qui qualcosa come una soluzione di un determinato problema; tutt'altro, come presto vedremo. Tuttavia ciò non significa che questo tipo di riflessione sia una perdita di tempo; anzi, ritengo che la consapevolezza di questa fondamentale aporia possa essere importante per il medico dei nostri giorni. Perché questo discorso, scaturendo dalla consapevolezza della dualità definitoria del dire e quindi di ogni comunicazione (quella tra detto e non detto), porta alla luce ciò che rimane solitamente impensato all'interno della comunicazione che si svolge nell'ambito dell'istituzione medica. Avendo cura di questo 'impensato', esso consente di cogliere aspetti dell'attuale situazione che, pur essendo davvero importanti, normalmente sfuggono alla nostra attenzione e quindi, quando vengono svelati, appaiono sorprendenti o addirittura inquietanti; anche se sarebbe sbagliato enfatizzare quest'ultimo carattere, perché altrettanto difficile da scorgere è il lato 'miracoloso' e quindi meraviglioso di ciò che solitamente si sottrae ai nostri sguardi e che solo il disvelamento dell'impensato può portare alla nostra attenzione. Tutti questi aspetti, in ogni caso, possono essere colti solo all'interno di uno sguardo capace di superare quello di natura strettamente ed esclusivamente "clinica", ed è appunto per questo che una considerazione filosofica può risultare importante.

3. Una questione paradigmatica: l'immortalità

In effetti, se vogliamo cogliere in pieno la radicalità della questione con cui ci stiamo confrontando, dobbiamo vedere in che modo, concretamente, l'esito ambivalente e paradossale che abbiamo descritto riguarda la medicina. Come abbiamo detto, la 'totalizzazione' tecnica (l'estensione illimitata dell'operare tecnico) mette in questione tutti gli 'immutabili', cioè relativizza tutti gli scopi assoluti,

dunque anche quelli appartenenti al campo medico. In tale ambito, fino ad oggi, era facile individuare un fine indiscutibile: l'uomo stesso, cioè la sua vita e la sua salute (pensiamo al giuramento di Ippocrate). Circa questo punto non poteva esserci discussione: tutti eravamo inevitabilmente d'accordo su di esso. Per la verità, anche oggi non si discute molto di questo punto, ma ora la mancanza di discussione è segno della inadeguatezza da parte del pensiero rispetto ai problemi della nostra epoca. Certo, dibattiti significativi incominciano a spuntare da tutte le parti, sollecitati appunto dai problemi che oggettivamente urgono (pensiamo anche solo a quelli della bioetica), ma raramente si giunge a cogliere il punto decisivo, consistente nella circostanza che il progresso tecnico fa diventare un problema persino la natura dell'uomo, che fino ad oggi era invece vissuta come un punto fermo, un presupposto indiscutibile.

Si coglie bene questo aspetto se lo si mette in relazione con il peculiare problema dell'immortalità. Fino ad oggi pensare l'uomo equivaleva a pensarlo come un mortale; non è certo un caso che, quando si doveva individuare una proposizione universalmente vera, per esempio per assumerla come premessa maggiore in un sillogismo, la scelta cadesse sulla classica formula: "Tutti gli uomini sono mortali". Ma l'illimitata manipolabilità del materiale umano, conducendo la Tecnica a mettere in questione la stessa essenza dell'uomo, giunge a revocare persino la necessità del suo essere *mortale*: la tecnica applicata alla medicina ci fa intravedere concretamente la possibilità dell'immortalità.

Prima abbiamo parlato della 'contraddizione' che si istituisce tra i miracoli terapeutici compiuti dalla tecnica medica e il permanere o addirittura l'intensificarsi dell'insoddisfazione umana. Tale contraddizione assume qui la forma del contrasto tra la promessa di realizzare il sogno umano dell'immortalità per via tecnica, e la sua concreta irrealizzabilità qui ed ora, cioè "per me", "per noi". Si tratta della contraddizione tra la nostra vita reale e il fine assoluto (l'immortalità) al quale essa è votata. Il vero malessere dell'uomo dipende oggi in gran parte dal fatto che egli è strutturalmente infelice fino a che non realizza lo scopo supremo dell'immortalità. E quanto più questo scopo si avvicina, tanto più diventa intollerabile per il singolo individuo sentirselo sfuggire. La vera insoddisfazione del

mortale dipende dal fatto che egli scorge l'immortalità ormai a portata di mano, ma si vede escluso dalla stirpe degli *dèi immortali* che stanno dando la scalata al Cielo. Ho letto che esiste un'associazione i cui membri si ispirano alla massima: "Vivere abbastanza da vivere per sempre"; costoro sono infatti convinti che in tempi abbastanza rapidi sarà possibile all'umano rendersi immortale con trapianti, clonazioni etc. Io ovviamente non sono in grado di sapere quanto queste convinzioni siano scientificamente attendibili; però credo di poter dire che l'umano ormai questa idea se l'è ficcata in testa, e quando l'uomo si mette in mente una cosa, se non si tratta di qualcosa di assolutamente, cioè logicamente, impossibile, prima o dopo questa cosa accade. L'immortalità non è qualcosa di logicamente impossibile e perciò di impensabile; perciò essa è passata dal ruolo di narrazione favolosa, di racconto mitico-religioso o etico (un futuro remoto e imprecisato che viene guadagnato dalla nostra anima con la sua esperienza spirituale, un premio favoloso che viene concesso a chi in questa vita si comporta in modo degno e meritevole), a quello di concreto progetto reale che è ormai avviato e in marcia. Così, il compimento illimitato della tecnica punta al superamento della 'radice di tutti i mali': la morte (la mortalità). La cura dell'umano (del mortale) assume oggi la forma della cura della mortalità: la cura del mortale diventa oggi la cura della malattia mortale.

Ed è qui che l'ambivalenza che caratterizza l'epoca presente si manifesta in maniera particolarmente chiara. Perché da un lato abbiamo a portata di mano quello che, ispirandoci a Emanuele Severino, possiamo chiamare il Paradiso della Tecnica, il luogo degli "dèi" immortali nei quali si compie la valorizzazione estrema dell'umano; dall'altro lato ciò comporta la subordinazione completa dell'elemento umano all'onnipotere della tecnica, e per questo secondo versante la prospettiva che pare imporsi è una sorta di 'rottamazione' degli umani in quanto mortali.

Il carattere ambivalente, o propriamente autocontraddittorio, di questa situazione dipende dal fatto che è la logica stessa che separa il mezzo dal fine ad essere, in quanto tale, dicotomica: il mezzo non è davvero buono, dato che tale è solo lo scopo. È quindi del tutto naturale che il compimento di tale logica, almeno in quanto resta all'interno della medesima impostazione, risulti a sua volta dicoto-

mico e quindi contraddittorio: il Paradiso e l'Inferno della Tecnica si mostrano come due facce della stessa medaglia. Nello scenario dell'immortalità si compendiano tutte le dicotomie e le ambivalenze che contraddistinguono l'esperienza umana. Perché la stessa vita del mortale è definita da un'essenziale contraddizione, quella per la quale l'uomo è un corpo mortale che però rifiuta la propria mortalità. Del resto, già Parmenide, quando parla dei mortali, li descrive come esseri "dalla doppia testa" (DK, frammento 6, verso 5). *L'homo sapiens* – ma ormai potremmo dire *l'homo technicus* – è appunto quell'animale che in quanto tale è mortale ma che *rifiuta* la propria mortalità. Lo stesso rifiuto della malattia è rifiuto del messaggero della morte, è cioè rifiuto di un 'preavviso di scadenza', di un annuncio della fine.

Questa antinomia si manifesta in particolare nella classica scissione tra la parte 'immortale' dell'uomo, che viene chiamata anima (se relativa al singolo individuo) o spirito (se relativa a un insieme di individui, cioè a istituzioni, apparati etc.), e il corpo mortale. L'esperienza umana è il luogo nel quale il valore assoluto della vita (l'Essere) si 'incarna' in un ente determinato: *l'esistenza* in cui consiste la vita del singolo individuo. Costui *contiene* dunque il valore assoluto, ma mischiato a qualcosa (il suo corpo mortale) che non ha valore assoluto, proprio perché è mortale. L'anima è prigioniera del corpo (Platone), nel senso che vi è mischiata in maniera non separabile se non mediante la morte. Il cristianesimo è il *sacrificio* del corpo (l'immolazione di Gesù, che offre in sacrificio il proprio corpo mortale per realizzare la salvezza eterna mediante la resurrezione). Su questa tensione tra eternità spirituale e mortalità fisica si fonda la dicotomia anima/corpo che accompagna la vicenda umana. La contraddizione del mortale umano (essere un organismo destinato a morire che però rifiuta la morte perché ambisce alla vita eterna) è il motore della vicenda umana (la storia) che conduce alla realizzazione del fine assoluto: il conseguimento dell'immortalità attraverso il superamento della natura mortale dell'uomo.

Fin tanto che il corpo dell'uomo resta un organismo mortale per definizione, la vicenda umana è segnata dalla dicotomia (scissione) tra l'individuo umano in quanto corpo mortale e la dimensione 'im-

mortale' alla quale egli appartiene (la sua anima/spirito); così tale vicenda si presenta come storia della *scissione*, cioè di un'esperienza che dal punto di vista psicologico potremmo chiamare *schizofrenica*. Tale scissione si è manifestata, all'inizio, attraverso l'imposizione della *epistème* (la struttura della verità innegabile) sulla vita dell'uomo. Ma l'*epistème* è solo la forma embrionale dell'apparato che oggi organizza la vita degli umani e progetta il conseguimento dell'immortalità; nell'età moderna essa è stata formalizzata in maniera rigorosa da René Descartes con la sua opposizione tra *res cogitans* e *res extensa*, e si è poi sviluppata fino a 'concretizzarsi' oggi esemplarmente nell'apparato tecnologico che governa il mondo. Perché in questo processo storico l'anima *immortale* dell'uomo (quindi poi, oggi, il suo *spirito*) ha via via assunto forme sempre più concrete, materiali e *visibili*: si è trasformata da "conoscenza vera" (fatto eminentemente *mentale*, quindi *invisibile*) in "organizzazioni ideali/ideologiche" (Chiese, Stati etc.) e oggi nell'apparato tecnico-militare. I soggetti che governano attualmente la vicenda umana sono i grandi organismi (quelli che io chiamo tecnosauri) che tendono a dare vita al Grande Animale, il Leviatano. Il fenomeno al quale stiamo assistendo è quello di una sorta di neo-speciazione: la nascita di organismi viventi che scaturiscono dal seno dell'umanità ma sono ormai ampiamente indipendenti dalle coscienze dei singoli individui umani. Si tratta di soggetti trans-umani, meta-umani, post-umani. All'interno della logica dicotomica (schizofrenica), nell'età della Tecnica la scissione tra l'anima e il corpo assume la forma della scissione tra l'individuo e l'apparato tecnico. Il mortale è diviso tra il suo essere individuo in carne e ossa e il suo appartenere all'apparato epistemico-tecnologico che punta deciso al superamento del mortale.

Ma l'età della Tecnica è quella nella quale la storia della scissione giunge a compimento, in quanto, conseguendo l'immortalità, supera il presupposto che origina la scissione, cioè la natura essenzialmente mortale del corpo umano. Abbiamo già detto che la storia dell'immortalità è iniziata in maniera 'mitico-religiosa' (comportamento morale, vita oltre la morte etc.), ma nell'epoca contemporanea tale fine viene perseguito per via tecnica (trapianti, cellule staminali, ibernazioni etc.). Bisogna peraltro tenere presente che

anche la storia umana precedente è ricca di pratiche (tecniche) tradizionali che mirano alla congiunzione dell'anima (immortale) con il corpo (mortale): mistica, yoga (che significa appunto congiunzione), etc. Già nella tradizione, insomma, sono presenti esperienze che vanno nella direzione del superamento del dualismo corpo/anima, le quali dunque in qualche modo *anticipano* il suo compimento tecnologico; per esempio in Oriente c'è l'idea dell'anima come corpo sottile. Ma fin tanto che il corpo umano resta per definizione mortale, tale congiunzione suprema (quella tra l'uomo e lo spirito libero dalla scissione) può avvenire solo mediante la *separazione* dell'anima dal corpo. Nell'epoca moderna i fini che all'interno dell'impostazione mitico-religiosa sono considerati 'trascendenti' (non realizzabili in vita), vengono portati dal Cielo sulla Terra mediante la figura del 'progresso storico'; così la frattura tra mortale e immortale viene ricomposta mediante un progresso senza termine, un miglioramento infinito della vita umana (Kant). Per questo verso già l'epoca moderna è il superamento del dualismo cartesiano; non però nel senso che tale dualismo sia annullato, bensì nel senso che esso si sviluppa in un'evoluzione storica che tende all'immortalità reale. Nell'età presente tale progresso giunge a compiere il proprio fine per via tecnologica; quindi il suo esito non è più demandato a un tempo escatologico ma diventa un progetto effettuale, terrestre. In questo senso il dualismo viene effettivamente superato; perché il compimento di tale progresso comporta realmente il superamento della scissione anima/corpo: nel Paradiso della Tecnica il corpo diventa l'entità immortale nella quale l'anima risorge all'infinito.

La Tecnica costituisce dunque il superamento del dualismo imposto dal carattere definitivamente mortale del corpo umano; e tuttavia un superamento della mortalità che sia solamente tecnico riproduce, e ad un grado molto più elevato, la medesima scissione. Infatti anche il superamento della mortalità, nella misura in cui assume le forme di una separazione delle creature immortali rispetto ai singoli, concreti corpi degli uomini, si presenta come un fenomeno schizofrenico segnato da una scissione originaria. In quanto il progetto del superamento del mortale assume la forma di una scissione rispetto alle singole esistenze umane, la società che in tal modo si realizza ha un carattere essenzialmente schizofrenico. L'epoca contemporanea

tenta di ricomporre la scissione tra anima e corpo anche a livello teorico (pensiamo per esempio al riduzionismo); infatti non si tratta più, oggi, di oltrepassare il corpo *tout court*, ma di oltrepassare il corpo *mortale*. E tuttavia tale superamento conserva la dualità insita nel carattere storico-tecnologico della vicenda del mortale, cioè del corpo destinato alla morte; sicché il carattere ambivalente e contraddittorio dell'intera storia che conduce il mortale all'immortalità persiste anche nel momento in cui si raggiunge lo scopo assoluto, cioè appunto l'immortalità. Per comprendere questo punto possiamo rifarci a un importante passo di Wittgenstein.

L'immortalità temporale dell'anima dell'uomo, dunque l'eterno suo sopravvivere anche dopo la morte, non solo non è per nulla garantita, ma, a supporla, non si consegue affatto ciò che, supponendola, si è sempre perseguito. Forse è sciolto un enigma perciò che io sopravviviva in eterno? Non è forse questa vita eterna così enigmatica come la presente? La risoluzione dell'enigma della vita nello spazio e nel tempo è *fuori* dello spazio e del tempo. (Wittgenstein 1989, proposizione 6.4312).

Wittgenstein parla dell'immortalità dell'anima perché, benché non sia passato molto tempo da quando egli ha pubblicato il *Tractatus* (si era attorno al 1921, quindi nemmeno 100 anni fa), l'impresionante accelerazione tecnologica ci costringe a parlare, ormai, di immortalità *tout court*. Sicché la questione che Wittgenstein solleva va oggi riferita non tanto all'immortalità dell'anima quanto a quella dell'uomo. E la domanda che il filosofo ci pone è questa: forse che il conseguimento dell'immortalità sarebbe in grado di dare una risposta a ciò che davvero l'umano desidera e chiede? Forse che questa vita immortale sarebbe meno problematica di quella attuale? Per Wittgenstein la risposta probabilmente è negativa; basti tenere presente l'aforisma 6.52 del *Tractatus*:

Noi sentiamo che, persino nell'ipotesi che tutte le possibili domande scientifiche abbiano avuto risposta, i nostri problemi vitali non sono ancora neppure sfiorati. Certo, allora non resta più domanda alcuna; e appunto questa è la risposta. (Wittgenstein 1989, proposizione 6.52)

Una situazione chiaramente paradossale, come viene confermato anche dalla chiusura del *Tractatus*:

Le mie proposizioni sono chiarificazione le quali illuminano in questo senso: Colui che mi comprende, infine le riconosce insensate [*unsinnig*], se è asceso per esse – su esse – oltre esse. [...] Egli deve superare queste proposizioni; è allora che egli vede rettamente il mondo. (Wittgenstein 1989, proposizione 6.54)

Possiamo dunque dire che la risposta di Wittgenstein è negativa. Qui io preferisco astenermi dal prendere una posizione netta; sarei tentato di dire, socraticamente, che non so quale sia la risposta corretta. Però credo che sia doveroso porsi il problema: perché la vita umana resa immortale dovrebbe costituire il superamento dei problemi della vita? Non sarebbe invece essa, semplicemente, l'apertura di uno scenario altrettanto problematico ancorché di tipo radicalmente nuovo? Immaginiamo per un momento che l'apparato tecnico consenta ad alcuni individui umani di riprodurre indefinitamente la loro esistenza; che cosa garantisce che una cosa del genere risolverebbe i problemi della vita umana? Questa conclusione non discende necessariamente da quella assunzione. Intanto perché potremmo incominciare a chiederci se uno scenario di questo tipo riguarderebbe ancora l'individuo umano: può l'immortalità essere garantita da un soggetto che sia un individuo umano? O non compete ciò a forme antropologiche post-umane destinate a ripresentare, magari in grande, problemi analoghi a quelli che hanno segnato finora l'esperienza umana?

4. *Il carattere paradossale della 'soluzione'*

Il progetto dell'immortalità, in quanto superamento dell'esperienza della morte da parte del mortale stesso, comporta un'ambivalenza estrema che attraversa l'intera esistenza umana e quindi non può non coinvolgere anche tutta l'esperienza clinica e medica. L'illusione immediata e ingenua dell'umano – e quindi, inevitabilmente, anche del medico – è che il conseguimento dell'immortalità costituirebbe di per sé la soluzione dei problemi dell'uomo e quindi il superamento

positivo di ogni ambivalenza. Ma l'insegnamento della filosofia è che all'interno dell'orizzonte scientifico e tecnico l'ambivalenza è insuperabile e quindi la conseguente contraddizione è – al suo fondo – *irrisolvibile*. Lo è, però, in un senso molto particolare: è irrisolvibile nella misura in cui la soluzione viene vista come qualcosa che si può dare solo nel futuro, perché qui ed ora *non* si dà. È questa assunzione, infatti, che rende irrisolvibili i problemi che riguardano l'intero (ovvero ciò che comprende ogni momento, quindi anche quello presente); la soluzione di tali problemi, infatti, è possibile solo se essa è presente sempre e ovunque, dunque, almeno in qualche modo, persino nella situazione che si presenta come il problema da risolvere. Insomma, in casi siffatti la soluzione è resa impossibile proprio dal fatto che la si cerca, e cioè si presuppone che essa ancora *non* ci sia. Cercherò di spiegare questo complesso e delicato punto teorico mediante un'immagine. Ci troviamo in questa sala; ebbene, potremmo dire che essa è per noi *irraggiungibile*; ma lo è in un senso molto particolare: non possiamo raggiungerla *perché vi siamo già dentro*. Dunque è vero che essa è irraggiungibile, ma questo non ci impedisce di fare nessuna delle cose che può fare chi la raggiunge; per esempio, non ci impedisce di stare seduti sulle sue sedie, di ammirare il panorama che da essa si scorge, e così via. È in un senso analogo che si può dire che i problemi filosofici sono definiti dal fatto di non poter essere risolti: non possono essere risolti nel senso che lo sguardo filosofico è quello che li vede come già-sempre risolti. Si capisce subito che questo tipo di soluzione *trasforma la natura stessa del problema*, e quindi modifica il significato di tutti i termini in gioco, comprese le stesse parole “problema”, “soluzione” e così via: la soluzione filosofica del problema è quella che ‘cambia’ il problema, e rinnova il significato di tutte le parole in gioco e, con esso, il senso complessivo dell'esperienza.

Proseguendo il nostro colloquio con Ludwig Wittgenstein, potremmo dire che la ‘soluzione’ delle questioni filosofiche non consiste nella ‘risoluzione’ del problema, ma piuttosto nella sua ‘dissoluzione’, nel suo ‘scioglimento’: il problema è risolto nella misura in cui esso cessa di essere percepito come un problema.

La risoluzione del problema della vita si scorge allo sparire di esso.
(Wittgenstein 1989, proposizione 6.521)

Affermazione che trova un chiarimento importante in una sua altra osservazione, riportata in *Pensieri diversi*:

Quando uno crede di aver trovato la soluzione [*Lösung*] del problema della vita e vorrebbe dire a se stesso: ora è tutto molto facile, costui dovrebbe solo ricordarsi, per confutare se stesso [*zu seiner Widerlegung*], che vi è stato un tempo in cui questa “soluzione” non era stata trovata; anche a *quel* tempo però si doveva poter vivere, e in rapporto a esso la soluzione trovata appare come un caso fortuito [*ein Zufall*]. (Wittgenstein 1980, p. 20)

Passo, questo, il cui senso viene a sua volta mirabilmente illustrato da un appunto del 1937:

La soluzione del problema che tu vedi nella vita è un modo di vivere che fa scomparire ciò che costituisce problema [*das Problemhafte*]. (Wittgenstein 1980, p. 58)

Il problema di “trovare” (o “scoprire”) il senso della vita non è risolvibile perché tale senso è già sempre dato in ogni momento dell’esistenza. Alla luce di questi chiarimenti, possiamo dire che l’irrisolvibilità della contraddizione del mortale dipende dal fatto che la sua soluzione fa tutt’uno con la situazione in cui si dà la contraddizione in cui consiste la stessa vita del mortale. Naturalmente ciò va inteso in maniera corretta. Questo peculiare tipo di soluzione della contraddizione accade nella misura in cui la stessa incompatibilità di due termini contraddittori (nel nostro caso: mortale / immortale) rappresenta *anche* un modo *coerente* (e in questo senso non contraddittorio) di stare insieme da parte loro. Ciò equivale a dire che si verifica in tal modo una trasfigurazione per la quale i due termini dicotomici che costituiscono la contraddizione si compongono in una figura a-duale nella quale, pur conservandosi la dualità, i due termini si mostrano anche come reciprocamente compatibili perché ciascuno dei due è co-istitutivo dell’altro.

Vi è un caso in cui ciò si palesa in maniera emblematica, quello della dualità essere / non-essere. Anche il non-essere, per poter essere negato, deve essere qualcosa; ma in quanto è qualcosa non può essere negato da parte dell’essere, non può cioè essere *escluso* da questo. Sicché a negare il non-essere non può essere propria-

mente l'essere, ma piuttosto il non-essere; è il non-essere, infatti, che, negando ogni cosa, nega anche quella cosa che è la negazione dell'essere (negazione nella quale esso consiste, nella misura in cui esso stesso è qualcosa). Perché invece l'essere, di per sé, proprio in quanto comprende tutto, comprende (e in questo senso afferma) ogni cosa, quindi anche quella 'cosa' che è il non-essere (la negazione dell'essere), dal quale peraltro si distingue. Sicché l'essere, in quanto tale, si distingue pure dalla negazione del non-essere. È per questo che la contraddizione in cui il non-essere consiste è già superata con lo stesso darsi del non-essere, perché in esso la distinzione dei due rispetti (distinzione che costituisce il generale la condizione del superamento di una contraddizione) è già presente nello stesso darsi del non-essere, in quanto è la semplice distinzione che si realizza, al suo interno, tra l'essere e il non-essere. Si tratta della peculiare distinzione che consente all'essere di distinguersi dal non-essere e, proprio per ciò, anche da quel non-essere che è la negazione del non-essere, la quale – lo abbiamo visto – appartiene a quella particolare forma di essere che è il non-essere.

È questo il tipo di soluzione che consente di superare le trappole inesorabili che assediano il pensiero; inesorabili perché consistono nel fatto che ogni soluzione sembra destinata a riprodurre il problema che intendeva risolvere. Nel nostro caso, quello della Tecnica, ciò vuol dire – abbiamo visto – che ogni *strumento* (mezzo, istituzione, apparato, etc.) che noi approntiamo riproduce il problema, dal momento che questo consiste proprio nella dicotomia mezzo/fine che caratterizza la logica tecnica. Tale antinomica dicotomia si riproduce quindi anche nel percorso che mediante la tecnica genera l'immortale.

Questo tipo di trappola ha molto a che vedere con quello che, in ambito psicologico, è stato chiamato “doppio vincolo” (*double bind*): qualsiasi via d'uscita ci fa ricadere nel problema; insomma, ogni volta che si tenta di risolvere la contraddizione separando i due poli opposti si riproduce, all'interno di ogni polo così separato, lo stesso tipo di dualità e quindi di contraddizione, sicché il problema si riproduce addirittura raddoppiato, e finisce in tal modo per apparire non passibile di soluzione.

Dal punto di vista strettamente filosofico, la figura fondamentale di questa situazione logica è quella che io chiamo “la trappola del negativo”. Sembra impossibile sfuggire al negativo; perché anche quando vogliamo pensare a qualcosa di *diverso* dal negativo (ciò che possiamo chiamare “positivo”), siamo immediatamente indotti (e ci sentiamo automaticamente legittimati) ad affermare che il positivo *non* è il negativo; solo che in tal modo il positivo, proprio in quanto *non* negativo (e cioè negativo del negativo), viene ad essere qualcosa di negativo. Insomma, anche il non-negativo è negativo: il negativo del negativo è negativo. Sia che scegli il negativo, sia che scegli il positivo (cioè il non-negativo), ottieni il negativo; eccoci di fronte a un problema (apparentemente) irrisolvibile, al doppio vincolo di una trappola inesorabile.

La liberazione da questa trappola consiste nel comprendere che la sua apparente ineludibilità dipende dalla logica, che possiamo chiamare ‘negativa’, la quale ci induce a identificare la differenza con la negazione. È in base a questo presupposto, infatti, che dire che qualcosa è *diverso* dal negativo implica automaticamente affermare che esso *non* è negativo e quindi, in quanto negativo del negativo, è a sua volta negativo. La liberazione da questo ‘sortilegio’ consiste allora nel cogliere quella che io chiamo *pura differenza*: “pura” perché diversa dalla differenza che consiste nella negazione di qualcosa; sicché il *vero* positivo si distingue, in quanto *puro* positivo, *tanto dal negativo quanto dal non-negativo*. Tuttavia (ma proprio per ciò) il non-negativo è insieme anche un momento del positivo, sicché il positivo pieno, compiuto, perfetto, consiste in una strana dualità, costituita rispettivamente dal non-negativo e da quello che abbiamo chiamato puro positivo. Si tratta di una dualità “strana” perché essa è tale che i suoi due poli (il positivo e il negativo) comprendono, come proprio momento, anche il polo opposto, ed è perciò diversa per definizione da ogni dualità che implichi un qualsiasi rapporto *negativo* tra i *due* poli in cui essa consiste. Del resto anche l’essere, come abbiamo visto, è definito dal fatto di includere persino il polo opposto (il non-essere), nella misura in cui e per quel tanto che pure quest’ultimo è qualcosa. Per ciò, spesso, richiamandomi alla sapienza orientale, do il nome di a-dualità, o (a)dualità, a quel peculiare aspetto della dualità che consente di liberarsi dalla trappola del doppio vincolo.

Anche qui, un paragone può aiutarci a comprendere meglio il punto. Nella logica filosofica che abbiamo indicato (quella per cui il positivo, essendo diverso dal negativo, è diverso persino dal non-negativo), la *vera* pace è diversa dalla semplice non-guerra. Se, infatti, con questo termine (non-guerra) si intende la mera non-belligeranza, cioè il fatto che non si combatte più, allora non è affatto detto che siffatta situazione sia necessariamente una condizione di pace; potrebbe infatti trattarsi di una situazione nella quale uno dei due nemici è riuscito a ridurre l'altro in uno stato di completa impotenza e schiavitù. D'altra parte questo non vuol dire che la vera pace sia qualcosa che possa prescindere completamente dal fatto che i due soggetti contendenti cessino effettivamente di spararsi. La non-guerra, insomma, è un momento essenziale della vera pace, ma essa può essere vera pace solo se è congiunta a quegli elementi che la qualificano come situazione di accordo tra i due soggetti in conflitto.

In relazione al problema del senso della vita, e quindi anche a quello della morte e dell'immortalità, tutto questo ci aiuta a comprendere il senso profondo della classica risposta che i sapienti hanno fornito: la vita eterna è diversa dall'im-mortalità, pur comprendendo in qualche modo quest'ultima. Tale risposta consiste dunque nella capacità di vivere l'eternità nel presente, e quindi di vivere nel tempo la 'soluzione' del problema della vita; "illuminato" è colui che è risvegliato in vita, cioè colui che vive "dopo la morte", ovvero essendo già passato attraverso la morte. Questo l'insegnamento dei 'sapienti'; a cominciare da Wittgenstein, il quale, avendoci mostrato come la soluzione della vita consista nello sparir di esso, ci insegna che la vita eterna è quella che si vive nel presente:

La morte non è evento della vita. La morte non si vive. Se, per eternità [*Ewigkeit*], s'intende non infinita durata nel tempo [*Zeitdauer*], ma intemporalità [*Unzeitlichkeit*], vive eterno colui che vive nel presente [*in der Gegenwart*]. La nostra vita è così senza fine, come il nostro campo visivo è senza limiti. Vive eterno colui che vive nel presente." (Wittgenstein 1989, proposizione 6.4311).

Ma anche l'insegnamento di un altro saggio del nostro tempo, Raimon Panikkar, va nella stessa direzione, quando costui ci parla dell'esperienza della *tempiternità*. Non a caso egli ci ha messo

in guardia nei confronti di domande quali “Come facciamo a far sì che....?”; perché queste alludono a una procedura tecnica (il mezzo, cioè il “come”, che ci garantisce il fine) e ci impediscono quindi di capire che “Non c’è “*come*”...”, nel senso che il fine completamente buono deve costituire qualcosa di diverso da tutto ciò che può essere conseguito solo in futuro perché non è ancora qui. L’autentico bene, dunque, deve essere qualcosa che si dà im-mediatamente, cioè senza bisogno di un “medio” (senza un “mezzo”, appunto): qui ed ora. Impostazione, questa, confermata dal monaco buddhista Thich Nhat Hanh con la sua profondissima battuta, sulla quale vale la pena di riflettere, che dice: “Non c’è una via per la pace, la pace è la via”. Questa autentica perla di saggezza potrebbe qui essere parafrasata dicendo: “Non c’è una via per la vita eterna, la vita eterna è la via”; ma quindi anche, in riferimento al nostro tema specifico: “Non c’è una via per la salute, la salute è la via” (affermazione che peraltro va interpretata in maniera adeguata, cosa che del resto vale pure per tutte le altre affermazioni che facciamo). La logica del “come” è la logica che richiede un “mezzo” *mediante* il quale (per *mezzo* del quale, appunto) si possa conseguire un fine. Ciò che è buono è lo scopo; e lo scopo *non* è il mezzo, sicché quest’ultimo *non* è buono (almeno nel senso che è meno buono dello scopo) e diventa positivo solo in funzione dello scopo (Machiavelli *docet*). Ma allora, nell’epoca in cui ogni scopo può diventare un mezzo, *ogni* positivo può rovesciarsi in un negativo, e quindi ogni negatività può essere giustificata (come mezzo per raggiungere uno scopo). In maniera analoga, nel caso dell’immortalità, la richiesta parrebbe essere quella di un’azione del mortale capace di togliere la contraddizione in cui consiste la ricerca dell’immortalità da parte del mortale. La risposta ‘verace’ è che tale mezzo “non c’è”, almeno nel senso che tale mezzo è comunque diverso da un gesto che *non* è già esso stesso, in qualche modo, opera della vita immortale. In particolare, nel nostro caso, se l’immortalità è solo una cosa che può essere conseguita a un certo punto del tempo, allora essa non risolve il problema (si ricordi il brano di p. 20 di *Pensieri diversi* sopra riportato). Potremmo allora sfruttare proprio la differenza semantica tra immortalità e vita eterna per evidenziare la distinzione tra il superamento di quella malattia radicale che è la morte e il compimento pieno del senso della vita. Se l’indicazione di

Wittgenstein, e in generale della sapienza e della mistica, è corretta, allora si può dire che la vita eterna è quell'aspetto per cui il superamento della totalità del negativo, compresa la morte, è già presente, qui ed ora, nell'attuale vita del mortale. Richiamandoci a quanto sopra detto a proposito dell'irraggiungibilità del luogo in cui ci troviamo, potremmo dire che la contraddizione in cui consiste il mortale (e quindi la logica mezzo/fine) è irrisolvibile nel senso che l'esperienza umana è già originariamente collocata nella dimensione che supera la mortalità. Ciò a cui si mira quando si nomina l'immortalità è già presente nella vita dell'umano. L'irrisolvibilità di tale questione non comporta insomma che all'umano sia preclusa la possibilità di sperimentare – qui ed ora – il superamento del negativo consistente nella mortalità. Possiamo dunque dire che la soluzione dell'irrisolvibile problema della mortalità, cioè della 'trappola' della mortalità (e quindi della dicotomia mezzo/fine, corpo/anima etc.) consiste nella consapevolezza che la pienezza della vita è qualcosa di diverso dalla im-mortalità, se questa è intesa appunto come non-mortalità, ovvero come negazione della vita mortale e del mortale stesso. Come il positivo è davvero tale nella misura in cui è diverso dal negativo ma insieme anche dal non-negativo, allo stesso modo la vita eterna è davvero tale nella misura in cui differisce (comprendendole) tanto dalla vita mortale quanto da quella im-mortale. Si badi che questa affermazione è cosa diversa pure dal dire che la pienezza della vita *non* è quella che punta all'im-mortalità: anche l'im-mortalità appartiene alla pienezza della vita, ma vi può appartenere davvero solo nella misura in cui sia vissuta all'interno dell'esperienza della *vera pienezza della vita*. Come la pace – lo abbiamo visto – implica come suo momento la cessazione della belligeranza (cioè la non-guerra), allo stesso modo possiamo ora dire che la vera vita 'compiuta', cioè la vita eterna, richiede in qualche modo l'im-mortalità, la quale però costituisce la pienezza della vita solo a condizione di appartenere alla dimensione, cioè all'esperienza, della vita piena, compiuta nella sua totalità e quindi pure nella sua attualità. E allora, in questa ottica, anche la via che conduce allo scopo dell'im-mortalità può essere positiva; ma lo è, appunto, nella misura in cui appartiene già, essa stessa, al compimento pieno della vita, di cui il conseguimento dell'im-mortalità costituisce un aspetto.

5. Cura della malattia e cura della “sanità”

5.1 Coappartenenza di medicina e sapienza: la vera cura come terapia del mortale

In riferimento al nostro ambito – quello del mondo medico e della comunicazione che avviene al suo interno – questo significa che la cura della malattia e della madre di tutte le malattie, la morte, si compie pienamente nella misura in cui si realizza come esperienza consapevole della pienezza della vita. Ciò vuol dire che l’eliminazione del dolore, della sofferenza e – in prospettiva – della morte, che la cura medica opera, si presenta in verità come un aspetto della realizzazione compiuta dell’esistenza umana. Concretamente, possiamo allora dire che la pratica medica trova il proprio senso autentico, non dirò *all’interno*, ma *in relazione* alla dimensione che possiamo chiamare sapienziale, indicando con questo termine l’esperienza religiosa, spirituale e artistica, oltre che filosofica. Come del resto è fin dalle origini della medicina; solo che questa coappartenenza va oggi rinnovata in maniera conforme alle mutate esigenze del tempo presente.

In questo senso credo che abbia ragione Raimon Panikkar quando parla di un rapporto *ontonomico* tra religione e medicina, quindi anche – possiamo dire più in generale – tra filosofia e medicina, tra sapienza e medicina (Panikkar 1986). Con l’espressione “ontonomico” Panikkar si riferisce a un rapporto che è diverso sia da quello eteronomo (per il quale la medicina deve sottostare a leggi esterne alle proprie, o, viceversa, la religione e la sapienza devono sottoporsi ai criteri estrinseci della scienza medica), sia da quello autonomo (per il quale la medicina presume di assolvere il proprio compito fermandosi esclusivamente all’interno delle proprie leggi specialistiche, e, viceversa, la religione e la sapienza si illudono di attingere il proprio compimento escludendo l’agire medico), essendo, appunto, ontonomico: la natura propria della vocazione che anima la professione medica si manifesta nel suo integrarsi pienamente con le altre dimensioni che costituiscono l’umano (“integro”, non a caso, rimanda a “intero”). Si tratta infatti di un rapporto nel quale le due dimensioni (medicina e sapienza, o anche medicina e filosofia) si mostrano nella loro assoluta *inter-dipendenza* (altro termine panikkariano): una co-appartenenza che

si realizza anche (e proprio) in un rapporto di reciproca indipendenza. La salvezza dell'“anima” implica la salute del corpo, e viceversa quest'ultimo non è davvero *sano* se tale non è l'anima. Stiamo dunque semplicemente ripetendo il classico *mens sana in corpore sano*? In qualche misura, certamente, è così; ma bisogna tenere presente che la *mens* è davvero sana solo se appartiene a quello spirito che vivifica l'intero universo, conformemente alla visione cosmoteandrica (il termine, ancora una volta, è di Raimon Panikkar): ogni briciola di realtà è insieme dimensione corporea (*kosmos*), intellettuale-umana (*aner, andros*) e spirituale-divina (*theos*). Noi, infatti, abbiamo capito che l'individuo umano è davvero sano solo nella misura in cui è l'intero organismo al quale egli appartiene che è sano, cioè solo se sano è l'insieme del corpo sociale e naturale (ecologia).

Questo vuol dire che l'autentica terapia è quella che, nel curare le malattie, ha cura anche della vera salute delle persone e delle loro esistenze. La vera cura (terapia) comprende sì – necessariamente, e come suo momento decisivo – la *eliminazione* (negazione) della malattia (ovvero del dolore e, in prospettiva, della morte); ma ciò accade davvero (cioè secondo verità) solo nella misura in cui costituisce un momento della piena realizzazione dell'esistenza umana. Tale realizzazione richiede, certo, la negazione di quel negativo che è costituito dal dolore (malattia e morte), la quale però a sua volta è davvero positiva solo nella misura in cui si integra con il puro positivo, quello che consiste nella soddisfazione di una vita piena: realizzata qui ed ora, nell'esistenza attuale. Più concretamente, ciò vuol dire che l'attenzione all'orizzonte di senso complessivo fa tutt'uno con la consapevolezza della co-appartenenza di ogni anche minimo gesto della nostra vita a tale orizzonte. Se l'esperienza dell'orizzonte ultimo può essere chiamata mistica (nel senso che è al di là della ragione dicotomica che contrappone mezzo a fine), allora qui possiamo parlare – ispirandoci ancora una volta a Raimon Panikkar – di una “mistica del quotidiano”. Una mistica ‘piccola piccola’, in quanto relativa ai normali gesti della vita di ogni giorno, ma nello stesso tempo capace di conferire, a ognuno di essi, un senso positivo coerente con l'orizzonte ultimo di senso e *integrato* con esso.

Volendo introdurre un riferimento filosofico classico sul tema generale della cura si può rimandare a *Essere e tempo* di Martin

Heidegger, dove la Cura (*Sorge*) si presenta come carattere fondante gli esistenziali del *Dasein*, cioè i tratti definitori dell'esperienza dell'umano intesa come esistenza (*Existenz*). L'esistenza autentica è quella che ha cura anche del pieno compimento della vita umana in relazione alla morte, all'essere-per-la-morte. Dal nostro punto di vista, dunque, essa rispetta pure il bisogno di riconoscimento *assoluto* che caratterizza l'umano; rispetta quindi anche il suo desiderio di immortalità, e perciò infine persino la contraddizione in cui la vita del mortale consiste.

5.2 Il medico 'scisso' e la terapia a-duale

Abbiamo visto che la soluzione 'filosofica' del problema è a-duale: essa com-pone, integrandoli pur nella loro opposizione, mezzo e scopo (fine), percorso e meta, via (cammino) e traguardo. Questo carattere a-duale della soluzione si manifesta a tutti i livelli, quindi anche nell'ambito della cura medica. Qui si tratta – innanzitutto – di comporre la cura, vista come eliminazione della malattia e della morte, con la cura intesa come promozione della salute. Del resto l'etimologia di "cura" (radice KU = KAU, KAV: osservare, guardare; cfr. cauto), ci conferma che la cura, oltre che negazione della malattia (eliminazione del male) è anche custodia, promozione e valorizzazione di ciò di cui, appunto, 'si cura'. L'autentica *terapia* comprende dunque entrambi gli aspetti (eliminazione del male e promozione del bene); sicché se questi vengono separati, o addirittura scissi (magari anche a fin di bene, per esempio con l'intento di conseguire una maggiore efficacia operativa), gli svantaggi di tale separazione rischiano di superarne i vantaggi. Ma la presenza dell'orizzonte puramente positivo (promozione integrale della vita sana) anche in ogni gesto negativo nei confronti della malattia (quindi negativo del negativo) richiede che chi cura sia consapevole del senso complessivo del suo operare e quindi anche del funzionamento dell'apparato al cui interno la sua attività di cura si realizza, e in particolare della relazione che tale apparato ha con la vita sociale complessiva e quindi con la gestione in generale dei corpi umani e della loro salute.

Per quanto riguarda poi quel peculiare ed estremo 'negativo' che è la morte, l'atteggiamento a-duale è quello che comprende come

l'autentica cura del mortale sia qualcosa di diverso anche dalla negazione di quel male che è la morte. È infatti l'atteggiamento al cui interno il perseguimento dell'im-mortalità (cioè il negativo del negativo) assume una valenza positiva; giacché ci sono contesti nei quali tale perseguimento si configura invece come qualcosa di dannoso e di doloroso per il mortale, e quindi di negativo. All'interno dello sguardo a-duale la liberazione dal disagio che caratterizza la vita del mortale è già presente nell'agire attuale che pure è segnato dallo sforzo e dalla sofferenza insiti nella lotta contro la morte. La a-dualità tra mezzo e scopo significa qui che anche tale disagio, in qualche senso e in qualche misura, appartiene al bene: è come la febbre che contribuisce a guarire la malattia. Così anche l'insoddisfazione strutturale che caratterizza la vita del mortale è qui vissuta come un bene, perché è la spinta che porta al superamento della totalità della 'malattia mortale' (si ricordi Kierkegaard). La prospettiva puramente positiva è appunto quella che consente di vivere già ora quel disagio come un positivo; ecco un esempio che ci chiarisce in che senso – come sopra si diceva – la soluzione filosofica del problema consiste in una trasformazione del problema stesso.

La prospettiva che stiamo illustrando è basata sulla duplicità (a-duale) del senso della cura. Potremmo allora dire che si tratta di *curare la malattia* e insieme di *curare la salute*: promuovere la salute non meno di quanto si abbia cura di eliminare la malattia. Questo, come è evidente, ha a che fare non solo con la medicina preventiva, la quale in fondo è ancora sostanzialmente orientata alla eliminazione del male, ma anche a quella che oggi viene chiamata promozione della salute. Si tratta di cose che il medico di oggi, e pure le sue istituzioni, conoscono bene, e spesso praticano e realizzano in maniera davvero egregia. Il problema, caso mai, è l'orizzonte di senso all'interno del quale tutto ciò accade, giacché se esso non è davvero interale allora per ogni problema che si chiude ve ne è almeno un altro che si apre. Perché – tanto per fare un solo cenno a un punto importante di tale questione – la cura autentica del mortale eccede essenzialmente quella del corpo individuale, dato che si estende a tutto il sistema relazionale (l'apparato) al cui interno solamente è pensabile qualcosa come l'immortalità di singoli individui. Essa riguarda dunque pure le istituzioni antropiche relative alla salute,

cioè quell'ambito che siamo soliti chiamare "sanità". Per questo si dovrebbe allora forse dire – riprendendo un po' scherzosamente la formula che già sopra abbiamo adottato – che si tratta di *curare la malattia* e insieme di *curare la "sanità"*. Formula nella quale, oltre ai due sensi del "curare" che abbiamo già visto (eliminare il negativo e promuovere il positivo), entrano in gioco anche due sensi della "sanità", intesa rispettivamente come salute del corpo e come istituzione dedita alla cura delle malattie. Da questo punto di vista, "curare la sanità" vuol dire: per il primo versante (eliminazione del negativo), superare, per quanto possibile, le disfunzioni strutturali (malasanità etc.); ma poi insieme anche, per il secondo versante (promozione del positivo), avere cura dell'istituzione sanitaria, ovvero promuovere situazioni nelle quali l'apparato medico-tecnologico che cura i corpi delle persone assuma una forma diversa da quella di un'entità sovraordinata rispetto ai singoli mortali e addirittura contrapposta ad essa (*Big Pharma*), e anzi si realizzi come un'esperienza di piena realizzazione dell'esistenza dei viventi che popolano la Terra. È questa 'cura' dell'istituzione che può aiutarci a evitare quei rovesciamenti di senso (espropriazione della gestione del proprio corpo e simili) che ad ogni istante insidiano le istituzioni mediche (come del resto ogni altra istituzione). Il carattere a-duale della cura autentica si presenta allora come com-posizione dei vari aspetti (o livelli) della cura, cioè come cura *integrata*, termine il cui significato va pensato in relazione alla radice di "integra", che ha a che fare con "sana". Un esempio particolarmente significativo di un'impostazione di questo genere è quello relativo all'alimentazione. Molto spesso la medicina si limita a curare i danni procurati da un regime alimentare sbagliato. Del resto i medici in quanto tali hanno una possibilità di influire sulle scelte dei singoli cittadini che è molto inferiore a quella di altri soggetti e di altre agenzie (massmediatiche, industriali etc.). Avere davvero cura della salute dei cittadini, allora, significa *prendersi cura*, e quindi in qualche misura anche farsi carico, dell'educazione alimentare dei cittadini. È chiaro che a questo livello si aprono questioni enormi; per esempio: come introdurre una reale educazione sanitaria e alimentare nella formazione dei giovani e quindi nella scuola? Ed è chiaro che tali questioni non possono prescindere da un'azione anche consapevolmente ed esplicitamente politica. Si trat-

ta di questioni normalmente considerate estranee all'attività medica vera e propria, eppure – se quello che abbiamo detto è vero – esse costituiscono una parte essenziale del compito di curare la salute.

Tra gli aspetti della “sanità” che vanno ‘curati’ vi è naturalmente, e in particolare, quello della comunicazione. Questa presuppone dei ‘soggetti’; ma, come abbiamo incominciato a capire, questi sono non solo i singoli individui umani ma anche le istituzioni e tutti gli organismi che l'apparato genera. Sicché a sua volta la comunicazione all'interno del mondo medico si sdoppia: da un lato è il discorso del soggetto istituzionale, dall'altro lato è una parola sempre inevitabilmente incarnata in concreti individui umani; i quali, eccedendo costitutivamente il loro ruolo istituzionale, restano come tagliati in due dalla comunicazione istituzionale che li attraversa. La dicotomia che in tal modo si realizza è innanzitutto quella tra il singolo individuo e l'organismo che lo comprende; ma poi, e proprio per questo, è anche la dualità che, nel nostro caso, scinde il medico nel suo essere rispettivamente: persona e funzionario, professionista e responsabile dell'istituzione sanitaria, soggetto donatore di senso all'apparato e rotella dei vari ingranaggi e sistemi cui appartiene, e così via.

Si impone allora il delicato problema del rapporto tra la cura svolta dal medico rispettivamente in quanto uomo e in quanto funzionario. Anche qui si tratta di fornire una soluzione ‘a-duale’ alla duplicità che si costituisce tra la comunicazione che si dà a livello di individui umani e quella che si realizza a livello di soggetti istituzionali. In un certo senso è – ancora una volta – una dualità tra il corpo (che in questo caso è costituito dagli esseri umani ‘concreti’, cioè intesi come unità di corpo e di anima) e lo spirito, il quale è qui costituito dalle regole di funzionamento delle istituzioni e più in generale degli organismi ai quali gli individui umani appartengono.

Ma nell'ambito della comunicazione vi è un altro aspetto importante, connesso al tema dell'immortalità che sopra abbiamo toccato. Se tale questione sta sullo sfondo di ogni cura che oggi si realizza, allora una comunicazione che non si faccia carico di questo problema risulta in qualche misura inadeguata alla situazione attuale. Come abbiamo visto, tale problema non è passibile di una soluzione ‘normale’. Se è vero che la ‘soluzione’ della contraddizione del mortale, proprio perché paradossale, è tale solo se si dà insieme alla

contraddizione stessa, allora tale soluzione in qualche modo si può manifestare già nella semplice presa di coscienza della ‘irrisolvibilità’ della contraddizione, e quindi nella presa d’atto del carattere paradossale della soluzione. In concreto, e sempre restando nell’ambito della comunicazione, ciò vuol dire che il semplice riconoscimento *sincero* del darsi del problema, e addirittura della sua *irrisolvibilità*, costituisce già di per sé un sia pur paradossale modo di risolverlo. La condizione necessaria, ma a volta pure sufficiente, del superamento del disagio e della frustrazione patiti dal medico, consiste allora nella semplice testimonianza – e cioè appunto nella reciproca comunicazione – di questa contraddizione e della sua irrisolvibilità. La ‘soluzione’ del problema, insomma, si manifesta paradossalmente nella testimonianza del senso secondo cui proprio il nostro ‘contraddittorio’ e ‘sofferente’ agire qui e ora rappresenta il compimento pieno dell’esistenza attuale. Insomma: “È tutto qui”, nel senso che il senso del tutto si manifesta in questo preciso momento.

All’interno di questa prospettiva mi pare che possano acquistare un nuovo senso anche le ‘frustrazioni’ del medico e in generale dell’operatore sanitario. Per esempio, ciò che abbiamo detto può ragionevolmente farci supporre che il senso di malessere che il medico prova possa dipendere almeno in parte dal fatto che egli (come peraltro accade alle altre figure analoghe: il giudice, l’insegnante, il sindaco, e così via) assume come un postulato, cioè in maniera dogmatica, che *vi sia* una soluzione *non paradossale* del problema del giusto modo di curare gli uomini. Sulla base di tale pre-giudizio egli, quando prende atto che tale soluzione nella realtà non si dà, o si sente colpevole di ciò, e allora vive un senso di frustrazione, o comunque – quando ritiene di non avere particolari responsabilità personali in proposito – suppone che vi sia qualcuno (nel mondo dei politici, degli amministratori etc.) che è responsabile della mancata soluzione. Ma, non riuscendo a individuare esattamente il colpevole, e comunque non potendo – per vari motivi che qui sarebbe troppo lungo e complesso indagare – punire chi egli ritenesse tale, si trova comunque nella impossibilità di conseguire la soluzione del problema, soluzione che peraltro egli ha assunto *debba* esserci. Di qui un forte senso di impotenza e di disagio. Ecco, forse la consapevolezza di che cosa, a questo livello, voglia dire “soluzione” – e di quanto

peculiare e paradossale essa sia – può contribuire a determinare un atteggiamento di tipo diverso nei confronti delle *inevitabili* frustrazioni che tali *irrisolvibili* problemi pongono.

Quando si dice che si tratta di “curare la sanità”, automaticamente ci si immagina che si tratti di dare vita a nuove iniziative, a nuove istituzioni etc. Questo può anche essere fatto, ma bisogna sempre tenere presente che tutti questi nuovi *strumenti* sono normalmente intesi, appunto, come dei *mezzi*; e noi ormai sappiamo che essi costituiscono davvero la soluzione del problema solo se riescono a essere, insieme, anche il conseguimento dello scopo, perché altrimenti finiscono per riprodurre il problema invece che risolverlo. Questo vuol dire che, piuttosto che creare nuove figure, o nuove istituzioni, bisognerà *rinnovare* consapevolmente e radicalmente il senso e la vita di quelle esistenti con azioni che siano in se stesse capaci di incarnare lo scopo finale al quale si mira.

Tenterò di chiarire questo aspetto prendendo lo spunto da un piccolo esempio autobiografico. Le cose più utili per la mia vita e la mia salute (la dieta, per esempio) non le ho imparate dai medici o dalle loro istituzioni (se non, forse, dal mio vecchio medico di quand’ero ragazzo, il quale una volta buttò nel cestino, davanti ai miei occhi, le analisi di laboratorio che gli avevo portato, e in cambio mi regalò una lunga ‘predica’ su come funziona il corpo e su che cosa mi faceva bene mangiare o non mangiare), ma da chiacchierate informali tra amici e parenti (in particolare mio fratello) che, pur non essendo medici, sono però molto interessati e informati, e soprattutto disposti a comunicarmi per spirito di amicizia quello che sanno e che giudicano utile al mio benessere. Dalla convivenza con loro ho acquisito un’infinità di informazioni e di suggerimenti pratici davvero utili ed efficaci, il cui valore, peraltro, è poi stato confermato in pieno – ma a posteriori, potrei dire – dagli stessi medici che ho interpellato in proposito. Voglio dire che è proprio perché tale comunicazione è avvenuta in situazioni diverse da qualsiasi rapporto formale e istituzionale che essa è risultata così efficace. Si tratta dunque di creare forme di convivenza, diverse da quelle istituzionali e professionali, nelle quali i medici risultino coinvolti in quanto semplici persone, senza però che questo significhi che essi debbano escludere dal rapporto con gli altri le loro competenze e la loro consapevolezza specifica. In tal modo il loro

sapere non resterebbe escluso dalla vita quotidiana ma entrerebbe in questa come qualcosa di normale, di ‘fisiologico’, piuttosto che come un’imposizione esterna (*epistème* etimologicamente richiama il significato di “imposizione”) e quindi come qualcosa di fundamentalmente estraneo alle attività di tutti i giorni. In altri termini, la *responsabilità* della salute deve sempre essere nelle mani dei singoli individui, i quali, però, devono essere in grado di gestirla in maniera competente e intelligente, cosa che accade solo se la conoscenza scientifica, che solo un medico può portare, permea la loro vita in maniera naturale, spontanea e fluida. Si potrebbe allora dire che si tratta, da parte del medico, di “togliere la divisa”, ed entrare nelle relazioni sociali *anche* senza il camice. Bisogna però stare attenti, perché quanto qui si sta proponendo è molto diverso da un invito al medico affinché costui tratti i pazienti (in ambulatorio o in altri momenti ufficiali e istituzionali) in maniera informale e soggettiva, quindi al limite arbitraria. In un certo senso si sta dicendo l’opposto, e cioè che il medico, che nella sua funzione ufficiale deve rispettare tutti i protocolli che la definiscono, potrebbe offrire anche nelle situazioni informali e apparentemente non mediche la propria qualità peculiare.

È qui, appunto, che il superamento della dicotomia tra eliminazione della malattia e promozione della salute fa tutt’uno con quello della dicotomia tra istituzione medica e vita umana. Ed è qui dunque che la ‘soluzione’ dei problemi dei medici fa tutt’uno con la soluzione dei problemi della vita umana in generale (quindi anche di quello sociale, politico etc.). A volte mi sono trovato a chiedermi: quanto migliorerebbe, la nostra società, se il sapere (che ovviamente non può assolutamente prescindere dalla specializzazione e quindi dagli specialisti e perciò dalla tecnica) invece che essere relegato nelle “chiese” istituzionali e sequestrato dagli apparati ufficiali, circolasse liberamente e spontaneamente per il corpo sociale, come un’energia libera? Certo, la diffusione generalizzata del sapere e delle relative tecniche richiede grande consapevolezza e anche una certa cautela. Tutto questo, però, può essere garantito anche senza progettare nuove istituzioni (nuovi regolamenti, nuove gerarchie etc.) ma pensando piuttosto a *un nuovo modo di funzionare del corpo sociale nel suo insieme grazie a pratiche capaci di trasformare le varie relazioni sociali in tutte le loro espressioni*. Un compito enorme ed eccedente la

normale *routine* lavorativa, dunque, ma – credo – anche stimolante e potenzialmente esaltante per il medico, e perciò forse capace pure di ridisegnare il suo ruolo e la sua figura, ridando slancio alla sua vocazione e accrescendone così anche la soddisfazione professionale e quella esistenziale.

Bibliografia

- Galimberti, Umberto (1999). *Psiche e techne*. Feltrinelli: Milano.
- Panikkar, Raimon (1986). “Medicina e religione”, trad. it. di M. Carrara Pavan, in R. Panikkar, *La religione, il mondo e il corpo*. Jaca Book: Milano 2010, pp. 67-107.
- Severino, Emanuele (1979) *Téchne. Le radici della violenza*. Rizzoli: Milano (nuova edizione ampliata 2002).
- (2012). *Capitalismo senza futuro*. Rizzoli: Milano.
- Tarca, Luigi Vero (2012). “Lo spirito della tecnica: dal potere all’onnipotere”, in G. Pasquale (a cura di), *Ritorno ad Atene. Studi in onore di Umberto Galimberti*. Carocci editore: Roma, pp. 389-397.
- Wittgenstein, Ludwig (1980). *Pensieri diversi*. Trad. it. di M. Ranchetti. Adelphi: Milano.
- (1989). *Tractatus logico-philosophicus* [1921]. Trad. it. di A. G. Conte. Einaudi: Torino.



DISCUSSIONE

a cura del Dott. Sandro Panese*

Certo posso percorrere le vecchie strade, ma se ne troverò una più corta e più piana, cercherò di aprirla. Quegli uomini che hanno suscitato questi problemi prima di noi non sono i nostri padroni, ma le nostre guide. La verità è aperta a tutti; nessuno se n'è ancora impossessato; gran parte di essa è stata lasciata anche ai posteri. Vale.

Seneca

L'enorme fascino che la ricerca di una verità assoluta ha sempre esercitato sull'uomo non ha risparmiato i medici, che molto spesso scelgono questo corso di studi e questa professione proprio a causa di esso. È il desiderio di conoscere a fondo i meccanismi di una verità che è sempre valida, ovunque e per tutti, cioè la verità della biologia e della medicina.

In particolare nella nostra professione è proprio la conoscenza della verità biologica, e la conseguente possibilità di intervenire su questa per portare "salute", che ne sono al contempo le basi e gli obiettivi.

Ma c'è un'altra "verità" che gioca un ruolo fondamentale in questo processo di "conoscenza della verità/diagnosi" e "apporto di salute/cura". È la verità del paziente, vale a dire la percezione che il paziente ha del proprio "caso" e, di conseguenza, il suo modo di riportarlo al medico.

* Dirigente medico infettivologo, Ospedale dell'Angelo, Venezia.

Questa verità non rientra nei criteri di oggettività perché spesso viene riportata dal paziente secondo parametri non misurabili (per esempio l'entità di un dolore o di un malessere, l'interferenza dei sintomi sulla vita quotidiana del paziente stesso).

È quindi onere del medico interpretare quanto riportato dal paziente, sapendo distinguere gli elementi degni di nota e significativi da quelli che non lo sono.

Ma in questo procedimento sono ovviamente possibili, se non addirittura probabili, interpretazioni non appropriate ed anche veri e propri errori.

Proprio perché consapevole di questo limite, la difficoltà cioè di leggere correttamente quello che gli viene riportato dal paziente, il medico ricorre in misura sempre maggiore agli strumenti che la tecnica ha, nel corso degli anni, messo a disposizione della medicina. E anche perché questi mezzi hanno oggettivamente fatto negli ultimi decenni notevoli progressi in termini di precisione, affidabilità e tollerabilità.

Queste caratteristiche indiscutibilmente positive hanno però trasformato la tecnologia applicata alla medicina, in tutte le sue forme, da mezzo diagnostico/terapeutico a fine del procedimento sanitario stesso.

E questa diversa lettura del ruolo della tecnica viene fatta propria sia dal medico che dal paziente: dal paziente, che spesso vede nella prestazione tecnologica sanitaria il vero obiettivo della sua richiesta di prestazione sanitaria; dal medico, che non raramente concentra la propria attività nella richiesta di prestazioni tecniche (o nella esecuzione delle stesse), spesso in mancanza di un preciso percorso diagnostico e con una carente appropriatezza della richiesta stessa.

Lo straordinario progresso tecnologico della scienza medica avvenuto nel corso del XX secolo, ed il modo con cui medicina e tecnologia ad essa applicata vengono presentate agli utenti, hanno sicuramente contribuito a modificare la percezione che, almeno in Occidente e nel "primo mondo", abbiamo della malattia e della morte. Non più accadimenti fisiologici che fanno naturalmente parte della vita dell'uomo, ma eventi sempre o quasi prevenibili, evitabili, curabili e pertanto "patologici", cioè non naturali.

Si tratta chiaramente di una interpretazione paradossale del rapporto causa/effetto: perché se la morte deve essere vista come fatto non più naturale, ma sempre evitabile o indefinitamente procrastinabile, allora la nascita diventa un fatto patologico anch'essa, in quanto evento iniziale di un processo, la vita, che terminerà inevitabilmente con la morte.

Si può quindi definire quantomeno contraddittorio ciò che è accaduto negli ultimi 50-60 anni, dal secondo dopoguerra in poi, nel rapporto tra medicina (e i suoi rappresentanti: i medici) da un lato e l'insieme di tutti gli utenti e pazienti dall'altro. A fronte di giganteschi progressi nella prevenzione e cura di gran parte delle malattie si è diffusa una sempre più palpabile sfiducia e diffidenza da parte della gente. Sfiducia testimoniata anche dalla sempre maggiore attenzione che i *media* rivolgono ai casi di presunta malasanità, rispetto a quanta ne viene data ai quotidiani successi e progressi della medicina.

L'incrinatura di questo rapporto fiduciario tra medicina e utenza è in gran parte dovuta ad una cattiva comunicazione che, come abbiamo già visto, riconosce alcune importanti cause in questi elementi:

1. inefficace lettura da parte dei medici della percezione che il paziente ha della propria salute e di come egli interpreta i sintomi dal proprio punto di vista;
2. tecnica e tecnologia applicate alla sanità presentate e percepite come il fine stesso della prestazione sanitaria e capaci di risolvere ogni problema;
3. malattia e morte via via percepiti come fenomeni evitabili e quindi "non naturali".

Non estraneo a questo processo, in particolare per quanto riguarda gli ultimi due di questi punti, è stato l'atteggiamento dei medici che hanno alimentato questa interpretazione anche per ottenerne vantaggi di mercato.

La mancanza di una appropriata relazione di comunicazione tra medico e paziente ha avuto negli anni conseguenze di sempre maggior rilevanza.

In primo luogo l'incremento delle cause medico-legali di rivalsa per presunti errori medici, che spesso riconoscono proprio in una inadeguata comunicazione la principale fonte di fraintendimento.

Da questo ne è derivato, in secondo luogo, un rapido incremento nel ricorso, da parte dei medici, ad esami ed accertamenti non strettamente utili per il percorso diagnosi/terapia, ma piuttosto destinati a “tutelare” il medico in caso di rivalsa, in quella che viene oggi definita “medicina difensiva”, che ha inoltre comportato un sensibile incremento dei costi della sanità.

Si è quindi generato un *bias* nella comunicazione e quindi nella relazione tra medico e paziente che in sostanza danneggia entrambi.

Diventa quindi essenziale il recupero di una relazione e di una comunicazione più aperta, più diretta e matura, cioè caratterizzata, da parte del medico, di maggior franchezza e maggior attenzione ai bisogni sentiti dal paziente.

Laura Candioto*

COMPORRE ARMONIE

La cura delle relazioni nelle pratiche filosofiche integrali

*Come quel suono, e tutto il resto, diviene parte di
me giorno per giorno – tutto in armonia – l'aroma
selvatico appena avvertibile, l'ombra screziata
del fogliame, e tutte le influenze del luogo, una
medicina della natura, una morale elementare.
Continua a mormorare, ruscello, con quella tua
inconfondibile voce!*

Walt Whitman, *Giorni rappresentativi*

Abstract

The generative and transformative valence of integral philosophical practices acts in view of promoting the well-being of the person and of the context in which s/he lives; these practices can therefore be of inspiration also to physicians in fulfilling the practice of medical care for the human being, intended both as care of the assisted person and as care of the self. Philosophical practices can be a valid instrument to establish effective relations with patients, family members and colleagues, but also – and especially – they can provide a horizon of reference to discover and reinforce the daily motivation towards the medical profession. In this perspective, integral philosophical practices develop as an avenue for the care of the self and of the context in which the self works. By commenting some passages from Plato's dialogues, and establishing a comparison with the philosophy of Luce Irigaray, the author proposes an analysis of the concept of relationality as a composition of different elements – elements in search of a harmonious balance able to safeguard the mobile and evolving equilibrium between closeness and distance.

* Università Ca' Foscari di Venezia.

1. Introduzione

Il passo in epigrafe, tratto da un'opera autobiografica di Walt Whitman, esprime in senso poetico alcuni dei concetti cardini della medicina greca, quali specialmente la ricerca dell'armonia nel riconoscimento di un senso di appartenenza al tutto e la conseguente valorizzazione del cosmo per la costituzione della salute dell'individuo.

Le pratiche filosofiche "integrali" (Tarca 2003, p. 188) hanno proprio questo scopo: promuovere la relazionalità in tutte le sue forme. La comunicazione, intesa nei suoi aspetti verbali e non verbali, è il *medium* attraverso il quale la relazione si costituisce. Non solo, a partire dalla pragmatica della comunicazione di Watzlawick (1971), si può affermare che essa è la forma stessa della relazione.

La portata generativa e trasformativa delle pratiche filosofiche integrali agisce in nome di una promozione del benessere della persona e del contesto nel quale questa vive; esse possono quindi essere d'ispirazione anche per i medici nell'adempimento della pratica di cura dell'essere umano, ovvero dell'altro in quanto persona assistita e di se stessi. Le pratiche filosofiche possono essere un valido strumento per istituire relazioni efficaci con i pazienti, i familiari e i colleghi, ma, anche e specialmente, possono essere quell'orizzonte di riferimento al quale appellarsi per scoprire e rinforzare ogni giorno la motivazione nei confronti della propria professione. Esse si configurano quindi come una via per la cura di sé e del contesto nel quale si lavora.

2. La promozione della relazionalità. Perché?

La relazione originaria tra tutte le parti assume nelle pratiche filosofiche il significato di un'azione di rinnovamento atto a ricongiungere ciò che è stato diviso, in una visione della identità personale costituentesi nel legame relazionale. La solitudine dell'uomo scisso (Galimberti 1984, Galimberti 1987) tra mente, corpo ed emozioni (e si potrebbe aggiungere anche "spirito") si manifesta in un'alienazione performativa che rende gli esseri umani incapaci di vivere rela-

zioni significative con l'altro e depotenziati nelle proprie capacità di trasformazione.

È così necessario sviluppare una capacità di "ricongiungere" mossa da un amore per l'intero, nella consapevolezza che questo non significa mera unificazione ma salvaguardia dello spazio di comunicazione tra le parti che vengono a comporsi. L'andare oltre se stessi per incontrare l'altro si configura come un esercizio di superamento dell'amore narcisistico di sé in vista di una condivisione con l'altro.

La promozione della relazionalità tra le persone trova espressione in una incarnazione nel mondo, inteso sia come natura, sia come società. Il legame con la natura è un carattere essenziale della filosofia nella sua nascita. Per la filosofia greca, infatti, la *physis* (natura) è proprio quel tutto del quale si fa parte in un movimento armonico del *logos*. Il *logos* è quel legame che tutto collega, che permette ad ogni cosa di essere se stessa proprio nella relazione con l'altro da sé.

Il *logos* è quindi comunicazione, ovvero quel ponte tra diversi elementi che consente a un tutto dinamico di realizzarsi nella differenza. Il carattere armonico della composizione è, per la filosofia greca, ciò che realizza la felicità. La perdita dell'armonia è ciò che crea dolore e sofferenza, tanto quanto malattie corporee, follia, ignoranza dell'anima, disordine cosmico, empietà religiosa, arroganza politica sono espressione di mancanza di equilibrio. Questi aspetti possono apparire ingenui e addirittura sospetti a noi figli di Nietzsche e dei post-moderni; tuttavia ritengo che queste ispirazioni che derivano dalla filosofia, ma anche dalla medicina, antica possano essere proficue per stimolare non solo una visione della relazionalità come piena realizzazione di ogni cosa nella relazione con ogni altra ma anche di una pratica capace di essere tessitura di legami e composizione di armonie.

3. Medicina ed armonia. Alcune suggestioni platoniche

Una sola è la salvezza da entrambi questi mali: non muovere né l'anima senza il corpo, né il corpo senza l'anima, in modo che, difendendosi l'uno dall'altra, essi divengano equilibrati e sani. Pertanto, chi si dedica alla ricerca scientifica o a qualche altra intensa attività intellettuale, bi-

sogna che anche al corpo dia il suo movimento, praticando la ginnastica, mentre invece, chi si dedica con cura a plasmare il corpo, bisogna che fornisca in compenso all'anima i suoi movimenti, ricorrendo alla musica e a tutto ciò che riguarda la filosofia, se vuole essere definito, giustamente e a buon diritto, sia bello sia buono. Ed è nello stesso modo che occorre prendersi cura di queste due parti, prendendo a modello la costituzione dell'universo. (Platone, *Timeo* 88b5-d1)

Platone nel *Timeo* descrive la pratica demiurgica, la quale ha il compito di ricreare l'armonia dopo la sua scomparsa a causa di un disordine sopraggiunto, avendo come modello l'armonia celeste. La pratica medica assume un significato cosmologico in *Fedro* 270 c-d quando Fedro dice a Socrate che non solo la natura dell'anima non è conoscibile senza conoscere la natura del tutto, ma anche quella del corpo. Questa concezione è ascritta da Platone allo stesso Ippocrate. Il medico e il filosofo svolgono funzioni simili e vengono addirittura identificati nel discorso di Erisimaco presente nel *Simposio*: il loro operare è la melodia della legge dell'accordo e dell'armonia (Candiotta 2013b).

Lo sguardo della medicina greca è fin dalle origini orientato verso il contesto naturale in cui si esprime la vita. Conoscere l'ambiente fisico in senso largo, dagli astri, alle acque, all'aria, è il presupposto essenziale per conoscere l'essere umano e le condizioni di salute e di malattia (Bottaccioli 2010). In Platone la medicina cosmologica, tipica del pensiero ippocratico, assume un significato filosofico che pervade tutti i campi, anche quelli etici e politici. La tecnica armonica non può ordinare tutto una volta per tutte: l'immagine musicale dell'armonia permette di intendere la terapia medica come quella pratica tesa a costruire, continuamente, una proporzione che sia capace di essere conforme all'ordine del cosmo per creare la più bella melodia. Essa si configura quindi come un continuo impegno nella cura.

La parola *harmonia* condivide la radice sanscrita con altre parole estremamente significative per il nostro tema, quali rito, arte, articolazione, arto. Armonia è una parola che appartiene all'ambito musicale ed esprime la finalità e al contempo la possibilità d'essere della musica classica. L'armonia può quindi essere definita come quella pratica rituale che è capace di articolare gli arti – i corpi – tra loro alla ricerca della più bella composizione.

Nel *Simposio* Erissimaco utilizza il termine *philia* (amicizia), in connessione con *metrios* (misura), per sottolineare il ruolo della cura amorevole nella restaurazione della salute intesa come giusta misura. La salute è il giusto equilibrio delle parti e l'arte medica è la restaurazione di una nascosta proporzione (Reale, 1999). Il filosofo è quindi non solo il costruttore artigiano-magistrato delle relazioni, ma anche il buon medico capace di curare il disordine e di promuovere l'ordine. Questo è l'ideale al quale deve tendere, per la filosofia antica, la nozione di persona.

Per svolgere questo compito la persona ha a disposizione il *nous* (intelletto) e il Bene che sono i supremi tessitori di legami. Il tema del "legame" è centrale nella cosmologia del *Timeo* e nell'intera opera platonica come espressione dell'intreccio tra la sfera conoscitiva e la sfera etica. Da un lato il *nous* è per eccellenza il produttore di legami, ovvero è ciò che coglie l'unità nel molteplice; dall'altro è il Bene ad essere il Principio di ogni legame (*Fedone* 99c) e quindi anche di tutti quei "legami" a partire da cui il cosmo è, per Platone, un universo "etico" (Lavecchia, 2010).

Il riconoscimento reciproco tra il medico e il paziente è necessario per l'istituzione della relazione di cura. Il medico Erissimaco consiglia di non bere troppo (ovvero dà la prescrizione e fornisce le motivazioni), ma tale indicazione non è sufficiente se non è correlata a un consenso del paziente, che è chiamato a scegliere liberamente. Erissimaco si propone quindi come un medico libero, usando la terminologia di un passo delle *Leggi* in merito alla differenza tra i medici liberi e i medici schiavi.

Il medico schiavo, dopo aver prescritto in base all'esperienza ciò che gli sembra opportuno come se fosse perfettamente competente e con l'alterigia del tiranno, di corsa se ne va da un altro schiavo malato e così allevia al padrone la cura dei malati; il medico libero, invece, generalmente cura e indaga le malattie dei malati liberi e, studiandole dal principio secondo la loro natura e dialogando con il malato e i suoi cari, impara qualcosa egli stesso dai malati e nel contempo impartisce nozioni all'infermo per quanto gli è possibile e non dà alcuna prescrizione prima di averlo convinto: solo allora, rassicurando il malato tramite la persuasione e un'assidua preparazione, cerca di restituirlo alla perfetta salute. (Platone, *Leggi*, IV 720 c-e)

La prassi armonica è quindi sempre collegata al tema della responsabilità morale: essa trova nella comunicazione efficace tra medico, pazienti e familiari lo strumento della sua attuazione. Il medico deve avere il tempo per dialogare con il paziente e per convincerlo della bontà della cura; deve poter avere il tempo per suggerirgli un sano stile di vita. Così facendo potrà non solo curare il malato ma a sua volta potrà imparare dalla persona assistita. Questo aspetto, noto agli psicoterapeuti, può apparire sconcertante per chi esercita la propria professione di cura in ambiti differenti. Vivere la professione come una occasione di trasformazione di sé: questo potrebbe essere un invito posto dalle pratiche filosofiche ai professionisti della cura. La relazione, per sua essenza, è bidirezionale: connette due o più parti in un sistema di richiami reciproci, pur mantenendo le differenze. Il medico e pazienti si trovano così a far parte, assieme, di un sistema di cura.

4. *Il giusto equilibrio tra vicinanza e distanza*

L'uomo si libera dall'isolamento grazie a un contatto con l'altro che, nella particolare accezione che stiamo delineando, si configura come natura (animale, umana, divina, cosmica). Nel "dialogo" con la natura si scopre un senso di appartenenza a un tutto di cui si fa parte: ciò che emerge come elemento curativo è la relazione stessa.

La ricerca della saggezza spetta proprio a coloro che stanno in mezzo, che sono e sanno stare nella relazione. La relazione come tensione erotica è consapevole di essere priva di qualcosa e perciò la desidera mettendosi in cammino alla ricerca di ciò che le manca. La relazione quindi non illumina solo la pienezza dell'intero ma anche la mancanza dell'intero; grazie ad essa, l'intero cerca di costituirsi nel tempo; l'intero è già presente nella tensione che crea la sua generazione.

La relazione ricongiunge ciò che è stato diviso dal pensiero dicotomico, individualistico ed egoistico (assumendo un linguaggio al contempo gnoseologico, sociologico e morale) ricostituendo l'armonia. Il bello, come insegna Diotima nel *Simposio*, non deve essere inteso come slegato dal brutto: il bello vive la relazione con il brutto e proprio per questo può essere bello.

Luce Irigaray (Irigaray 1993), criticando il pensiero occidentale che vede nell'unità il principio della felicità, ha evidenziato una forma di relazionalità capace di mantenere la distanza e l'integrità delle parti. Secondo Irigaray non bisogna tendere ad una unità con l'altro per essere veramente se stessi ma bisogna coltivare lo spazio tra le parti, prendersi cura della distanza, affinché il respiro che anima entrambi non venga soffocato (Irigaray 2011).

Questa posizione, che ad un primo livello può apparire antitetica a quanto detto fin'ora,¹ è ai miei occhi illuminante per poter comprendere non solo la natura della relazione ma anche per pensare una pratica di cura che non si riduca a una empatica fusione con l'altro ma che si configuri nel giusto equilibrio tra vicinanza e distanza.

Lo spazio che mantiene la distanza non è quindi solo un muro che divide le persone ma è anche ciò che permette alle persone di sviluppare la propria autonomia senza cercare nell'altro un proprio sostituto.

Il desiderio di cura è ciò che permette alle parti di incontrarsi in quello spazio che tutela la loro reciproca libertà, in un movimento generativo di sempre nuove forme di relazione.

È quindi necessario riconoscersi nella propria parzialità e finitezza; questo atteggiamento non deve però essere inteso come solitudine e isolamento ma, al contrario essere l'espressione di un desiderio di relazione (Curi 2013) che trova appagamento nella consapevolezza di far parte di un tutto organico dove ogni parte è necessaria anche se la composizione non è mai data in un modo stabile una volta per tutte.

Il medico ogni giorno sperimenta il contatto con l'alterità: quella del paziente e dei suoi familiari e quella della malattia e della morte, intese spesso negativamente come il contrario della vita. Egli vive quindi una forma di distanza negativa che separa il medico al proprio interno.

Possiamo oggi pensare, aiutati dalla filosofia, a una pratica della distanza positiva?

1 L'orizzonte di riferimento di Irigaray è quindi più vicino alla concezione dello spazio e della relazionalità di Heidegger e Nancy e più distante da quella hegeliana che è più affine alla prospettiva platonica esposta precedentemente.

Plotino ha parlato dell'*epistrophé* (ritorno), ovvero di quel percorso di ricerca mosso dal desiderio che spinge a colmare la distanza. La distanza, ai miei occhi, non deve mai essere colmata del tutto, ma deve essere lasciata vivere nella sua accezione positiva di tutela dell'identità personale. Mi sembra quindi fruttuosa l'indicazione degli stoici che praticavano "lo sguardo dall'alto" (Hadot 2005), ovvero l'esercizio di distanziamento che permette una giusta visione delle cose: il cielo, massima espressione di ciò che sta in alto, è e deve essere distante dalla terra per essere se stesso. La giusta distanza è anche la predisposizione dello spazio per un incontro: essa non preserva quindi solo l'autonomia ma anche la relazione stessa dal momento che essa è come il respiro che compone armonie tra i corpi. Il respiro è anima nel suo derivare dal greco *anemos* (vento, soffio), spirito dal latino *spiritus* (soffio) ed energia nel suo essere connesso allo *pneuma*.

Nella *Repubblica* il Bene è come il sole: ciò che fa vivere e illumina tutto ciò che è. Questa concezione del Bene, strettamente connessa al tema della giustizia come creazione della perfetta armonia, ai miei occhi è fondante dello stesso modo di essere della relazione. Essa è come il Bene nel suo far apparire le relazioni armoniose tra tutto ciò che è, ma è anche come la giustizia nella sua attività costruttiva e normativa di un mondo migliore. La relazione non nega le proprie determinazioni temporali: con esse istituisce un rapporto d'amore come quello che c'è tra il sole e le cose che appaiono.

La relazione fondamentale tra ciò che è già da sempre collegato e ciò che va, con un impegno etico e politico, messo in relazione o curato rispetto ad un disordine sopraggiunto, esprime il nesso fondamentale tra teoria e pratica che alimenta le pratiche filosofiche (Candiotta, Sangiorgio 2013).

5. Come promuovere la relazionalità?

Come promuove una comunicazione efficace capace di riconnettere le parti tra di loro, mantenendo il giusto equilibrio tra vicinanza e distanza?

La via che suggerisco è quella delle pratiche filosofiche, intese come esperienze capaci di ricollocare l'umanità all'interno del cosmo, in un tessuto relazionale di comunicazione tra tutte le parti. La pratica, in questa accezione, assume quindi un carattere "integrale".

"Integrale" richiama la parola "integro" che indica qualcosa di intatto, nel nostro caso, prima della divisione che crea la solitudine dell'umano. Rinvia inoltre all'"intero" e a una concezione della pratica come qualcosa che va a incidere non solo in colui che la pratica ("interamente" e cioè nella totalità di se stesso) ma anche nel contesto e nel mondo, nella totalità intera dell'esperienza. Richiama il verbo "integrare" e cioè la capacità di coniugare, di intrecciare, di mettere in relazione, di tessere legami, di comporre armonie.

Nelle pratiche filosofiche "integrali" si istituiscono relazioni capaci di rendere il praticante stesso "integrale". Ciò che permette questa trasformazione è la realizzazione di un contesto "integrale".

Come promuovere contesti "integrali"?

Lo strumento principe è dato dalla comunicazione, intesa come quel nesso relazionale che istituisce contesti partecipati (a vari livelli e su diversi piani). In questi anni ho lavorato, assieme ai tanti amici che condividono con me questa impresa, in vista di una valutazione teorica e di una applicazione pratica di pratiche filosofiche integrali (cfr. la seconda parte del volume) capaci di valorizzare il contesto comunitario, il pensiero simbolico e immaginativo, oltre che dialettico ed argomentativo, la corporeità e l'emotività nella loro sinergia con la razionalità (Candiotta, Tarca, 2013). Le pratiche filosofiche si sono quindi messe in relazione con diverse tradizioni spirituali e artistiche capaci di attivare l'"interezza" dei partecipanti. Ad esempio attività quali il teatro, la poesia, la musica, la pittura, la meditazione, etc., se integrate con attività più specificatamente "filosofiche", possono essere strumenti eccezionali per far sì che le pratiche filosofiche siano espressione, sperimentazione e promozione di una visione integrale capace di rendere "integrale" il praticante.

Le pratiche filosofiche integrali divengono così delle esperienze capaci di mettere in atto una trasformazione del modo di percepire la vita, seguendo la definizione data in maniera autobiografica da Pierre Hadot (Hadot 2008, pp. 8-9). Il modo nuovo di percepire la vita è quello a mio parere maggiormente collegato all'originario; il modo

capace di cogliere la relazione tra tutte le cose, tra le cose e l'intero e tra sé e le cose e l'intero. Questa spinta è mossa da un'energia che anima tutte le cose e, come direbbe Luce Irigaray, si basa sull'amore.

Le pratiche filosofiche integrali sono quindi anche delle "rivoluzione amorose" (Freire 2004, pp. 111-115) che si radicano nella fiducia di un cambiamento possibile in nome della realizzazione di uomini e donne integrali.

6. *Il medico filosofo*

Vorrei concludere con Socrate. Egli infatti può essere inteso come un "medico filosofo" che utilizza il dialogo come farmaco per purificare l'anima del suo interlocutore dall'errore, così come il medico cura il corpo dalle malattie. La cura del corpo e dell'anima vanno, secondo Platone, svolte congiuntamente. Socrate per curare Carmide dal mal di testa dovrà prima comunicare con lui, esaminando il suo stile di vita e le concezioni che reggono la sua esistenza. Egli, come il medico che deve analizzare il corpo, dovrà "spogliare" Carmide per scoprire se Carmide sia veramente dotato di temperanza (Candiotto 2013a). Ogni parte sarà analizzata insieme alle altre, in una visione "olistica", e cioè relazionale, della persona.

Caro Carmide, questo carme non è capace di guarire la testa separatamente; ma come forse anche tu sai per aver udito dei bravi medici se per esempio ci va uno con male agli occhi, gli dicono che non si può cominciare a sanare gli occhi soli, ma che bisognerebbe curare anche la testa se si vuole guarire gli occhi; e dicono ancora che è una assurdità pensare di curare la testa per se stessa senza tenere conto dell'intero corpo. Così, in base a questo ragionamento, cercano di curare e sanare la parte applicando un regime all'intero corpo. (Platone, *Carmide*, 155e2-157c6)

La salute, intesa nei termini greci di armonia, si realizza quando ogni parte dell'organismo svolge il proprio compito. Compito del medico è quindi quello di restaurare la nascosta proporzione, quando sia stata turbata dalla malattia. Nello stato di buona salute è la natura stessa che la ristabilisce o, se si vuole, è essa stessa la

giusta proporzione. La natura come *logos* e il medico filosofo come massimo conoscitore del *logos*, istituiscono i legami relazionali che conducono alla salute.

Il *logos* è parola, comunicazione e relazione; Platone sottolinea come la parola curatrice sia la parola bella e come essa sia la parola vera. La Verità, fin dalle origini, ha rappresentato il significato proprio della filosofia. Come nel caso dell'armonia, richiamare un termine così abusato può apparire anacronistico, a maggior ragione oggi che siamo nell'epoca di una tecnica basata su esperimenti, calcoli della probabilità e indeterminatezza non solo metafisica ma anche epistemologica.

Oso però concludere in questo modo, mossa dalla convinzione che la Verità trovi una delle sue maggiori manifestazioni nella parola che ascolta, ovvero nell'ascolto che vive il silenzio, massimo nutrimento per la testimonianza della Verità.

La Verità che cura è quella Verità capace di illuminare le relazioni tra le parti, producendo l'armonia che dona la salute. Essa è Parola in senso ampio, ossia comunicazione, ossia relazione. È la relazione integrale la somma cura.

Concludo quindi con un invito ai medici a ricercare la qualità della relazione integrale e la sua capacità trasformativa, riscoprendo la filosoficità insita nella loro professione.

Bibliografia

- Bottaccioli, Francesco (2010). *Filosofia per la medicina, medicina per la filosofia: Greci e Cina a confronto*. Tecniche Nuove, Milano.
- Candiotta, Laura (2013a). "Socrate: il dialogo come farmaco". In: L. Candiotta, L. V. Tarca (a cura di), *Primum Philosophari. Verità di tutti i tempi per la vita di tutti i giorni*, Mimesis, Milano-Udine 2013, pp. 47-60.
- (2013b), "The concept of harmony (187 a-e) and its cosmological role in Eryximachus' discourse", *The International Plato Society, X Symposium Platonicum. The Symposium, Pisa 15-20 luglio 2013, Proceedings I*, pp. 194-200.
- Candiotta, Laura, Sangiorgio, Stefano, (2013). "Emanuele Severino: la verità di ogni cosa". In: L. Candiotta, L. V. Tarca (a cura di), *Primum Philoso-*

- phari. Verità di tutti i tempi per la vita di tutti i giorni.* Mimesis, Milano-Udine 2013, pp. 343-357.
- Candiotto, Laura, Tarca, Luigi Vero (a cura di) (2013). *Primum Philosophari. Verità di tutti i tempi per la vita di tutti i giorni.* Mimesis, Milano-Udine.
- Curi, Umberto (2013). *Passione.* Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Freire, Paulo (2004). *La pedagogia dell'autonomia. Saperi necessari per la pratica educativa.* Trad. it di G. Colleoni. EGA, Torino.
- Galimberti, Umberto (1984). *La terra senza il male. Jung: dall'inconscio al simbolo.* Feltrinelli, Milano.
- (1987). *Psichiatria e fenomenologia.* Feltrinelli, Milano.
- Irigaray, Luce (1993). *Amo a te.* Trad. it. di G. Calizzano. Bollati Boringhieri, Milano.
- (2011). *Una nuova cultura dell'energia. Al di là di Oriente e Occidente.* Trad. it. di P. Carmagnani. Bollati Boringhieri, Milano.
- Lavecchia, Salvatore (2010). *Oltre l'uno ed i molti. Bene ed essere nella filosofia di Platone.* Mimesis, Milano-Udine.
- Reale, Giovanni (1999). *Corpo, anima e salute. Il concetto di uomo da Omero a Platone,* Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Hadot, Pierre (2005 n.e.). *Esercizi spirituali e filosofia antica.* Trad. it. di A. Marietti, A. Taglia. Einaudi, Torino.
- (2008). *La filosofia come modo di vivere: Conversazioni con Jeannie Carlier e Arnold I. Davidson.* Trad. it. di A. Peduzzi, L. Cremonesi. Einaudi, Torino.
- Tarca, Luigi Vero (2003). “Filosofia ed esistenza oggi”. In: R. Madera, L. V. Tarca, *La filosofia come stile di vita. Introduzione alle pratiche filosofiche,* Bruno Mondadori, Milano, pp. 111-220.
- Watzlawick, Paul, Beavin, Janet Helmick, Jackson, Don D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana.* Trad. it. di M. Ferretti. Astrolabio Ubal dini, Roma.

DISCUSSIONE

a cura della Dott.ssa Ornella Mancin*

Non riesco più a sopportare niente, a parte la vita: l'ufficio, le case, le strade, ogni cosa mi pesa e mi opprime; solo l'insieme mi dà sollievo. Sì in questo insieme, una cosa da nulla è sufficiente a consolarmi.

Fernando Pessoa, *Il libro dell'inquietudine*

La relazione è l'elemento fondante della nostra esistenza.

L'individuo acquista significato nel legame relazionale. Se esso manca, l'uomo vive una solitudine negativa, essendo separato al proprio interno (mente-corpo-anima) e incapace di entrare in rapporto con gli altri.

La professione medica è basata sulle relazioni: *in primis* con il malato e i suoi familiari, ma anche tra medici e tra medico e altre figure professionali, dato che sempre più frequentemente si lavora in equipe multi professionali.

Le pratiche filosofiche si propongono di promuovere la relazionalità in tutte le sue forme e possono quindi essere d'ispirazione anche per i medici che si accingono a curare il malato, o che si prendono cura di se stessi.

La relazionalità può spesso essere fonte di conflitti; anziché aiutare a trovare l'armonia, può creare tensioni emotive che incidono negativamente sul quotidiano. Le pratiche filosofiche possono quindi aiutare a ricomporre ciò che è stato diviso e a ritrovare l'armonia, intesa sia come benessere fisico e psichico personale, sia come concordanza con gli altri e il mondo esterno (natura e società).

* Medico di medicina generale, Ulss 14.

La perdita di armonia crea dolore e sofferenza, perché rompe l'equilibrio interiore e l'"unione" con l'ambiente che ci circonda.

Purtroppo l'armonia non è una condizione stabile che una volta raggiunta resta per sempre. È necessario essere aiutati a ricreare l'armonia quando questa si perde. Per far questo abbiamo a disposizione il *nous* (il pensiero produttore di legami che coglie l'unità nelle molteplicità) e il Bene che è il principio dei legami.

La prassi armonica è sempre collegata alla responsabilità morale: per raggiungere l'armonia ci deve essere un impegno costante al Bene. La lettura e l'approfondimento del pensiero filosofico aiuta ad acquisire valori "retti" verso sé stessi e verso gli altri e a dare fondamento all'impegno costante del medico verso il Bene.

L'impegno costante al Bene è un elemento fondante della professione medica. Ogni atto medico è ispirato al Bene, perché il medico lavora per il bene del malato ed è in costante tensione verso il benessere delle persone che si affidano alle sue cure.

In questa tensione a volte però si può perdere di vista il tutto: presi dalla volontà di sconfiggere la malattia ci si può dimenticare del malato nella sua interezza, che è un individuo dotato non solo di corpo ma anche di mente ed emozioni.

A volte il medico stesso dimentica che è parte di un tutto, ma che non è il tutto. Ognuno è una piccola parte senza la quale il tutto non sarebbe tutto e, al contempo, bisogna saper riconoscere la propria parzialità, il bisogno dell'altro e degli altri. È necessario un atto di umiltà per riconoscere che la Salute, quella con la S maiuscola, non è una prerogativa del medico e che bisogna lavorare insieme, non solo alle altre figure professionali, ma anche al malato e alla sua famiglia, perché si possa ricostruire l'armonia che la malattia ha distrutto.

Il medico stesso, come persona, ha bisogno ricomporre la sua armonia interiore, talvolta divisa tra razionalità ed emozioni. Il lavoro del medico richiede infatti il distacco emotivo, ovvero il non lasciarsi coinvolgere sul piano del sentimento, per poter reggere pienamente all'elevatissimo stress lavorativo.

Scopo del progetto di cui questo volume fa parte è fornire ai medici delle possibilità di aiuto per se stessi. Il medico non può solo dare ma ha anche bisogno di fermarsi a riflettere per recuperare l'equili-

brio e l'armonia. Da questo ne può beneficiare non solo il malato ma tutta la comunità.

Le pratiche filosofiche sono esperienze capaci di mettere in atto una trasformazione del modo di percepire la vita e a fornire la fiducia che un cambiamento è possibile in nome della realizzazione di uomini e donne integrali.

Possa nascere da questo progetto il desiderio di mettersi in gioco per acquisire un nuovo modo di cercare l'armonia necessaria per vivere bene con noi stessi e con gli altri.



SECONDA PARTE
PRATICHE FILOSOFICHE PER LA MEDICINA



ANDRÉE BELLA*, LAURA CANDIOTTO**

LA RELAZIONE NEL DIALOGO¹

A partire da Socrate e Gregory Bateson

In un'ottica ideologizzata che riduce l'antropologico al somatico e il sociale al mutualistico, medico e paziente perdono entrambi la nozione di un rapporto privilegiato che è fatto innanzitutto di coinvolgimento reciproco[...] Il pericolo ultimo è quello di una barriera calata tra medico e paziente a determinare una medicina del silenzio in contrasto con l'aforisma perenne che "un buon medico è la prima medicina".

Giorgio Cosmacini, *La scomparsa del dottore. Storia e cronaca di un'estinzione*

Abstract:

Gregory Bateson problematized and explored in a peculiar way the mind-body relation and the theme of relations among organisms in the living world, both in his life and in his works. In this perspective, he can offer a corpus of reflections which are significant to think, in a complex and challenging way, some fundamental knots of medical theory and practice. In particular, his epistemological doubts concerning any form of scientific certitude can represent a useful philosophical stimulus to thematize, with a critical and vigilant eye, various aspects of medicine and of the relations of cure. In this article, Bateson's perspective is combined with the practice of the integral Socratic dialogue, with the aim of proposing some suggestions within philosophical practices in the field of medicine. The result of this approach is the description of an experience where the care of relation emerges as a fundamental element of the relations of cure.

* Università degli studi di Bergamo.

** Università Ca' Foscari di Venezia.

1 L'articolo nasce da una collaborazione pluriennale delle autrici ed è stato pensato e rivisto a quattro mani. A fini puramente accademici ascriviamo la sezione 1 a Bella e le sezioni 2 e 3 a Candiotto.

1. *Strumenti e contenuti*

Gregory Bateson (1904-1980), strana figura interdisciplinare di naturalista e antropologo, nonché cibernetico e fondatore di un'importante teoria psicologica sulla schizofrenia, può sembrare di primo acchito un autore assai poco utile alla pratica medica. I suoi riferimenti alla medicina sono perlopiù estremamente critici, giudizi che suonano molto duri e che potrebbero essere percepiti come attacchi distruttivi nei confronti di chi sia impegnato in una simile professione o di chi voglia provare a riflettervi con serietà per migliorarla.

Tuttavia fu proprio ad opera di un medico che sentii commentare il suo scritto *Perché i placebo?* all'interno di un seminario di studio interdisciplinare. Un nefrologo e primario ospedaliero impegnato da anni nel miglioramento della formazione medica mi confermò quanto avevo sempre pensato: le provocazioni batesoniane potevano essere un ottimo, dirompente strumento di riflessione sulla medicina, le sue teorie e le sue pratiche.

Ciò si potrebbe spiegare a partire da molteplici prospettive ma in primo luogo bisogna sottolineare due importanti tematiche che possono essere considerate possibili fili conduttori della sua intera opera e risultare preziose per la formazione in campo sanitario. Innanzitutto la radicalità e la ricchezza delle sue riflessioni filosofiche sul rapporto mente-corpo. In secondo luogo la profondità del suo lavoro sull'importanza delle relazioni nel mondo vivente e sulle loro peculiari caratteristiche, lavoro che ne farà un pensatore chiamato appunto sistemico, cioè capace di pensare la natura dello stare insieme, del comporsi e rapportarsi delle parti in un organismo relazionale.

Partiamo proprio da questo metalogo *Perché i placebo?* (Bateson conia il termine "metalogo" per designare un dialogo immaginario che lui mette in scena tra padre e figlia, dialogo immaginario che ha la caratteristica di voler riflettere sulla natura di ciò che si fa, dunque sul dialogare stesso oltre che sull'argomento di cui si discute) per provare a dare conto di alcuni passaggi del suo pensiero su questi due importanti temi in relazione alla medicina. Non a caso questo dialogo immaginario si apre proprio con il racconto di un'esperienza di formazione di Bateson stesso con un gruppo di medici in cui egli aveva proposto loro di cominciare a riflettere insieme a partire

da questi interrogativi: “Che cos’è un uomo, che può conoscere la malattia e (forse) guarirla? E poi: che cos’è la malattia, che un uomo può conoscerla e (forse) guarirla?” (Bateson, Bateson 1987, pp. 105-106).

Possono sembrare questioni un po’ altisonanti e metafisiche, domande inutili e lontane da una pratica quotidiana dai ritmi frenetici e scandita da procedure sempre più definite e da protocolli tecnici. Ma è forse proprio in simili situazioni che domande basilari sul senso del proprio operare, ovvero interrogativi socratici per cui è impossibile dare risposte standardizzabili e definitive (come quelle appena citate), divengono tanto più urgenti e fertili.

Penso quindi che il metalogo sui placebo possa essere un ottimo testo da utilizzare per una pratica di dialogo filosofico con intento formativo indirizzata al mondo della medicina. Eccone l’inizio:

Figlia. Perché i placebo? Voglio dire, quando protestavi contro le opinioni meccanicistiche degli esseri umani, perché, fra tutte le cose di cui potevi servirti per sottolinearne l’insufficienza, hai scelto i placebo? Un placebo è un farmaco finto, no? che spesso genera nel paziente l’illusione di sentirsi meglio. Una lampante dimostrazione della credulità degli esseri umani.

Padre. Niente affatto. L’efficacia dei placebo dimostra che la vita, la guarigione e la sofferenza umane appartengono al mondo del processo mentale, in cui le differenze, cioè le idee, le informazioni, e perfino le assenze, possono fungere da cause. (Bateson, Bateson 1987, pp. 105-106).

È illuminante il rovesciamento della prospettiva proposto da Bateson nella considerazione dei placebo, sia dal punto di vista della relazione mente-corpo che da quello della relazione medico-paziente. L’effetto placebo non sarebbe questione di credulità e ignoranza ma appunto una grandiosa dimostrazione del *proprium* umano, ovvero dell’inseparabilità dell’organismo psico-corporeo la cui natura inscindibile fa sì che le idee, i pensieri, le sensazioni possano fungere da cause di fenomeni osservabili anche ad un livello fisico della realtà. Una realtà che, per un materialismo ingenuo e secondo Bateson miope, si tende spesso a pensare come scindibile dal nostro modo di osservarla ed esperirla ed in questo senso appunto vera, oggettiva, fisica. Se prendendo un farmaco finto si può guarire da un ‘reale’

mal di testa allora vuole dire che davvero il nostro pensiero agisce sul nostro corpo, o ancora più radicalmente, come Bateson con tutte le sue opere tenterà a più riprese di dimostrare, che questi due piani, per quanto riguarda la realtà biologica e vivente, non sono separabili né così facilmente distinguibili.

Non si tratta di fenomeni sovranaturali, extramateriali, superstiziosi; si tratta invece dell'interrelazione necessaria e necessariamente misteriosa fra forma e contenuto, mente e corpo. E la mente per Bateson si trova dovunque esista relazione, organizzazione, organismi. Non è qualcosa che si può trovare nel cervello, entità isolata in ogni singolo uomo; rappresenta piuttosto la complessa interdipendenza organizzata e complessa di tutto ciò che vive.

Lo stesso genere di rapporti tra la mente e il corpo riguardano dunque l'individuo singolo, la relazione fra le diverse parti che lo compongono e le relazioni tra gli esseri. E quanto è vero che nelle relazioni i pensieri le idee, le sensazioni possono fungere da cause, comportare conseguenze! Vorrei citare un altro passo del metalogo che riflette proprio su questo aspetto:

Padre. L'addestramento cui sono sottoposti tutti questi giovani medici li porta ad escludere la mente come principio esplicativo e li orienta fortemente verso il materialismo... Solo le cause materiali sono «reali». [...] Vedi, con gli esseri umani c'è il problema che se pensiamo a loro artisti... e così via.

Figlia. Pensarli come artisti... mi piacerebbe tentare.

P. Stai attenta, però. Quando si insegna agli uomini a essere pezzi di legno oppure mascalzoni, se poi ci si pente e si vuole una popolazione di uomini d'affari responsabili, o di angeli o altro, con cui fare una nazione o un mondo, non è così facile soddisfare il nuovo desiderio. Le abitudini di pensiero diventano, come si suol dire, «programmate nei circuiti».

F. E allora?

P. Ci vuole molto tempo e un'intensa esperienza per disfare ciò che abbiamo impiantato. Se abbiamo insegnato agli uomini ad essere mascalzoni, non possiamo costruire di punto in bianco un sistema adatto ai santi, perché i mascalzoni approfitterebbero del cambiamento.

[...] Le idee che abbiamo sulla medicina e sul paziente devono andare d'accordo con l'esperienza del paziente... (Bateson, Bateson 1987, pp. 108-110).

Siamo costituiti dagli altri esseri nel senso più radicale, per il cibo che mangiamo, le parole che apprendiamo, i gesti che fin da neonati cominciamo a imitare e reinventare. Pensare agli uomini in un certo modo o in un altro li trasforma, li cambia, li plasma, dà loro una certa forma, da bambini come da adulti o da anziani. Basta osservare la differenza dei nostri comportamenti con le persone che ci amano e che amiamo e con quelle che viceversa non sopportiamo. Le nostre idee su noi stessi, sui pazienti, sulla medicina e sul mondo, si intrecciano all'esperienza ed è proprio a partire da questi intrecci complessi e prismatici che vorremmo guardare alla relazione di cura, e ai diversi e misteriosi livelli che essa necessariamente implica.

Cosa potrebbe voler dire per un medico considerare le persone assistite dei pezzi di legno e, che cosa una cosa del genere potrebbe implicare? E, viceversa, cosa potrebbe voler dire accordarsi all'esperienza di coloro che si tentano di curare?

Vorrei raccontare in proposito un aneddoto biografico che trovo piuttosto significativo. Mio padre, dopo la morte prematura e improvvisa di uno dei suoi fratelli con cui aveva condiviso il sogno di percorrere a piedi i quattrocento chilometri di distanza tra la città in cui attualmente vivevano e il piccolo paese di montagna di cui erano originari, decise di intraprendere questo viaggio simbolico da solo, in sua viva memoria. Si organizzò perciò una serie di tappe quotidiane e senza un allenamento opportuno si trattò di un'impresa piuttosto faticosa. Dopo pochi giorni si manifestò un forte dolore alla gamba destra, tale da costringerlo ad una visita medica in pronto soccorso. Sulle prime il medico prescrisse un necessario riposo, una sosta. Ma nella conversazione gli furono a un certo punto chiari il senso e la natura di ciò che mio padre stava facendo e capì che il consiglio di fermarsi sarebbe stato sicuramente disatteso con disastrose conseguenze cliniche oppure seguito ma con ancora più disastrose conseguenze umane. Esplicitò pertanto, infine, che comprendeva come l'opzione terapeutica più indicata, che sarebbe stata la rinuncia al cammino quotidiano, fosse per mio padre impossibile e gli somministrò invece degli anti-infiammatori per poter proseguire ma non degli anti-dolorifici in modo che lui potesse tenere conto della soglia del dolore e rinunciare se la cosa fosse divenuta realmente pericolosa da un punto di vista clinico. Mio padre gli fu molto grato,

si tenne il suo dolore ma poté continuare il suo viaggio durante il quale il problema si risolse progressivamente grazie all'assunzione dei farmaci. Non si ritrovò con i piedi in cancrena e neppure fu costretto a fallire nel suo intento simbolicamente e psicologicamente così importante.

Mi sembra un buon esempio di un modo non semplicistico, bidimensionale e grettamente materialistico di pensare alla natura degli uomini e di relazionarsi con loro. A volte la testimonianza di un amore conta più di un dolore fisico, una gioia più di una malattia, e una promessa può essere mantenuta anche nei confronti di un morto.

In che cosa si trasforma a questo punto l'assenza? In che cosa la morte e il dolore? E cosa significa prendersi cura della vita e del corpo? È a partire da questa interessante attenzione all'integralità dell'organismo e degli organismi e alle loro composite relazioni che vorremmo così dedicare la seconda parte di questo articolo alla pratica del dialogo socratico.

2. Pratiche filosofiche per la medicina

Domande sullo statuto della medicina come pratica di cura e sull'oggetto del suo operare (il paziente, la malattia, la prevenzione) possono trovare un significativo controcanto in domande che individuano nell'esperienza del curare e dell'essere curato il proprio orizzonte di riferimento.

Il testo di Bateson presentato nella sezione precedente è un preziosissimo stimolo per svolgere individualmente un lavoro di questo tipo, rendendosi suscettibili alle problematizzazioni e cambiamenti di prospettiva che la lettura del testo può portare con sé.

Tuttavia può essere opportuno proporre una pratica che non si basi solo su una lettura personale ma anche che sia indirizzata a un dialogo in un contesto collettivo. Le ragioni di tale opportunità sono molteplici e hanno a che fare non solo con esigenze di tipo psicopedagogico ma anche con uno dei significati più profondi che ha assunto la filosofia in Occidente, ovvero la ricerca dialogica della Verità.

In una pratica dialogica i partecipanti possono beneficiare dei contributi degli altri per sviluppare la propria riflessione, condividere esperienze e discutere punti di vista; possono inoltre cercare strade comuni per tentare di risolvere problematiche emergenti o confrontarsi su scelte difficili; possono non sentirsi soli nell'affrontare le sfide poste dalla professione.

Platone nel *Protagora*, per bocca di Socrate, esprime chiaramente le ragioni marcatamente filosofiche che stanno alla base di un dialogo partecipato e condiviso. È possibile pensare da soli, ma ciò è più difficile e più rischioso; l'altro è il massimo aiutante per il soggetto in ricerca: la ricerca progredisce e non rischia di diventare dogmatica.

Protagora, non credere ch'io voglia discutere con te per alcun altro motivo se non per delucidare questioni su cui, di volta in volta, sono in dubbio io stesso. Sono davvero convinto che Omero dica cosa assai giusta con quel suo verso: "andando avanti in due, l'uno può comprendere prima dell'altro". In realtà, noi uomini, tutti insieme, siamo in un certo qual senso più sicuri di fronte a ogni opera, discorso, pensiero. Quando, invece, "qualcuno abbia pensato da solo", andando subito in giro cerca a chi possa esporre il suo punto di vista e trovarne conferma, e prosegue nella sua ricerca finché non abbia incontrato la persona adatta. (Platone, *Protagora*, 348 c5-d5)

Il pensare si configura non solo come un atto comune ma, anche, come un Bene comune e in questo senso va tutelato e promosso. La dimensione dialogica non è solo un carattere accessorio della pratica, ma è ciò che può generare l'incidenza del pensiero comune nello stile di vita dei partecipanti (Tarca 2010).

Una vita pensata: il tipo di filosofo al quale mi sto riferendo non è tuttavia il pensatore solo e corrucciato della statua di Rodin, ma è Socrate, l'uomo che dialogava nelle piazze e che, sempre secondo Platone (*Apologia*, 28 a-b), dichiarò che una vita senza ricerca non è degna di essere vissuta.

Il radicarsi nell'esperienza autobiografica è un tratto fondamentale del metodo dialogico socratico. Le più alte questioni in merito allo statuto della cura, per esempio, non possono essere svincolate da un'analisi di una situazione reale di cura. I rimandi reciproci tra

esperienza e pensiero permettono quindi alla pratica filosofica dialogica, di tipo socratico, di essere espressione di una ricerca che è frutto dell'interrezza della persona in relazione con altre persone.

Nello specifico, il testo di Bateson può fungere da stimolo per la raccolta di esperienze analoghe o discostanti, vissute dai partecipanti al dialogo. A quel punto un facilitatore, o come a volte mi piace chiamarlo, un "complessificatore" (Candiotta 2013a) del dialogo chiede di formulare una domanda che sorga dalla condivisione delle esperienze e che funga da piano di discussione per il dialogo.

Una pratica di questo tipo, che nasce dalla mescolanza del metodo proprio della *Philosophy for Community* (Volpone 2014) e del *Socratic Dialogue* (Dordoni 2009, Candiotta 2013c), si configura come una pratica filosofica per la medicina non solo per i contenuti scelti (Candiotta 2013d) per la discussione ma anche perché ha la peculiarità di permettere ai partecipanti di esperire quella particolare forma di relazione con sé e con gli altri che definisco "integrale" (Candiotta 2013b).

A partire dalla lettura del testo, i partecipanti propongono delle domande sulle quali confrontarsi in gruppo alla ricerca di risposte da condividere. Le risposte sono collegate ad esempi reali per poter coniugare la riflessione teorica e l'esperienza quotidiana e per poter elaborare eventuali strategie di risoluzione di problemi collegati alla prassi medica.

Attraverso questa pratica i partecipanti possono sperimentare la bellezza della ricerca comune e l'efficacia della messa in discussione delle proprie opinioni grazie al confronto con l'altro.

La cura dell'intero, nelle pratiche filosofiche per la medicina, è quel sostrato comune che vivifica i legami tra filosofia e medicina nella loro tensione alla salute del tutto.

L'esperienza dialogica mette i partecipanti di fronte anche ai propri limiti, umani e professionali e all'incapacità di darsi ragioni di fatti ed esperienze ritenuti incomprensibili, di cui l'esperienza della morte di un paziente è l'archetipo fondamentale. Individuare un contesto dove poter condividere la finitezza dell'esperienza e del sapere umano mi sembra rivestire non solo un ruolo di conforto ma anche di cura, non solo del medico in carne ed ossa che partecipa al dialogo, ma anche della sanità in generale come sistema volto alla cura

dell'umano. La cura di chi cura si congiunge così alla cura della sanità.

3. *Conclusion*

In modi e tempi molto diversi, Socrate e Gregory Bateson hanno rappresentato interlocutori importanti e a tratti provocatori del sapere, dei linguaggi e delle pratiche mediche. Tutti e due hanno saputo interrogare magistralmente il problema della cura, del suo senso e della relazione che sempre e inevitabilmente essa implica, al di là della struttura e della forma storicamente differente assunta dal linguaggio tecnico e disciplinare della medicina, linguaggio che in varie forme ciascuno di questi due autori ha analizzato e interpellato.

Nonostante le grandi innovazioni tecnologiche e le importanti scoperte scientifiche, forse oggi un medico non può prescindere da una vocazione umanistica attenta alle forme assunte dalle sue parole all'interno di un necessario orizzonte antropologico ed epistemologico proprio di ogni terapia nel suo specifico contesto. Una vocazione umanistica, rivolta cioè alla possibilità di un benessere dell'umano. Un'arte delicata e difficile chiamata a fronteggiare continuamente i grandi problemi esistenziali del vivere e del morire e che dunque in molte forme potrebbe beneficiare dell'eredità di questi due pensatori e delle pratiche filosofiche da loro ispirate.

Il "dialogo socratico integrale" e la *Philosophy for Community* si configurano così come delle pratiche filosofiche per la medicina volte a promuovere la consapevolezza della natura relazionale dell'esistenza. Tale riconoscimento ci sembra essere fondamentale per poter vivere le relazioni di cura come esperienze trasformative e generative.

Bibliografia

Bateson, Gregory (1972). *Verso un'ecologia della mente*. Trad. it. di G. Longo. Milano: Adelphi.

- (1979) *Mente e natura*. Trad. it. di G. Longo. Milano: Adelphi.
- (1991) *Una sacra unità*. Trad. it di G. Longo. Milano: Adelphi.
- Bateson, Gregory, Bateson, Mary Catherine (1987). *Dove gli angeli esitano*. Trad. it. di G. Longo. Milano: Adelphi.
- Bella, Andrée (2013). “Contemplazione del mondo vivente e trasformazione di sé”. In: Candiotta, Laura, Tarca Luigi Vero (a cura di) (2013), *Primum Philosophari: Verità di tutti i tempi per la vita di tutti i giorni*. Milano-Udine: Mimesis, pp. 247-258.
- Candiotta, Laura (2013a). “Il ruolo di Socrate. Verso una socraticità diffusa” [on-line]. *Amica Sofia*, 2/2013. Disponibile all’indirizzo <http://www.amicasofia.it/amicasofia/index.php?content=La%20nostra%20rivista>
- (2013b). “La pratica filosofica come relazione integrale”. In: Candiotta, Laura, Tarca Luigi Vero (a cura di) (2013), *Primum Philosophari: Verità di tutti i tempi per la vita di tutti i giorni*. Milano-Udine: Mimesis, pp. 17-22.
- (2013b). “Platone: la ricerca della verità nel dialogo”. In: Candiotta, Laura, Tarca, Luigi Vero (a cura di) (2013). *Primum Philosophari. Verità di tutti i tempi per la vita di tutti i giorni*. Milano-Udine: Mimesis, pp. 61-74.
- (2013c). “Socrate: il dialogo come farmaco”. In: Candiotta, Laura, Tarca, Luigi Vero (a cura di) (2013). *Primum Philosophari. Verità di tutti i tempi per la vita di tutti i giorni*. Milano-Udine: Mimesis, pp. 47-60.
- Cosmacini, Giorgio (2013). *La scomparsa del dottore. Storia e cronaca di un’estinzione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Deriu, Marco (a cura di) (2000). *Gregory Bateson*. Milano: Bruno Mondadori.
- Dordoni, Paolo (2009). *Il dialogo socratico: Una sfida per un pluralismo sostenibile*. Milano: Apogeo.
- Tarca, Luigi Vero (2010). “Esercizi filosofici per dare ‘verità’ alle relazioni tra esseri umani”. In: Goisis, Giuseppe, Ivaldo Marco, Mura Gaspare (a cura di) (2010). *Metafisica, Persona, Cristianesimo: Scritti in onore di Vittorio Possenti*. Roma: Armando Editore, pp. 319-337.
- Volpone, Alessandro (a cura di) (2014). *Pratica filosofica di comunità*. Napoli: Liguori.

BRUNA MARCHETTI, TIZIANA MATTIAZZI

LA CURA DEI GESTI E L'AMORE PER LE IMMAGINI¹

Pratiche e riflessioni intorno alla fisiologia
delle relazioni nel quotidiano a partire
da James Hillman, Pierre Hadot, Raimon Panikkar

Ma che all'improvviso si dia un istante di felicità, un raggio obliquo sulla prateria, un acquazzone sulla terra arida, un dondolio del ramo che regge la mela matura: il pensiero del dono si risveglia in noi ancora più vivo e proviamo a volte il desiderio irresistibile di scrivere e di trovare le parole appropriate, il desiderio di usare la matita o il pennello, il segno e il colore, per ringraziare.

Starobinski, *A piene mani, dono fastoso e dono perverso*

Abstract:

The workshop “The care of gestures and the love for images. Practices and reflections on the physiology of relations in the quotidian, starting from James Hillman, Pierre Hadot and Raimon Panikkar” is proposed with the intent of realizing a journey within beauty.

In this space, it is possible to give meaning and value to everyday life, intertwining contemporary innovations and acquisitions – in the field of human sciences – with the heritage of ancient wisdoms, with the knowledge of those who came before us.

1 L'introduzione e parte della conclusione del presente articolo è opera di Tiziana Mattiazzi; il *corpus* teoretico del capitolo 2, 3 e parte della conclusione sono stati scritti da Bruna Marchetti. Preme tuttavia precisare che il presente articolo nella sua stesura finale è frutto del lavoro comune e della collaborazione stretta fra le due autrici, come il Laboratorio di Pratica Filosofica da cui esso prende le mosse.

1. Introduzione

Assistiamo, o meglio, partecipiamo ad una crescente domanda di senso, necessità alla quale sono più esposte le persone che esercitano professioni “difficili”, che si trovano a dover decidere per sé e per altri, a lavorare in complesse *équipes* o in perfetta solitudine.

È una questione, quella della ricerca di senso, non certamente nuova, infatti da sempre l'uomo vive nella necessità di inserire la propria esistenza nella più ampia sfera dell'appartenenza sociale, religiosa o “semplicemente” umana. La comprensione di sé passa attraverso lo sguardo aperto sul mondo: l'esistenza biologica dell'uomo e del mondo circostante diviene lo scenario unico all'interno del quale giocare le proprie domande per recuperare o proiettare le possibili risposte.

È nel momento in cui si sperimenta in proprio l'impellente domanda di senso che si apre il desiderio di condivisione, se poi a questo moto profondo corrisponde il filone aurifero di possibili coniugazioni, il desiderio diviene necessità per cui non è più possibile tacerlo, tenerlo per sé.

Il presente lavoro prende le mosse da questi blocchi di partenza, protagonista/atleta è l'uomo che si misura sulla pista aperta della filosofia, la quale offre tutta la sua ricchezza di sistemi di riferimento, dove le singole domande incontrano il comune sentire per cui io leggo te per leggere me, dialogo con te per comprendere me, ti guardo per vedermi; la corsa ha inizio e il fattore tempo gioca il suo ruolo.

Il tempo giusto per l'accadere degli eventi era definito anticamente con la parola *kairòs*, termine che rimane intraducibile in italiano. Il *kairòs* è il tempo nel senso qualitativo, è il bene secondo la modalità temporale, è il tempo per quel preciso ed irripetibile momento, è l'orizzonte del compimento di tutte le condizioni che portano alla concretizzazione di quell'evento che fuori dal *kairòs* sarebbe fuori tempo, inopportuno. L'opportunità è nel *kairòs*, ma l'opportunità si misura in fatti e se ci mettiamo alla ricerca del tempo opportuno per una certa cosa ci accorgiamo che la dimensione kairologica del tempo si dà in stretta connessione con l'agire. La *praxis* esistenziale

si pone all'interno del tempo e ne coglie il *kairòs*: il momento unico ed irripetibile che permette il giusto compimento della azione buona.

Per rimanere all'interno delle categorie antiche possiamo dire che abbiamo anche qui avuto il nostro *kairòs*, ovvero il momento esatto, preciso, non differibile per la realizzazione di un progetto che nel cuore di chi lo ideava era cosa buona, un vero dono, l'unico dono possibile (Cfr. Tagliapietra 2006), il dono che porge la cura: la mia attenzione, il mio tempo, i miei gesti, ovvero ciò che io sono per la tua cura. Il dono apre lo spazio della libertà di azione poiché implica una forte dose di libertà personale, il dono sorprende perché non si piega al calcolo, stupisce perché sancisce un inizio: quello del legame sociale. Il movimento circolare messo in moto dal dono di sé è destinato a non esaurire le risorse del donatore poiché il dono genera e rigenera, si spende senza perdita anzi realizza un sovrappiù rispetto all'ordinario. L'eccedenza che si manifesta crea stupore e meraviglia, colma i vuoti e placa i perché, sa indicare spesso nuove vie. Il dono vero si dona in libertà, esso sovrabbonda e si riversa, è essenzialmente eccesso, è improduttivo e smisurato:

È trasformatore di energia, di una energia che l'uomo non sa quantificare [...] anche nel più semplice dei casi il dono, come pratica dispendiosa, come in amore, come nelle relazioni intersoggettive, materializza simbolicamente contiene tutta l'energia pulsionale che ci orienta verso l'altro, l'incontenibile desiderio dell'altro. (Risaliti 2001, p. 396)

Quando si parla di sovrabbondanza o di eccedenza il pensiero corre al superfluo? Pierre Hadot (2005) si chiede: la filosofia è un lusso? Se gli uomini perlopiù considerano la filosofia un lusso è soprattutto perché appare loro molto lontana dalle occupazioni e preoccupazioni del quotidiano, ma in ultima analisi qual è la cosa più utile all'uomo in quanto uomo? Non è forse l'imparare a vivere una vita umana? Non è forse un tentare di qualificare il tempo dell'intera esistenza? E non è forse proprio la filosofia che dona consapevolezza allo stare al mondo e nel mondo? Conoscere se stessi e l'Universo, la natura, le sue forme, le sue regole accanto alle nostre possibilità, il senso della filosofia è la conoscenza e la conoscenza qualifica, intensifica e dà corpo all'esistenza. Doniamoci quindi questa possibilità.

In definitiva il dono ci appare come un “certo” legame e un “certo” dono di sé, il momento sorgivo che istituisce un inizio, una partenza, il via di un circuito virtuoso che fa accettare il dono e fa venire voglia di donare: il dono della nostra storia, delle nostre esperienze, dei nostri pensieri, realizza negli esercizi di pratica filosofica il terreno fertile del confronto e della condivisione. “Da questo punto di vista la filosofia può essere definita come la pratica dell’autorealizzazione solidale” (Tarca 2006, p. 114). Il dono della filosofia si lega al dono del filosofo e così scopriamo che la Filosofia oltre che come studio, come riflessione, come scrittura, si fa come vita, come pensiero e azione, come pratica esistenziale, perché se c’è una filosofia questa si può dare solo attorno e dentro allo stare al mondo, comunque e qualunque esso sia. Da questo punto di vista risulta ormai chiaro come non sia possibile che fare filosofia in prima persona (Tarca, 2003) e di come questo fare filosofia si possa trasformare in un qualificante esercizio del vivere.

Fin dalla sua nascita il Seminario aperto di pratiche filosofiche si è dato delle regole per un buon esercizio comunicativo a carattere filosofico-esistenziale, le possiamo brevemente riferire ricordando che il seminario doveva, e deve, ospitare una trasmissione biografica-solidale, non competitiva.²

Indipendentemente dal tipo di discorso è sempre presente il riferimento all’esperienza biografica.

Le affermazioni dell’altro sono espressioni del suo sé e delle sue credenze. La comunicazione non è competitiva e/o esclusiva.

L’ascolto dell’altro è aperto ed è sospeso ogni giudizio interpretativo che intenda sostituirsi a quanto ascoltato.

Il contributo e la restituzione di chi ascolta tendono ad esprimersi come un’offerta anamorfica, il che significa la possibilità che il diverso punto di vista scopra altri aspetti di ciò che si è detto, e che questi altri aspetti possano essere liberamente presi in considerazione, o trascurati, da chi guida l’incontro.

2 Per meglio comprendere lo sfondo filosofico dell’esperienza comunicativa biografico-esistenziale si potrà scorrere l’antologia *Primum Philosophari* e specificamente: Tarca 2013.

La tentazione della distruttività nella contrapposizione confutativa deve essere sospesa e riesaminata autoanaliticamente e in silenzio.³

Lo sfondo filosofico tracciato accoglie la nostra domanda di senso e ci offre strumenti di condivisione per arrivare alla migliore conoscenza possibile del problema, troveremo nelle pratiche un sereno contatto con noi stessi e con altri e la filosofia ritornerà ad essere il potente *pharmakon* di antica memoria.

2. *L'orizzonte filosofico e l'impronta analitica. Il Laboratorio di pratiche filosofiche secondo le indicazioni della Filosofia Biografica*

Se, come dice Tarca (2006): “Il *proprium* della pratica filosofica è la capacità di dare vita a forme di esistenza caratterizzate dalla gioia”, allora questo diventa il nostro impegno e da qui partiamo per fondare la presente pratica filosofica.

La cornice che ospita gli eventi di cui siamo testimoni e di cui, più o meno consapevolmente, siamo compartecipi ha un'importanza essenziale nella prospettiva filosofica non meno che in quella analitica. La cura per i luoghi, per lo spazio che accoglie e contiene il nostro entrare, sostare ed uscire da una determinata esperienza è già cura di sé. Gesto dedicato a fare di uno spazio un luogo ospitale, invito implicito al risuonare dell'anima dell'ospite con l'armonia di quanto lo circonda. Provocazione lanciata in direzione dell'apertura di quella facoltà immaginale che attiva la psiche in diverso modo rispetto alla parola, e che affiancata ad essa apre le porte a quell'attività del “fare anima” che, come James Hillman⁴ suggerisce, è attivazione di un'intelligenza, di una capacità di “vedere” e pensare il mondo che partendo dal cuore offre intuizioni e nutrimento alla ragione. Nutrire le nostre idee, stimolando la produzione di quello che lo psicologo

3 Màdera 2003, pp. XXII-XXX, in particolare alle pp. XXVI-XXVII.

4 James Hillman filosofo, psicologo e analista di matrice junghiana (Atlantic City 1926 – Thompson 2011). Americano d'origine ma con una vastissima cultura di impronta europea. Fondatore della Psicologia Archetipica, docente universitario in diverse università americane fra cui Yale, Chicago e Dallas. Scrittore e saggista di fama mondiale, fondatore della rivista *Spring* (1970) e del *Dallas Institute for Humanities and Culture* in cui la psicologia archetipica si fonde con la produzione e la diffusione di cultura.

statunitense definisce il “pensiero del cuore” è un processo complesso, richiede grande attenzione e cura per ogni dimensione dell’umano: per la propria anima (*Psyche*) non meno che per il proprio corpo (*Eros*) e lavoro di analisi attenta e precisa intorno alle proprie idee. Hillman esorta infatti la psicoanalisi a “scendere in strada”, a considerare il “paziente” come un “cittadino” e aprire così la porta dell’analisi alla storia della cultura, ai problemi dell’ambiente e della società in cui la persona che chiede aiuto si trova a vivere. La “cura per le idee”, nel senso della considerazione e messa in discussione dei criteri di giudizio, dei valori, delle tensioni etiche e politiche che informano la nostra visione del mondo, è considerata dallo psicologo statunitense parte fondante della cura per l’anima e a essa invita a dedicare un’attenzione che definirei filosofica non meno che psicologica.

Il *pharmakon* che lo psicologo americano propone a partire dal pensiero di C. G. Jung, ma coltivando in particolare le intuizioni degli ultimi anni di vita del maestro, è una sapiente rivisitazione della prassi psico-analitica⁵ che racchiude in sé il tentativo di recuperare parte della sapienza filosofica (da Platone a Plotino, procedendo in linea retta in direzione della cultura rinascimentale di Vico e Ficino) integrandola alle nuove acquisizioni che il pensiero psicoanalitico ha saputo intuire e teorizzare. La proposta hillmaniana già dalla metà degli anni ’60, si presenta come eretica nell’ambito della psicoanalisi perché vuole essere intreccio di saperi differenti, contaminazione che tiene insieme l’una e l’altra branca del sapere intorno all’umano superando le ristrettezze della psicoanalisi nel senso di una proposta che intende portare fuori definitivamente il sapere psico-logico (che Hillman interpreta come cura *per* l’anima) dall’ambito clinico e collocandolo in senso trasversale rispetto alle scienze umane.

La mossa di Hillman, che qui per ovvi motivi non può essere che accennata, vuole costringere la psicologia a “scendere in strada”, e – liberata dal bagaglio dei propri pregiudizi – a confrontarsi fi-

5 Per un primo avvicinamento al pensiero di James Hillman di capitale importanza è il suo testo dedicato alla rifondazione della psicologia: Hillman 1983. Una panoramica dello stile di pensiero e delle opere di questo autore è presentata invece, in forma antologica, in Hillman 1986. Infine, per un approccio snello ma non meno intenso, prezioso potrà risultare: Hillman 1982.

nalmente con la politica, con i problemi etici sollevati dalle nostre istituzioni, con l'ecologia non meno che con la politica. Intravediamo qui la vera e propria rivoluzione in ambito psicoanalitico nel non considerare più l'individuo sofferente come un *paziente* ma in quanto *cittadino*, ovvero come una persona che riflette in sé (nella propria psiche) le ansie, le angosce e la sofferenza dell'*Anima Mundi*. In questo senso la "terapia" che Hillman propone (definita da lui stesso "terapia delle idee") non è dedicata a persone "malate" ma ad ogni singolo individuo che desideri incamminarsi lungo una via di consapevolezza e di ben-essere. In questo senso la psicoanalisi è compito etico per eccellenza, in quanto ad ogni persona è affidato il compito di prendersi cura della propria anima non meno che della città, dei luoghi e della comunità con cui ogni giorno condivide la propria esistenza. Cade qui la netta cesura fra cura di sé e cura per l'altro, fra interno ed esterno. L'anima del mondo ha bisogno della nostra cura ed attenzione non meno che la nostra psiche individuale, giacché – come Platone insegna – siamo specchi di una realtà che ci contiene, ma allo stesso tempo – chiarificando la nostra visione del mondo – possiamo offrire nuovi riflessi, nuovo senso e diverso significato al mondo che ci circonda.

In questo senso la psicologia, rinnovata dal recupero di una tradizione di pensiero di derivazione eminentemente platonica, deve farsi carico di offrire idee, strumenti e formazione all'altezza di un compito che a questo punto trova non pochi punti di coincidenza con la re-visione della filosofia inaugurata dallo storico e filosofo Pierre Hadot, la cui proposta ha dato un contributo di eccezionale valore per il rinnovamento della filosofia e ottimi strumenti nonché importanti suggerimenti per chiunque intenda operare una contaminazione fra la propria disciplina e l'orientamento filosofico. Si intende qui, con il termine "filosofico" non tanto o non solo un orizzonte teorico, quanto un preciso punto di vista sul mondo, che consenta di interpretare la propria professione o anche semplicemente la propria vita alla luce del sapere filosofico inteso come "stile di vita".⁶

6 Per un primo approccio all'opera di P. Hadot consigliamo: Hadot, 2005. Per una iniziale introduzione al mondo delle Pratiche Filosofiche, decisamente ampio e molto differenziato, un'ottima panoramica è offerta da Brentari, Màdera, Natoli, Tarca, 2006; per un primo approccio ad un "sapere filosofico" che prende av-

Pierre Hadot ci offre un modo decisamente innovativo di (re)interpretare e recuperare la sapienza filosofica a partire dall'idea che essa abbia in sé una potenza trasformatrice di enorme portata e di grandissima utilità anche per l'uomo contemporaneo. La filosofia, in quanto stile di pensiero e di vita, si rivela, secondo Hadot, un ottimo strumento di *cura* per l'anima, un "farmaco" per la mente – spesso inconsapevole di quanto sia ingabbiata nelle strettoie dei pregiudizi e presa al laccio da un pensare reso asfittico dalla cultura dominante. Praticare quelli che Hadot definisce "esercizi spirituali" (o filosofici) con costanza è dunque un modo altro per risvegliare la coscienza, nutrire le idee, raffinato strumento per affrontare con spirito libero e mente aperta le difficoltà del vivere quotidiano. La filosofia rinnovata, o per meglio dire ri-vista, viene offerta nell'ambito di quella vasta area definita oggi come "Pratiche Filosofiche" come via di ricerca indirizzata alla presa di coscienza e alla cura di sé e del proprio ambiente (del contesto in cui ognuno di noi si trova ad operare) e in quanto via regia per tentare una risposta alla pressante domanda di senso che percorre trasversalmente, nelle ansie individuali non meno che nella decadenza delle istituzioni, ogni ambito della nostra società.

Opera di grande respiro e di importanza capitale quella di Hadot, passo fondamentale in direzione del rinnovamento della filosofia che da mera attività teoretica, o semplice trasmissione di saperi congelati in teorie dal sapore accademico, si fa strumento di saggezza e bagaglio di conoscenze e strumenti utili – trasversalmente ai diversi ambiti disciplinari – anche al rinnovamento di molte pratiche dedicate alla conoscenza e alla cura per l'essere umano.

Mi riferisco qui in particolare alla psicoanalisi, e al modo specifico in cui Romano Madera,⁷ prendendo le mosse dalla propria esperienza di vita, dalle esperienze professionali e dall'amicizia con L.

vio dalle indicazioni di Hadot ma procede con uno stile marcatamente biografico e improntato in direzione della *cura di sé* individuale ma anche per gruppi cfr: Madera e Tarca 2003.

7 Romano Madera è professore ordinario di Filosofia morale e Pratiche filosofiche presso l'Università degli Studi di Milano Bicocca, scrittore e saggista sia in ambito filosofico che psicoanalitico. Psicoanalista e didatta junghiano, membro dell'Associazione di Psicologia Analitica Internazionale (IAAP) e italiana (AIPA); promotore con il Prof. L. V. Tarca del Seminario Aperto di Pratiche Filosofiche di Venezia (presso l'Università Ca' Foscari di Venezia). Fondatore della

V. Tarca (con cui fondò il Seminario Aperto di pratiche Filosofiche di Venezia negli ultimi anni '90) partendo anche dalle suggestioni hadottiane, ha tentato una interessante integrazione fra psicoanalisi junghiana e pratiche filosofiche dedicata al rinnovamento della pratica analitica non meno che della filosofia, sia in ambito individuale che nella formazione per gruppi.⁸

Suggerisce Màdera, dal mio punto di vista per molti versi – anche se in differente proporzione – in risonanza con Hillman, Hadot e Tarca che il grande apporto che l'orizzonte filosofico può dare alla vita, nel suo svolgersi quotidiano, sta nell'aprirsi e nel dilatarsi dello sguardo

[...] a una esperienza tesa a un senso che trascenda il ristretto cerchio degli interessi e delle convinzioni dell'io. [...] Questa è la scelta di chi trae dall'esperienza la motivata convinzione che si deve procedere in accordo con la propria natura, che la felicità possibile sta nel corrispondere e che la natura dell'umano è tutta quanta – anche nei suoi processi volti alla tecnica, alla sopravvivenza, alla quotidianità – nella capacità di vedere altrimenti, e quindi di porsi domande e di darsi un orientamento di senso. (Màdera 2006, p. XLVIII *Introduzione*)

Per altro verso, l'innesto dei saperi della psicologia del profondo nell'ambito delle pratiche filosofiche, che pure si dedicano alla cura dell'anima non meno che del corpo e della ragione, rappresenta a mio parere un passo avanti decisivo rispetto alla concezione stoica, e in generale del mondo antico, che manca di una chiave di lettura fondamentale per intendere le sconfitte della volontà e gli inciampi della ragione. La comprensione, o perlomeno la possibilità di un'e-segesi della fenomenologia dell'Inconscio fornisce a noi, eredi delle grandi intuizioni della psicoanalisi e delle nuove scoperte nell'ambito delle neuroscienze,⁹ la possibilità di interpretare l'onda lunga e gli effetti di realtà di quella zona d'ombra che chiamiamo *inconscio* non solo come uno scacco per la Ragione, bensì come opportunità reale

Scuola Superiore di Pratiche Filosofiche "Philo" in Milano. Oltre alle opere già citate consigliamo, per un avvicinamento al suo pensiero: Màdera 2006.

8 In questo cfr: Màdera 2012. Per quanto attiene in modo particolare al presente scritto, consigliamo l'ottima introduzione redatta dallo stesso Màdera.

9 Per un primo passo in questo campo cfr. Rizzolatti, Sinigaglia 2006.

di trasformazione stimolata proprio dal nostro stato di malessere, dai “sintomi” che ci affliggono e che possono essere accolti e interpretati come accorate “parole dell’anima”. Ogni sintomo, ma anche ogni evento, può essere interpretato “psicologicamente”, a partire da uno sguardo attento nei confronti dell’anima. Quest’opera di cura, di attenzione consapevole e di esegesi del quotidiano apparire dei volti dell’anima è compito umano, dovere etico per eccellenza cui dovremmo dare il giusto spazio e una rinnovata attenzione.

Interpretare i “fatti” a partire dallo sguardo di Psiche è l’*Opus Magnum* di ogni essere umano, che rende giustizia all’anima svelando il senso e il valore della sua sofferenza e offrendo cornici di senso alla coscienza dell’io. Mancare a questo compito significa in definitiva impoverire la funzione simbolica (Jung) e ridurre il pensiero, e la vita, a una serie di calcoli e di gesti che si ripetono in uno spazio vuoto di senso e di valore.

Ecco allora che il lamento di un’anima impoverita e resa sterile da una tendenza sbilanciata del nostro io si farà sentire sotto forma di sintomi... come parola di un corpo sofferente (sintomi psicosomatici) o come silente lamento percepito come l’impossibilità di dare un significato autentico alle nostre azioni, o ai nostri giorni. La sofferenza esistenziale appare spesso come una lacerazione di senso nelle stanze della nostra quotidianità e ci rende avvertiti del fatto che ci dobbiamo fermare. Che il nostro sistema di valori, i criteri di giudizio, le modalità di relazione che fino ad ora ci hanno fatto da guida devono essere attentamente riconsiderati, che dobbiamo prenderci il tempo per fare un “inventario” della nostra esistenza e impostare il cammino secondo una diversa direzione... se non vogliamo che, come mi disse un compagno di analisi, “ogni giorno non sia altro che la sbiadita fotocopia del giorno precedente”.

Il sintomo allora può essere considerato non più solo come un fastidioso intoppo da eliminare, ma *anche* come opportunità di relazione e di dialogo con una diversa dimensione (in noi) che attraverso questa “crepa” nella muraglia difensiva dell’io apre il passaggio ad un raggio di Luce, alla possibilità di avventurarsi nel proprio spazio interiore alla ricerca di nuove suggestioni, di un diverso nutrimento che possa far fiorire nuove idee e germogliare un senso nuovo al nostro andare.

Il venir meno dei significati dell'esistenza non è solo il frutto di una perdita decisiva, o di un rovescio di fortuna nei progetti vitalmente più importanti: è naturalmente anche questo, ma il frutto della sventura porta con sé l'essenza di qualcosa di enormemente più nostro, che ha a che fare con la struttura infinita del nostro desiderio di riconoscimento, di empatia, di memoria, di fiducia, di perdono – e quindi di significato e di valore. (Màdera 2012, p. XLIX *Introduzione*)

[...] psicologizzazione significa analizzare non solo la nostra personalità e il nostro materiale psicologico, come i sogni e i problemi, ma anche le idee con cui guardiamo la nostra personalità e il nostro materiale psicologico. [...] Significa guardare alle strutture che racchiudono la nostra coscienza, alle gabbie entro cui siamo seduti e alle sbarre di ferro che formano le grate e le difese della nostra percezione. [...] Questo interrogarsi psicologico, questa *reflexio* che rivolge le sue idee su se stesse per vedere in trasparenza fino a scorgere la loro portata per l'anima, fa anima. (Hillman 1992, p. 224)

Questo uno dei punti focali attorno a cui ruota la mia ricerca, sia in campo personale che professionale, e questo il comune territorio in cui si possono ritrovare ed intrecciare le suggestioni degli autori da cui ho preso le mosse per i miei primi passi e da cui ancora oggi mi sento ispirata. E in fondo tutto il mio lavoro potrebbe essere riassunto nel desiderio di ridare senso e valore al vivere quotidiano a partire da uno sguardo che sappia riallacciare creativamente le acquisizioni contemporanee al lascito della saggezza antica, alle parole, alle pratiche e ai saperi di chi ci ha preceduto.

3. *Pratiche filosofiche per la medicina*

Questa proposta nasce come il tentativo di legare assieme i nostri saperi per offrire (entro e fuori dagli ambiti istituzionali) al disorientamento e al disagio esistenziale dei medici una pratica a sostegno della fatica del quotidiano e una possibilità di ampliamento dello spazio interiore di ognuno, di rinnovamento dei sensi del proprio esistere. Non possiamo cambiare i fatti o offrire facili quanto mo-

mentanee soluzioni (questo è un evento impossibile), ma possiamo impegnarci ad aiutare le persone innanzitutto a “fare esperienza” della Bellezza e della ricchezza (cognitiva oltre che umana) della condivisione di parti della propria esperienza, delle proprie idee, valori ed emozioni nel contesto di un laboratorio.

In nostro impegno si è mosso in direzione di un percorso formativo che, rifacendosi al principio del sincretismo metodologico, toccasse e stimolasse una dopo l'altra le diverse dimensioni della persona: dalla dimensione *corporea*¹⁰ (chiamata in gioco da un breve momento di meditazione guidata) alla dimensione *psichica*, provocata dalla melodia di una giovane violinista mentre il gruppo avanzava lentamente nella contemplazione di immagini fotografiche d'autore.¹¹ E infine ecco che l'esperienza individuale, riportata alla dimensione narrativa e dialogica del gruppo nel suo insieme, viene offerta alla riflessione e restituita alla coscienza dell'io, alla *mente*.

Il dialogo filosofico qui si fa stimolo cognitivo ed etico al contempo, intreccio di narrazione autobiografica, riflessione filosofica intorno ai temi emergenti dal racconto dell'esperienza di ognuno, ed infine allenamento ad una corretta postura etica dei dialoganti tipica del filosofare.¹²

Di rilevanza fondamentale per la nostra esperienza e per ogni riflessione che ci ha portate ad elaborare questo stile formativo, l'e-

10 La storia di ognuno è (in)scritta essenzialmente nel corpo, e nella memoria corporea ritroviamo il filo con cui si tesse la nostra stessa bio-grafia. “L'inclusione del corpo nelle pratiche filosofiche non risponde solo all'esigenza di porsi nell'intero [...] ma, storicamente, vuole richiamare l'agire terapeutico a una delle vie più ricche di sperimentazione del limite, entro una cultura della dismisura come quella licitazionista”. (Màdera 2012)

11 Allestiamo, in occasione dei laboratori, una mostra fotografica con le immagini di Maurizio Pichi (maurizio@pichi.it). Attimi strappati alla banalità del quotidiano, piccoli gesti, espressioni, oggetti di uso comune illuminati da uno sguardo capace di risuonare con le molte armonie che ci circondano. Sguardo intenso che cattura l'attenzione dell'osservatore e, per empatia, attiva quella facoltà immaginale che apre le porte ad un modo di “vedere” il reale da una prospettiva simbolica. Che riallaccia, per istantaneo rapimento estetico, il racconto di un'immagine – mediato dalla sensibilità dell'artista – alla trama autobiografica dell'osservatore, offrendosi come spunto per una nuova e diversa narrazione di sé.

12 Cfr. le notazioni in merito alle 5 regole del dialogo biografico-solidale introdotte da Tarca e Màdera nel contesto della comunicazione di gruppo esposte in questo scritto nella parte introduttiva.

sperienza vissuta in tanti anni all'interno del Seminario di Pratiche Filosofiche di Venezia e il pensiero di Luigi Veronesi in merito alla dimensione integrale in cui inserire ogni evento, se inteso alla luce di un orizzonte filosofico. La filosofia, afferma Tarca, è caratterizzata da una paradossalità essenziale:

per un verso essa costituisce una dimensione particolare dell'esistenza e della cultura; per un altro verso la sua specificità consiste proprio, essenzialmente, nel suo riferimento alla *totalità* [...] possiamo dire che da un certo punto di vista ogni momento della vita e ogni pratica dell'esistenza può essere una pratica filosofica; anzi, in un certo senso deve costituire qualcosa di filosofico. E tuttavia noi dobbiamo intendere la pratica filosofica come una determinata pratica, per esempio come la pratica volta all'edificazione di un luogo (in senso lato) in cui ci si esercita ad assumere quell'atteggiamento di consapevolezza che può poi essere rivissuto in ogni specifica pratica. Quello dell'allenamento è un momento specifico; e tuttavia in primo luogo esso ha senso proprio in relazione alla sua applicabilità alla vita reale. (Tarca 2006, p. 135)¹³

L'"atteggiamento religioso" (che etimologicamente rimanda all'aver cura, attenzione scrupolosa verso quanto ci circonda e verso il divino, il saper legare e tenere assieme...) e "che nulla ha a che fare con la confessione di una fede o l'appartenenza a una chiesa" (Jung 1992) è la via millenaria inevitabile se la ricerca riguarda la stabilità emotiva e l'*eudaimonia*, il ben-essere dell'anima, ovvero una stabile condizione di serenità visitata da un sentimento di gioia capace di esprimersi "nonostante" la presenza del negativo.

La "postura" religiosa allora rimanda alla ricerca e alla disciplina necessaria per favorire quell'atteggiamento di ascolto profondo, di cura e attenzione per sé e per l'altro che – proprio per il movimento

13 L'orizzonte teoretico di cui Tarca è portatore pone l'accento sull'integralità come orizzonte in cui collocare ogni esperienza dell'umano e la non-opposizione come postura teorica e relazionale tipica del fare filosofico. L'autore valtellinese ha contribuito fra l'altro a dar vita e a tenere assieme un gruppo fatto di amici – filosofi e non solo – che condividono e scambiano interessi, riflessioni teoriche, ricerca filosofica e – gioiosi! – momenti di vita da oltre un decennio. L'elaborazione teorica di questa esperienza ha poi condotto alla formulazione di una specifica metodologia di formazione per gruppi che è stata presentata durante il Convegno e che qui viene raccolta. Per un'introduzione al suo pensiero, cfr. Tarca 2001.

di trascendenza dal cerchio ristretto delle brame dell'io in direzione del sentire l'unità e l'intima connessione con tutto e con tutti – consente di raggiungere la felicità possibile su questa terra e aprire le porte della percezione per poter: “Vedere il Mondo in un grano di sabbia/e il cielo in un fiore selvatico/l'infinità nel palmo di una mano/e l'eternità in un'ora”.¹⁴

4. Conclusioni

Vicino è solo il Dentro; tutto l'altro è lontano. / E questo Dentro è denso e quotidiano / folto di cose e del tutto indicibile. [...] (Rilke, *L'isola – Mare del nord – III*)

Il poeta tedesco Rilke introduce, con la magia del linguaggio poetico, il tema dell'esperienza del vivere quotidiano, argomento attorno al quale Raimon Panikkar ha scritto parole davvero inaudite, che hanno operato un riscatto e una valorizzazione dell'esistere con consapevolezza, tale per cui, secondo la sua prospettiva, chi vive in pienezza la propria realtà attinge al grandioso serbatoio della mistica:

La realtà la pensiamo; la vita la sperimentiamo direttamente. [...] La mistica non è una visione astratta. Non vede il Tutto, ma vede il fiore – nella sua totalità. La grande difficoltà del linguaggio sta nella sostanzializzazione dei nomi per così individualizzarli. Per la mistica tutti i nomi sono comuni, i cosiddetti sostantivi, sono verbi. Il fiore è fiore perché fiorisce nel giardino della realtà e “nuvola” è ciò che “annuvola” il firmamento del reale, sia fisicamente che metaforicamente. (Panikkar 2005, p. 41)

L'intento del laboratorio è quello di realizzare un cammino dentro alla bellezza, che possa offrire cura a coloro che si avvicinano a questa proposta e perciò si realizza come ambiente accogliente, dove un'apertura artistica (ad esempio con musica di violino dal vivo e con una mostra di foto d'autore) è accompagnata dalla lettura di aforismi o passi tratti dalle opere degli autori guida.

14 Come celebra il famoso aforisma di William Blake.

Lo squarcio aperto nella filosofia teoretica dalle riflessioni di Màdera e Tarca e l'accostamento realizzato con Hillman e Hadot aprono, per le nostre pratiche, una pista feconda nel flusso del pensiero contemporaneo, nel quale può entrare a pieno titolo l'originale e singolare proposta di Raimon Panikkar:¹⁵

L'esperienza è immediata, non ammette intermediari, è il contatto diretto con la vita: l'esperienza si riconosce in quel *interior intimo meo* (più interno del mio intimo) di sant'Agostino. Nell'esperienza si compenetra ciò che è "sperimentato". Per definizione non c'è un *a priori* dell'esperienza nell'ordine della coscienza. Non c'è niente di anteriore al dato della coscienza eccetto il dato stesso che apprendiamo proprio nell'esperienza. [...] L'esperienza è dono – il dono della Vita nel nostro caso. (Panikkar 2004, p. 67)

Abbiamo qui vissuto la nostra esperienza che per una parte si è lasciata riflettere, per un'altra ci ha lasciato addosso il desiderio di continuare a coltivare l'amicizia filosofica ispirata dalle parole dei Maestri, dalle immagini proposte e dalla levità delle note musicali.

Bibliografia

- Brentari, Carlo, Madera Romano, Natoli Salvatore, Luigi Vero Tarca (a cura di) (2006). *Pratiche filosofiche e cura di sé*. Milano: Bruno Mondadori.
- Candiotto, Laura, Tarca Luigi Vero (a cura di) (2013). *Primum Philosophari, Verità di tutti i tempi per la vita di tutti i giorni*. Milano-Udine: Mimesis.
- Hadot, Pierre (1998). *Che cos'è la filosofia antica?*. Trad. it. di E. Giovanelli. Torino: Einaudi.
- (2005). *Esercizi spirituali e filosofia antica*. Trad. it. di A. Marietti, A. Taglia. Torino: Einaudi.
- Hillman, James (1983). *Re-visione della psicologia*. Trad. it. di A. Giuliani. Milano: Adelphi.

15 Raimon Panikkar filosofo, teologo, costruttore instancabile del dialogo interreligioso lo si può incontrare ancora perfettamente vivo nelle parole che con abbondanza ha lasciato camminare nel mondo. Si possono recuperare nel web straordinarie video interviste: <http://www.youtube.com/watch?v=BIELJERXyEo>. Ultima consultazione 15/5/2014.

- (1986). *Fuochi Blu*. Trad. it. di A. Bottini. Milano: Adelphi.
- (1982). *L'anima del mondo e il pensiero del cuore*. Trad. it. di A. Bottini. Milano: Adelphi.
- Jung, Carl Gustav (1992). *Gli archetipi dell'inconscio collettivo*. In: *Opere*, vol. 9, tomo 1. Trad. it. di E. Schanzer, A. Bitolo. Torino: Bollati Boringhieri.
- (2003). *Ricordi, sogni, riflessioni*. Trad. it. di G. Russo. Milano: Rizzoli (BUR).
- Màdera, Romano (1998). *Carl Gustav Jung. Biografia e teoria*. Milano: Bruno Mondadori
- (2003). *Appunti biografici di un praticante*. In R. Màdera, L. V. Tarca (2003), *La filosofia come stile di vita. Introduzione alle pratiche filosofiche*. Milano: Bruno Mondadori, pp. XXII-XXX.
- (2006). *Il nudo piacere di vivere. La filosofia come terapia dell'esistenza*. Milano: Mondadori
- (a cura di) (2008). *Le pratiche Filosofiche nella formazione. Adulità 27* (numero monografico della rivista). Milano: Guerini.
- (2012). *La carta del senso. Psicologia del profondo e vita filosofica*. Milano: Cortina Editore.
- Màdera, Romano, Tarca Luigi Vero (2003). *La filosofia come stile di vita. Introduzione alle pratiche filosofiche*. Milano: Bruno Mondadori.
- Marchetti, Bruna (marzo 2008). *Le due forme del pensare e la pratica analitica post-junghiana: riflessioni in gioco fra psicoanalisi e filosofia*, in “Adulità”, Milano.
- Panikkar, Raimon (2008). *L'esperienza della vita, la Mistica*. Trad. it. di M. Carrara Pavan. Milano: Jaca Book. Ora in Panikkar, Raimon (2011). *Opera Omnia, Mistica e spiritualità*. Trad. it. Di M. Carrara Pavan. Milano: Jaca Book.
- (2010). *Vita e Parola, la mia opera*. Trad. it. di M. Carrara Pavan. Milano: Jaca Book.
- Rizzolatti, Giacomo, Sinigaglia Corrado (2006). *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Cortina Editore.
- Tagliapietra, Andrea (2006). “Il dono del filosofo. Sulla gratuità dell'atto filosofico”. In: Brentari, Carlo, Màdera, Romano, Tarca, Luigi Vero (a cura di). *Pratiche filosofiche e cura di sé*. Milano: Bruno Mondadori, pp. 67-80.
- Tarca, Luigi Vero (2001). *Differenza e negazione, per una filosofia positiva*. Napoli: La Città del Sole.
- (2006). “Pratiche filosofiche e cura di noi”. In: Brentari Carlo, Màdera Romano, Tarca, Luigi Vero (a cura di), *Pratiche filosofiche e cura di sé*. Milano: Bruno Mondadori, pp. 114-143.
- (2009). *Raimon Panikkar e la razionalità occidentale*, in Carrara-Pavan, Mi-lena (a cura di), *I mistici nelle grandi tradizioni*. Milano: Jaca Book, pp. 203-229.

MAURO SEMENZATO

IL CORPO E LA CITTADELLA INTERIORE

Pratiche di ascolto e parola per la cura di sé e delle relazioni

Come i medici hanno sempre a portata di mano i loro strumenti e i ferri per i casi urgenti, anche tu abbi sempre pronti con te i principi necessari per la conoscenza delle cose divine e umane, e per comprendere sempre anche le più piccole azioni in modo da ricordarti del legame reciproco che le unisce.

Marco Aurelio

Abstract:

The aim of this paper is to propose a philosophical practice workshop, specifically conceived for physicians. I start by describing the structure and the contents of the workshop, then I present more in depth its theoretical background, before drawing some conclusions about the importance of such philosophical practice for physicians and for medicine itself.

The workshop includes an individual practice inspired by late stoicism and based on phenomenological self observation, a dyad practice centered on biographical sharing and phenomenological listening, and a group practice based on philosophical dialogue and biographical communication. I present self reflection, reciprocal listening, dialogue and group thinking as the basis for the construction of a living and supportive community of physicians. I argue that philosophical practice can provide specific means for facing the deep existential themes that lie underneath the surface of technical efficiency or inefficiency in medical praxis. Finally I explain why this could be a support for physicians and a cure for medicine itself as a human practice.

1. Metodo e strumenti

In questo laboratorio di pratiche filosofiche per medici vengono offerti uno spazio e un tempo per praticare una concreta esperienza di ascolto e comunicazione che sia il più possibile libera da ruoli, aspettative, pregiudizi, identificazioni e necessità di intervento, sostenuta da uno specifico atteggiamento che potremmo definire ‘fenomenologico’ o ‘contemplativo’ e, dunque, intrinsecamente filosofico. A tale scopo è previsto un intervento strutturato in tre momenti: uno individuale, uno a coppie e uno in gruppo.

Nella prima parte, viene proposta una rivisitazione dell’esercizio stoico di delimitazione dell’Io (Semenzato 2013), tratto dalle indicazioni che Marco Aurelio fornisce nei propri quaderni (Ceva 1989) e dalla rilettura che ne offre Pierre Hadot (1992). In questa pratica, i partecipanti vengono accompagnati verbalmente in un ritorno percettivo a se stessi (*epistrophè*) e verso un’esperienza di presenza mentale (*prosochè*) partecipe ma distaccata, il più possibile neutrale, al proprio corpo e ai moti che lo attraversano, primi fra tutti i movimenti involontari del respiro e del battito cardiaco. Attraverso questi ultimi, in particolare, viene evocata l’appartenenza del corpo e dei suoi processi al percorso evolutivo della vita sulla Terra, ricollegando l’esperienza incarnata e individuale del momento presente all’orizzonte dell’intero, per trovarvi sostegno e affidamento. Elementi chiave di questa prima pratica sono: il raccoglimento nelle percezioni interiori; la neutralità dell’osservare; la centratura nel momento presente; la consapevolezza dello sfondo interale e della propria appartenenza ad esso.

Nella seconda parte, ai partecipanti viene richiesto di dividersi in coppie per alternarsi nel ruolo di parlante e ascoltatore. La consegna per l’ascoltatore è di mantenere il più possibile un atteggiamento di ascolto neutrale, partecipe ma non reattivo, simile a quello sperimentato nella fase precedente, mentre quella per il partner è di parlare di un particolare episodio o di un aspetto della propria esperienza nella professione medica che sia stato vissuto come difficile o, in qualche modo, problematico sul piano umano. All’ascoltatore non è fatto rigido divieto di intervenire, ma è richiesto di automonitorarsi, cercando di non perdere il contatto con se stesso, con il proprio sfon-

do corporeo e con l'esperienza sentita della vita che lo attraversa nel momento presente – così come attraversa il corpo dell'altro e di ogni essere vivente – supporto e contenitore di tutte le storie, le parole e i vissuti possibili.

Nella terza parte, infine, ci si riunisce in gruppo per una restituzione dell'esperienza appena fatta: un'ulteriore occasione per praticare l'ascolto e la parola, secondo le modalità di comunicazione che, da sempre, caratterizzano il Seminario Aperto di Pratiche Filosofiche di Venezia (Tarca 2013). È un'opportunità per condividere diversi pensieri e punti di vista sull'esperienza dell'ascoltare e dell'essere ascoltati, sul farsi carico o meno delle difficoltà dell'altro – e in che misura – su quanto e come sia possibile mantenere una distanza di sicurezza e un'attenzione alla cura di sé pur predisponendosi all'accoglienza dell'altro, su quali siano per ciascuno gli atteggiamenti e le posture d'ascolto più spontanee e quanto siano effettivamente funzionali, oltre che sulle specifiche difficoltà che si incontrano nell'esercizio della professione.

2. Pratiche filosofiche per la medicina

Il medico, come e forse più di chi esercita altre professioni d'aiuto, è costantemente sottoposto alla pressione etica ed emotiva delle richieste e delle aspettative del paziente. Aspettative non sempre ragionevoli, talvolta non realistiche, soprattutto se non accompagnate da una reale disponibilità al cambiamento e da una personale messa in gioco nel percorso terapeutico. Il quadro diventa ancora più complesso nel momento in cui intervengono le aspettative e le richieste dei familiari del paziente, con tutte le dinamiche affettive e relazionali ad esse legate. È la complessità può rasentare il paradosso, se tutto questo viene ad inserirsi in un contesto che strutturalmente impone, per esempio, di dedicare non più di dieci minuti a paziente, applicando protocolli e procedure standardizzate, con un sottofondo mediatico che oscilla schizofrenicamente tra l'esaltazione dell'onnipotenza della medicina scientifica – ovvero della tecnica e delle sue 'magnifiche sorti e progressive' – e lo sbandieramento degli scandali della malasanità, che gettano l'ombra del sospetto e del discredito sull'intera

classe medica. Senza contare la spinosa problematica del rapporto con le case farmaceutiche, con le politiche sanitarie, con la gestione economica delle strutture ospedaliere e le pastoie della burocrazia.

Funzionario di un gigantesco apparato che ormai ben poco ha di umano, il medico vive il paradosso di essere pur sempre una persona di fronte a un'altra persona – e di fronte a se stessa – a confronto con temi come la vita, la morte, il bene, il male, la speranza, la sofferenza, la perdita, la salvezza.

Eppure la medicina, intesa non più come arte bensì come tecnica e scienza applicata, non può che rimanere muta e sorda di fronte a simili temi e ai pressanti interrogativi che ne scaturiscono. La sola risposta che la tecnica conosce, dinanzi all'ostacolo del male, è l'efficacia dell'eliminazione. Ma, laddove l'eliminazione del male non riesca o sia resa problematica dall'indocilità dell'umano all'applicazione delle procedure standardizzate, così come laddove il successo terapeutico non riesca a pacificare tutto ciò che nell'esperienza umana eccede la mera efficacia materiale della tecnica, non resta che l'abisso ingovernabile della domanda. Qui la medicina viene meno. E il medico rimane in prima linea, solo e privo di sostegno.

Sostare assieme sull'orlo dell'abisso, lasciarsi interpellare dalle sue profondità, accogliere i discorsi che ne nascono e intrecciarli in dialoghi che intessano trame di senso per l'esistenza è sempre stato il compito della filosofia. Si badi bene, con ciò non si intende che la filosofia sia dunque depositaria delle risposte decisive e del sapere che salva. S'intende piuttosto che la pratica del filosofare consiste nel soffermarsi assieme in reciproco ascolto, con uno sguardo lucido e comprensivo, senza indietreggiare né deviare, di fronte alle domande fondamentali che la vita ci pone e che ci richiamano alla messa in questione del senso stesso del nostro agire e del nostro essere nel mondo. Un richiamo che spesso è occasionato dall'esperienza del dolore, della perdita, della lacerazione esistenziale; ma anche, fortunatamente, dall'esperienza della meraviglia, dell'incanto, del sacro brivido che ci può cogliere ogni volta che ci misuriamo con il senso di appartenenza all'orizzonte dell'intero. Due facce della stessa medaglia. Due modi di aderire pienamente a ciò che siamo. Due modi di esperire la nostra finitezza, di fronte all'annunciarsi di quel che ci oltrepassa.

Ma per filosofare occorrono un tempo e uno spazio in cui si possa dialogare, finanche con se stessi. Occorre potersi sottrarre, per qualche istante almeno, alla ripetizione acritica e acefala delle procedure in cui siamo inseriti, che ci obbliga a saltare compulsivamente da un dettaglio all'altro, incalzati dall'urgenza del 'fare', dimentichi dell'orizzonte che dà senso al nostro agire.

Prendersi il tempo, si potrebbe dire, è il primo e indispensabile gesto filosofico. Prendersi il tempo e sollevare lo sguardo. Inserire una discontinuità nella reiterazione automatica delle abitudini, di ciò che è dato per scontato, di ciò che 'si' dice, 'si' pensa e 'si' fa, per dirla con Heidegger ([1927] 1976, pp. 162-167). Aprirvi uno spazio di sospensione che consenta, innanzitutto, di mettersi in ascolto.

In ascolto di sé, per esempio. E del proprio corpo nel momento presente. Per riprendere contatto con tutta la ricchezza della realtà fenomenologica e con tutto il sostegno, tutta la sicurezza e la problematicità, tutte le informazioni che il corpo vivo può ricevere e offrire nel suo rapporto con il mondo. Come primo passo verso la cura e la tutela di sé, ma anche come prima riaffermazione di un proprio spazio di presenza e possibilità, in direzione di un affrancamento – almeno momentaneo – dalla dittatura degli automatismi corporei e mentali socialmente acquisiti. Come pratica che predisponga alla pulizia dello sguardo e del pensiero, attingendo alla fiducia negli automatismi (innati, questa volta) con cui la vita, abitandoci, sostiene e contiene ogni nostro singolo gesto.

La vita, scrive Salvatore Natoli, "...vuole eternamente se stessa, si vuole in ciascuno di noi, si vuole soprattutto oltre ogni dolore" (2000, p. 3). Essa vive attraverso e al di là di ogni morte. "Nessuna morte, infatti, si è mai costituita come una seria obiezione alla vita" (p. 27). E questo è forse un punto di capitale importanza per chi, come il medico, agisce in nome della vita – che, volendo rigenerarsi e fare spazio a se stessa, include e prevede la morte "perché il mondo resti sempre giovane" (Marco Aurelio, VII, 25) – ma si trova ad operare nell'orizzonte culturale dischiuso e dominato dalla tecnica che, invece, per uccidere la morte vuole essere potente sulla vita.

Ascolto di sé, dunque, e della vita in se stessi: come pratica di consapevolezza, di pulizia interiore, di presenza mentale e rigenerazione dell'esistenza incarnata. Come ricollocazione di sé nell'o-

rizzonte del mondo. E come predisposizione all'ascolto dell'altro: secondo passo fondamentale della pratica filosofica.

Giacché, se il coglimento della verità accade sempre nella forma dialogica (Candiotti 2013), la radice del dialogo è nella pluralità delle esistenze. Non soltanto l'esistenza è sempre incarnata in un corpo e in un mondo, ma l'essere-con-altri-in-un-mondo è costitutivo del mio stesso esserci. Io ci sono perché la vita mi abita e mi attraversa – perché, volendo se stessa, si vuole in me – ma anche perché mi accoglie e mi sostiene, volendosi in altri senza i quali non sarei. La vita – intesa finora come *zoè*, come vita biologica – volendosi in me si dipana in un *bios*, in una vita individuale che è anche storia, racconto, continua ricerca di senso, di forma e compiutezza (Natoli 2000). La vita biologica si fa vita biografica. Ma non esiste vita, in questo senso, che non si costituisca e non si articoli in un intreccio di vite, in una molteplicità di biografie, tra loro variamente annodate: a partire dalla vita di coloro che mi hanno messo al mondo, amandomi almeno quel tanto che bastava per permettermi di sopravvivere e crescere, fino ad arrivare alla vita di chi mi sta di fronte ora e, con il proprio sguardo, con il proprio corpo, con la propria storia, mi interpella.

Come e quanto possono cambiare la qualità e l'esperienza dell'incontro con l'altro – sia esso un paziente, un collega, un amico o un estraneo – se nell'ascoltarlo e nell'accoglierlo non smetto di ascoltare e accogliere me stesso? Se non smetto, soprattutto, di essere in contatto con lo sfondo che ci accoglie e ci sostiene entrambi? Essere presente, qui ed ora, pienamente ingaggiato nel vivo della relazione ma anche, al tempo stesso, ben protetto tra le mura della mia 'città-interiore', quella da cui posso esercitare uno sguardo panoramico, come dall'alto, dalla prospettiva dell'intero che tutto contiene. Essere consapevole che se, da un lato, il mio ruolo e le aspettative di cui è gravato mi chiamano a fare, a intervenire, a risolvere – ed è giusto che risponda alla chiamata, almeno per quel tanto che coincido con il mio ruolo – dall'altro è possibile uno sguardo che accolga tutto ciò che accade, comprese le parole dell'altro e le mie reazioni ad esse, come semplici manifestazioni della verità, della vita che si dipana di fronte a se stessa.

È possibile essere testimoni equanimi e sereni di questo dipanarsi. Ma non è facile né immediato. È qualcosa che richiede pratica. Una

pratica filosofica, per l'appunto, intesa come graduale trasformazione dello sguardo che consenta una diversa qualità dell'ascolto, in una misurata mescolanza di coinvolgimento e distacco.

È importante, inoltre, riservare uno spazio di accoglienza e condivisione per ciò che di noi non coincide con il ruolo professionale, anche se dall'esperienza professionale è messo alla prova e sollecitato. La condivisione biografica diventa allora occasione di riconnessione: con altre parti di sé, rimaste troppo a lungo sullo sfondo, ma anche con l'altro che mi ascolta e che io a mia volta ascolto. Nel caso in cui si tratti di un collega, ciò significa anche riconnettersi all'intero della propria categoria professionale: non più come una categoria astratta, fatta di elenchi, titoli e adempimenti burocratici, bensì come comunità vivente, fatta di persone che condividono – pur con sfumature ed esperienze diverse – la medesima vocazione, le medesime difficoltà, le medesime domande.

La condivisione biografica, infine, prepara il terreno, crea l'humus ideale per la pratica del pensare assieme, dialogando filosoficamente. Quel che ne uscirà sarà un pensiero umile e fecondo: umile perché vicino alla terra, nutrito di vita e di esperienza, di concreta umanità; fecondo perché capace di accogliere e tenere assieme molteplici punti di vista, di rovesciare luoghi comuni e posizioni consolidate con il vomere del dubbio e della critica, di ridare senso, prospettiva e profondità alle trame dell'agire quotidiano, riscoprendo o componendo relazioni: logiche, simboliche e affettive. Relazioni, dunque, pienamente umane. Finalmente adeguate, perciò, all'umanità di chi, tra le procedure asettiche dell'apparato e la cieca potenza della tecnica, intende pur sempre mettersi al servizio degli altri, della vita e del bene, nella quotidiana pratica dell'arte medica.

3. Conclusioni e prospettive

Credo che da quanto scritto emerga con sufficiente chiarezza l'importanza che può avere per il medico la cura per la propria *humanitas*. Le dimensioni dell'ascolto di sé, dell'ascolto reciproco, della condivisione biografica e del pensare dialogale comunitario sono, a

mio avviso, componenti essenziali di questa cura. È una cura che va controcorrente, è bene saperlo. Perché stimola a riconoscere se stessi e gli altri come soggetti creativi in relazione, non come oggetti da manipolare tecnicamente, per quanto a fin di bene; come esseri umani che abitano insieme un pianeta vivente, non come singole risorse umane da ottimizzare sopra un cumulo di risorse da sfruttare. Come attivi portatori di esperienza, di coscienza e autocoscienza. Ricercatori di senso e verità. Co-creatori di *ethos*.

Certamente la tecnoscienza, con il suo metodo obiettivante, continuerà la propria corsa verso nuovi e più potenti rimedi, che agiscono con efficacia su ciò che dell'umano si può ridurre ad oggetto (o, in alternativa, che ne aboliscano efficacemente la soggettività). Possiamo esserle infinitamente grati, almeno per quanto riguarda il primo aspetto. Ma da lì non uscirà mai una sola goccia di senso. E se è vero che il pericolo maggiore è che non siano più la potenza e l'organizzazione dei rimedi al servizio di medici e pazienti, bensì questi ultimi al servizio di esse, allora avere cura dell'umanità del medico significherà anche – e specificamente – avere cura della medicina: custodirne con amore il senso, le radici, l'orizzonte e la finalità, affinché non abbia a smarrire se stessa.

Bibliografia

- Candiotta, Laura (2013). "Platone: la ricerca della verità nel dialogo". In: L. Candiotta, L. V. Tarca, (a cura di) (2013). *Primum philosophari. Verità di tutti i tempi per la vita di tutti i giorni*. Milano-Udine: Mimesis Edizioni.
- Ceva, Mariastella (1989). *Marco Aurelio: Pensieri*. Trad. it. di Mariastella Ceva. Milano: A. Mondadori.
- Hadot, Pierre (1996). *La cittadella interiore. Introduzione ai "Pensieri" di Marco Aurelio*. Trad. it. di A. Bori, M. Natali. Milano: Vita & Pensiero, 1996.
- Heidegger, Martin (1976). *Essere e tempo*. Trad. it. di Paolo Chiodi. Milano: Longanesi.
- Natoli, Salvatore (2000). *La felicità di questa vita. Esperienza del mondo e stagioni dell'esistenza*. Milano: A. Mondadori.

- Semenzato, Mauro (2013). “Marco Aurelio: il corpo nella misura”. In: L. Candiotta, L. V. Tarca, (a cura di) (2013). *Primum philosophari. Verità di tutti i tempi per la vita di tutti i giorni*. Milano-Udine: Mimesis Edizioni.
- Tarca, Luigi Vero (2013). “Invito alla lettura e alla condivisione del testo”. In: L. Candiotta, L. V. Tarca, (a cura di) (2013). *Primum philosophari. Verità di tutti i tempi per la vita di tutti i giorni*. Milano-Udine: Mimesis Edizioni.



MASSIMILIANO CABELLA, CHRISTIAN DONI, STEFANO SANGIORGIO

IL CORPO DELLA RELAZIONE¹

A partire dallo zen, dal taoismo e dalla filosofia greca

Chi conosce lo stato di vuoto sarà sempre capace di dissolvere i problemi con la costanza.

Shunryu Suzuki

Abstract:

The laboratory 'The body of relationship' presents some Eastern mind-body practices useful for physicians and introduces their philosophical background. Through Suzuki's Zen teaching we can understand how important is for medical professions to keep a mind always open and aware like a 'beginner mind'; from Traditional Chinese Medicine we can learn how illness is not an enemy for physicians, but something important to know and merge in the patients' life; from the Greek philosopher Parmenides we can understand how the opposites, like health and disease, are so strongly related to be necessary one to another. The practice of sitting with an empty mind, characterizing Zen meditation, and a balance exercise taken from Tai Chi Chuan, can help to realize these teachings. Eastern and Greek philosophies found the practices and are an interesting field of study for all physicians, however daily practice is the only way to keep day by day open-mindedness, reception and balance in medical professions.

1 Il contributo è frutto della stretta collaborazione dei tre autori; per fini accademici, si attribuiscono i paragrafi 1, 2, 5, 8 a Christian Doni, i paragrafi 3 e 6 a Massimiliano Cabella, i paragrafi 4 e 7 a Stefano Sangiorgio.

1. Introduzione al laboratorio

Il laboratorio ‘Il corpo della relazione’ si articola in *due fasi principali*: una prima di esposizione teorica e una seconda di applicazione pratica. Entrambe le fasi sono a loro volta distinte in tre interventi e sono pensate per essere proposte da tre relatori, anche se questa indicazione non è vincolante.²

La prima fase intende *introdurre e fondare* l’approccio a pratiche *mente-corpo* di origini orientali, designabili nel nostro linguaggio con questa formula (mente-corpo) ma che sono comprensibili in una dimensione che precede la divisione tra realtà mentale e corporea. La seconda fase propone l’*esperienza guidata* delle stesse pratiche e si conclude con una condivisione delle riflessioni emerse nel corso del laboratorio grazie all’intervento di tutti partecipanti.

2. La mente del principiante

La prima fase si apre con un intervento che riguarda l’*atteggiamento del principiante*, quale è suggerito dal maestro giapponese Shunryu Suzuki, ed inizia con un’introduzione generale.

Suzuki era un maestro di una tradizione giapponese chiamata zen, che lui stesso portò in America, dove venne accolta con grande favore. La tradizione zen è una ricerca condivisa della via di vita, partendo dai lasciti dei precedenti uomini che si ritenevano saggi. La particolarità della ricerca orientale classica è che prevede *insieme studio della realtà e pratiche corporee*, pratiche che hanno un risalto particolare nella tradizione zen.

Suzuki, con un dire apparentemente paradossale, tipico dei maestri zen giapponesi, indicava come «nella mente del principiante ci sono molte possibilità, in quella dell’esperto poche» (Suzuki 1976, pp. 19-20). L’intendimento, da un uomo che ha dedicato la vita allo studio della realtà quale Suzuki, non era ovviamente di criticare i vantaggi dell’esperienza acquisita; era invece di stimolare le persone

2 I partecipanti al laboratorio dovrebbero essere invitati a sedersi in cerchio assieme ai relatori, che avranno cura di posizionarsi equidistanti fra loro: questo favorisce un approccio orizzontale alle attività e stimola la condivisione.

a mantenere, anche quando esperte, l'atteggiamento *vuoto e pronto della mente del principiante*.

Il 'vuoto' indicato da Suzuki e dagli orientali in genere non è il nulla del pensiero occidentale, ma un vuoto accogliente, il vuoto del vero principiante (non dell'ignorante), che caratterizza una mente pronta a incontrare, a recepire, a conoscere la realtà che è qui. Un'esemplificazione classica orientale per tale 'vuoto' è il vuoto accogliente dei vasi: se la forma del vaso è data dalla materia con cui è fatto, senza il vuoto al suo interno il vaso non sarebbe utilizzabile. Questo è il vuoto particolarmente importante cui accenna Suzuki.

La mente vuota è per Suzuki aperta a tutto, nel senso di pronta ad accogliere, ad incontrare realmente la realtà così come si presenta. È anche quindi un modo per incontrare e comprendere a fondo più facilmente l'altro, rendendo più facili, spontanei e sereni i rapporti tra persone diverse.

La prima breve pratica che si proporrà nella seconda fase del laboratorio andrà proprio in questa direzione in quanto sarà un semplice modo per favorire nei partecipanti il libero aprirsi del vuoto accogliente.

3. *La Medicina Tradizionale Cinese*

Il secondo intervento della prima fase, ricollegandosi alle concezioni della 'mente di principiante' e di 'vuoto accogliente' appena presentate, tenta di indicare come queste disposizioni d'animo abbiano a che vedere con la medicina nel senso che sono state, da almeno due millenni a questa parte, considerate parti integranti della Medicina Tradizionale Cinese (da ora in avanti MTC).³ Infatti nella MTC quello che è stato descritto come 'vuoto accogliente' è il presupposto per un 'riequilibrio spontaneo' delle energie dell'organismo. Tale riequilibrio spontaneo è quanto il medico deve saper assecondare e favorire agendo con un atteggiamento a sua volta vuoto.

3 Si possono consultare a riguardo Lu, Needham 1984; Needham 1981 e Rossi 2002.

to e accogliente, e cercando di assistere il paziente nel processo di guarigione.

Nella MTC non c'è l'idea della malattia come di un nemico da sconfiggere, non c'è da combattere alcuna battaglia. C'è invece l'idea di sollecitare l'organismo a trovare spontaneamente la strada della guarigione attraverso l'osservazione e l'ascolto dei segnali che esso stesso ci fornisce.

Un tale approccio al malato, alla malattia e alla medicina è quanto la MTC deve alla scuola filosofica taoista. Anche alla base della MTC – come alla base di molte altre scienze e arti – ci sono le idee che il taoismo filosofico ha saputo partorire durante quello che Karl Jaspers ha definito il 'Periodo Assiale dell'umanità', un periodo epocale durante il quale «fu generato tutto quello che, dopo d'allora, l'uomo ha potuto essere», un cardine del divenire storico che Jaspers ritiene il «punto della più straripante fecondità nel modellare l'essere-umano» (Jaspers [1949] 1965, p. 19). Tale snodo della storia si colloca in Cina, India, Persia, Palestina e Occidente attorno al 500 a. C., entro un grande fermento spirituale che possiamo storicamente individuare tra l'800 e il 200 a. C..

Tra le idee e le nozioni più rilevanti del taoismo filosofico vi sono innanzitutto quella di Tao e quella di 'spontaneità', che sono due modi per indicare la stessa cosa. Il Tao è la *summa* della spontaneità di tutte le cose che si traduce nell'armonia sottile e onnipervasiva che possiamo scorgere nella natura.⁴

Il Tao è la spontaneità (*zi ran*) della natura, la 'ipseità' delle cose, il loro essere se stesse così come sono e appaiono. E le cose così come sono e appaiono hanno la caratteristica, nella visione del mondo taoista, d'essere le une strettamente correlate alle altre (dottrina della Grande correlazione originaria, *Da Tong*), di formare e essere nell'insieme una Unità 'organica' (dottrina della Unità originaria, *Yi*),

4 Sulle difficoltà di interpretazione e comprensione che incontra la civiltà occidentale di fronte alla concezione cinese (taoista) della natura e dell'armonia che la caratterizza, ho ampiamente discusso in Cabella 2008-2009, di prossima pubblicazione, cercando di mostrare che la radice dell'incomprensione e delle difficoltà ermeneutiche risiede nella differente ontologia (visione dell'essere e dell'esistenza) che caratterizza da millenni la civiltà cinese. Segnalo anche, a quanti fossero interessati, il mio recente articolo: Cabella 2014.

e di non avere principio, causa e fine distinti dal loro esserci qui ora così come sono (dottrina dell'autogenerazione spontanea o autotrasformazione spontanea di ogni cosa, *Du Hua*).⁵ Tutte queste idee hanno dato nutrimento non solo alla MTC come detto, ma anche a tutta una serie molto articolata e raffinata di pratiche meditative e 'yogico-filosofiche' di cui le più famose in Occidente sono il *Tai Ji Quan* (o *Tai Chi Chuan*) e il *Qi Gong* (o *Chi Kung*), ma anche la meditazione buddhista delle scuole cinesi e giapponesi Chan-Zen (la meditazione conosciuta in Occidente come *za zen*, che in cinese si dice *zuo chan* o *da zuo*) si confonde con le pratiche taoiste del 'sedere e dimenticare' (*zuo wang*).

In relazione alla MTC e ai temi del convegno, il taoismo fornisce alla scienza medica la 'cosmo-ontologia' sulla quale si struttura il suo stesso modello di analisi e cura del paziente, le visioni fisiologica e patologica del corpo e della psiche umana. Tale modello è costruito sulla cosmologia dello *Yin* e dello *Yang* e su quella delle cinque attività di queste due energie fondamentali. Una cosmologia e un modello medico che non sembrerebbero affatto distanti da quelli di Parmenide ed Empedocle nella Grecia antica.

4. *Il modello parmenideo della relazione tra opposti*

L'ultimo intervento teorico prevede proprio l'analisi del pensiero di Parmenide di Elea,⁶ filosofo che ha forti affinità con le dottrine orientali appena esposte. La sua filosofia si propone infatti di curare gli uomini attraverso la verità e la purificazione dagli errori mentali.

L'intervento intende estrarre un modello teorico della relazione fra opposti direttamente dal testo parmenideo, per poi mostrare nella successiva fase pratica, come questo sia applicabile alle singole occasioni della difficoltà relazionale e come i suoi concetti siano

5 Per un approfondimento in relazione alle pratiche filosofiche si può leggere il mio articolo: Cabella 2013.

6 La scelta di questo filosofo, medico e politico, vissuto fra il VI e il V secolo a. C. nella città di Elea, è coerente con l'intento generale del laboratorio, in quanto si può affermare che la scuola medica salernitana abbia avuto origine dalla fisiologia elaborata all'interno della scuola eleatica.

incarnati in un altro esercizio psico-fisico di origine orientale: la validità di un modello filosofico universale come quello parmenideo dovrebbe allora essere confermata, per un verso dalla sua traducibilità in risposte etiche immediate, e per altro verso dalla sua diretta esperibilità attraverso il corpo.

Per introdurre l'analisi del testo, è opportuno anzitutto spiegare ai partecipanti che Parmenide individua due forme di relazione/opposizione: quella fra essere e nulla, e quella che si può istituire fra le entità interne all'essere, come 'salute e malattia'. Egli ritiene che la prima opposizione non sia reale, perché il nulla non esiste; l'essere è perciò libero dalla forza che potrebbe distruggerlo e si manifesta come una totalità di eterni, che comprende ogni cosa. Questa verità implica delle rilevanti conseguenze per la seconda forma di opposizione: ogni cosa, in quanto è salva dal nulla, ha dignità in se stessa, è in relazione necessaria con ogni altra e non può essere identificata con il 'male'. La prima cura che la filosofia insegna è quindi il rispetto di tutte le manifestazioni della vita, comprese quelle 'negative'.

Gli uomini, al contrario, sono indotti dall'ignoranza a credere nell'esistenza del nulla e a interpretare di conseguenza anche il rapporto fra le entità interne all'essere, illudendosi che sia possibile la prevalenza e l'annullamento dell'uno o dell'altro opposto. Parmenide chiama «mortali» gli uomini che compiono questo doppio errore: porre una relazione dove c'è negazione (fra essere e nulla) e una negazione dove c'è relazione (fra le entità del mondo).

Al fine di approfondire al meglio questi nuclei della riflessione parmenidea, si propone infine ai partecipanti l'analisi dei seguenti versi.

Qui pongo termine al discorso che si accompagna a certezza
 [e al pensiero
 intorno alla verità; da questo punto le opinioni mortali
 devi apprendere, ascoltando l'ordine seducente delle mie parole.
 Infatti, essi stabilirono di dar nome a due forme (di percezione)
 l'unità delle quali per loro non è necessaria: in questo essi si sono
 [ingannati.
 Le giudicarono opposte nelle loro strutture, e stabilirono i segni
 [che le distinguono,

separatamente gli uni dagli altri: da un lato, posero l'etereo fuoco
 [della fiamma,
 che è benigno, molto leggero, a se medesimo da ogni parte identico,
 ma rispetto all'altro non identico; dall'altro lato, posero anche
 [l'altro per se stesso,
 come opposto, notte oscura, di struttura densa e pesante.
 Questo ordinamento del mondo, veritiero in tutto, compiutamente
 [ti espongo,
 così che nessuna convinzione dei mortali potrà fuorviarti.
 (Parmenide, B 8 DK, 50-61)

E poiché tutte le cose sono state denominate luce e notte,
 e le cose che corrispondono alla loro forza sono attribuite a queste cose
 [o a quelle,
 tutto è pieno egualmente di luce e di notte oscura,
 uguali ambedue, perché con nessuna delle due c'è il nulla.
 (Parmenide, B 9 DK)

In conclusione, tutti gli elementi che a causa della nostra soggettività consideriamo 'negativi' svolgono dunque una precisa funzione all'interno dell'equilibrio universale degli opposti e la loro comunicazione non può mai essere interrotta: chi tentasse di violare questa legge di uguaglianza per la quale, ad esempio, 'salute' e 'malattia' sono necessarie l'una all'altra, incorrerebbe in un fatale errore e ne patirebbe le conseguenze anche sul piano esistenziale.⁷

Conclusa in questo modo la parte teorica, si passa alla seconda fase del laboratorio, che propone tre esercizi di equilibrio mente-corpo capaci di riflettere e applicare i contenuti esposti nelle tre relazioni.

7 Per non fraintendere questa difficile dottrina è necessario precisare peraltro che, quando parla di uguaglianza fra gli opposti, Parmenide non intende proclamare la loro identità, né la loro indifferenza, bensì indicare che essi vanno compresi come una *proporzione dinamica*: l'equilibrio complessivo dell'essere scaturisce dalla relazione degli opposti, nessuno dei quali è un bene o un male assoluto; 'bene' e 'male' potrebbero essere definiti, piuttosto, come il rispetto e la negazione della relazione.

5. *Praticare la mente di principiante*

Il primo relatore riprende il discorso su Suzuki, puntualizzando come non sia possibile guadagnare la '*Mente di Principiante*' parlandone, in quanto con ogni discorso aggiungiamo nella nostra mente nozioni e collegamenti andando in tutt'altra direzione rispetto alla Mente del Principiante. Lungi dal liberarci da quanto sappiamo, che per un medico è una conoscenza importante, la pratica suggerita serve per aprirci a vivere il presente in modo diverso.

Abbiamo ben presente che è oggi diventato di fatto un obbligo professionale dei medici avere sempre di fronte un computer che cattura l'attenzione distraendo magari dalla persona che si ha davanti, e a volte addirittura propone (impone?) soluzioni obbligate legate ai sintomi, che prescindono dalla singola persona-paziente. Senza poter noi avanzare l'ipotesi di variare questa imposizione professionale, crediamo che la pratica che andremo a suggerire possa aiutare anche senza limitare l'uso della strumentazione tecnologica a mantenersi al contempo *consapevoli* della situazione del paziente e *aperti* alla situazione che si ha lì innanzi.

I partecipanti sono quindi invitati, rimanendo seduti sulle sedie senza però appoggiarsi allo schienale, ad assumere una postura caratterizzata da schiena ben distesa, testa come se un filo la tirasse dalla parte centrale verso l'alto, bocca delicatamente chiusa, spalle rilassate, e mani delicatamente appoggiate una sopra l'altra con i pollici che si toccano appena, tenendo gli occhi socchiusi ma sempre aperti. Rimanendo seduti, i praticanti devono inspirare profondamente ed espirare lentamente ponendo l'attenzione sugli occhi, favorendo il rilassamento delle palpebre. Successivamente i partecipanti, continuando a inspirare profondamente ed espirare lentamente, pongono l'attenzione sulla bocca, favorendo il rilassamento di mascelle, guance, collo e nuca. Poi i praticanti sono invitati a inspirare profondamente ed espirare lentamente ponendo l'attenzione sulle spalle, favorendo il rilassamento di spalle e braccia. Infine i partecipanti inspirano profondamente ed espirano lentamente ponendo l'attenzione sull'addome, lì dove, secondo una certa concezione fisiologica, nasce e finisce il respiro, favorendo il rilassamento di tutto il corpo.

In seguito, i praticanti possono lasciare libera l'attenzione e il respiro. Infine, la posizione del corpo viene ripetuta passo passo, per adeguare eventuali scostamenti (schiena ben distesa, testa come se un filo la tirasse dalla parte centrale verso l'alto, bocca delicatamente chiusa, spalle rilassate, e mani delicatamente appoggiate una sopra l'altra con i pollici che si toccano appena, tenendo gli occhi socchiusi ma sempre aperti). Infine i praticanti sono invitati nuovamente a lasciare liberi respiro ed attenzione.⁸ I praticanti sono quindi invitati a dondolare lentamente a destra e sinistra, aprendo lentamente gli occhi.

6. *La meditazione buddhista Chan-Zen*

Dopo un attimo di silenzio, la conduzione della pratica continua con la guida del secondo relatore. Si propone una breve meditazione seduta in cui si prova a lasciar spazio al 'vuoto accogliente' e alla 'mente di principiante', ripercorrendo molto velocemente i passi che si fanno (nell'arco di anni di pratica) nella meditazione buddhista Chan-Zen (cin. *zuo chan*, giapp. *za zen*) e in quella taoista del 'sedere dimenticando' (*zuo wang*).⁹

7. *Esercizio tratto dal Tai Chi Chuan*

Dopo un attimo di silenzio, il terzo relatore propone degli *esempi* di come il paradigma parmenideo dell'equilibrio fra gli opposti possa favorire il medico nella gestione delle 'relazioni difficili'.

Nel rapporto con i pazienti, il paradigma stimolerebbe il professionista ad una maggiore riflessione sull'eziologia delle malattie e sulla relazione fra queste e gli stili di vita dei pazienti: capire le vere cause della sofferenza umana, oltre a sollecitare la *vocazione* originaria del medico, lo dispone infatti a curare le malattie prima

8 Per una descrizione illustrata della pratica di meditazione zen seduta cfr. Uchiyama 2006, pp. 57-78.

9 I testi di riferimento relativi alla pratica meditativa proposta nel laboratorio sono: Uchiyama, Strumia 2009 e Arena 2007.

che si manifestino, attraverso lo studio e la proposta di pratiche di vita sana.

Nel rapporto con i colleghi, il paradigma favorirebbe la disponibilità del professionista ad analizzare i problemi con gli altri e in vista di un bene comune: *accogliere il diverso*, anche prima che diventi ‘nemico’, può infatti trasformare la relazione negativa, portando equilibrio laddove – se tentassimo di eliminare il ‘nemico’ – rischieremo invece di perdere la salute.

Il conduttore propone infine ai partecipanti un terzo esercizio psicofisico, tratto dal *Tai Chi Chuan*:¹⁰ la coerenza di quest’ultima pratica con i concetti parmenidei dovrebbe apparire evidente, in quanto attraverso di essa si farà *l’esperienza concreta* della necessità degli opposti e dei vantaggi di un loro corretto rapporto al fine di mantenere un equilibrio dinamico complesso come quello della vita.

L’esercizio di equilibrio è una metafora e un allenamento del corretto atteggiamento da tenersi nelle ‘relazioni difficili’ e prevede, anzitutto, la pratica continua del rilassamento corporeo e del respiro consapevole sperimentati nei due esercizi precedenti. Proprio grazie a questi è possibile passare infatti, in modo fluido e senza tensioni eccessive, attraverso le fasi dinamiche dell’esercizio, mostrate nella Figura 1: prima in ascesa da A a D (inspirando), poi in discesa da D ad A (espirando).¹¹

L’esercizio, eseguito e spiegato nei dettagli dai conduttori, viene quindi proposto ai praticanti, con la raccomandazione che ciascuno cerchi di realizzarlo secondo le proprie possibilità e sempre nella ricerca della massima comodità e piacevolezza.

10 Il *Tai Chi Chuan* è un’arte marziale cinese di tipo difensivo, il cui senso è mostrare all’avversario che non può nuocere con i suoi attacchi. L’esercizio proposto ai praticanti si chiama *Chu Pel Tu Li* (‘Alzare il braccio in equilibrio su una gamba’) ed è il terzo di una serie denominata *Pa Tuan Chin* (‘Otto pezzi di seta’), che costituisce il riscaldamento preliminare all’esecuzione della Forma del *Tai Chi Chuan*.

11 Dopo il ritorno nella posizione iniziale, l’esercizio si completa con l’esecuzione di un movimento identico ma *speculare* (cioè a braccia e gambe invertite) - da A a D e da D ad A. Un intero ciclo dell’esercizio è composto quindi da sedici posizioni (otto per la forma destra e otto per quella sinistra), e si dovrebbe ripetere per otto volte consecutive.

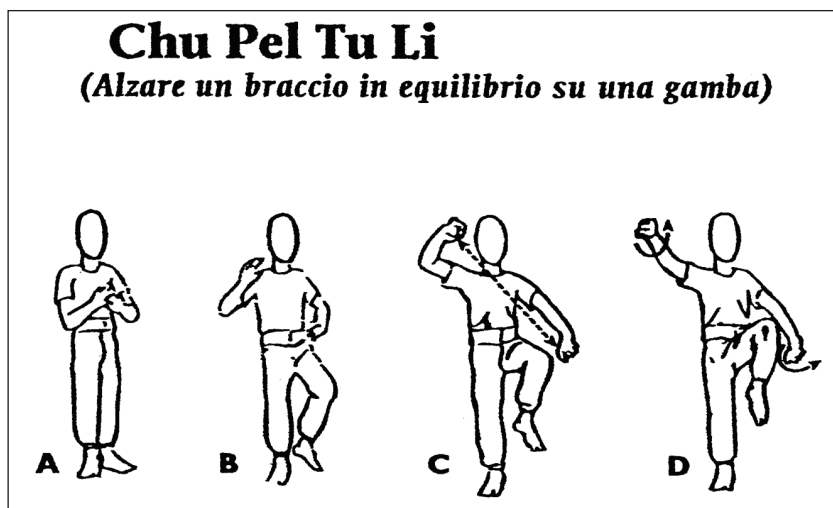


Figura 1

Per meglio evidenziare la dinamica e i rischi dell'equilibrio fra gli opposti, il conduttore può proporre inoltre questa utile *variazione dell'esercizio*:¹² chiedere ai praticanti, una volta giunti nella posizione finale D, di lasciar cadere repentinamente il braccio sollevato. Tutti i partecipanti – se stanno eseguendo l'esercizio senza tensioni – dovrebbero allora perdere l'equilibrio e constatare l'impossibilità di mantenerlo in assenza di uno dei due poli della relazione. L'esercizio si può concludere, infine, chiedendo ai partecipanti di razionalizzare il significato di questa variazione finale.

8. Conclusioni e prospettive

Le pratiche proposte hanno tutte una comune caratteristica non tanto nella loro esecuzione ma nel loro fondamento: si tratta di un

12 Questa variazione non è prevista nell'esecuzione classica dell'esercizio, anche se è proposta da alcuni maestri di *Tai Chi Chuan* per stimolare la coscienza dell'equilibrio. L'autore riporta esercizio e variazione nella forma appresa presso il Centro Ricerche Taichi di Venezia, sotto la guida dei maestri Franco Mescola, Daniele Minio e Riccardo Belli.

fondamento filosofico, che non consiste però in una verità epistemica con pretesa di dominio come è stata quella della tradizione metafisica occidentale e neppure in una verità di tipo positivistico, scientifico e post-metafisico. I loro riferimenti teorici si trovano piuttosto nella filosofia orientale classica e nella filosofia greca antica, il cui studio riteniamo quindi d'aiuto ai medici per poter meglio compiere la loro missione.

Ma ancor più sarebbe secondo noi significativo se alcuni medici scegliessero una o più delle *pratiche* proposte per ripeterle con regolarità in gruppo o da soli, anche per poco tempo ma con un'importante costanza. È infatti con la pratica che si vive direttamente e si portano nella propria vita e professione gli atteggiamenti sempre aperti nel progredire dell'esperienza, accoglienti del malato e della malattia, ed equilibrati nelle difficoltà, che costituiscono il *concretizzarsi* delle conclusioni della filosofia.

Bibliografia

A. Relativa allo zen e a Shunryu Suzuki

- Chadwick, David (2000). *Cetriolo storto: La vita e l'insegnamento zen di Shunryu Suzuki-roshi*. Trad. it. di E. Valdré. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Doghen, Zenji; Uchiyama, Kosho (1986). *Istruzioni a un cuoco zen: Ovvero come ottenere l'illuminazione in cucina*. Trad. it. di T. Wright. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Doni, Christian (2013). "Suzuki: mente zen, mente di principiante". In: L. Candiotta, L. V. Tarca, (a cura di) (2013). *Primum Philosophari: Verità di tutti i tempi per la vita di tutti i giorni*. Milano-Udine: Mimesis.
- Suzuki, Shunryu (1976). *Mente zen mente di principiante: Conversazioni sulla meditazione e la pratica zen*. Trad. it. di M. Bergonzi. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Suzuki, Shunryu (1999). *Rami d'acqua scorrono nell'ombra: Commento zen al Sandokai*. Trad. it. di A. Staderini. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Uchiyama, Kosho (1998). *La realtà della vita: Zazen in pratica*. Trad. it. Di Seimei no jitsubutsu. Bologna: EDB.
- Uchiyama, Kosho (2006). *Aprire la mano del pensiero: I fondamenti della pratica zen*. Trad. it. di C. Carbone. Roma: Astrolabio Ubaldini.

B. *Relativa al taoismo e alla Medicina Tradizionale Cinese*

- Arena, Leonardo Vittorio (2007). *Il tao della meditazione*. Milano: BUR.
- Cabella, Massimiliano (anno accademico 2008-2009). *Essere e nulla tra Oriente e Occidente: Jaspers e il taoismo*. Venezia: tesi di laurea magistrale Università Ca' Foscari (in via di pubblicazione).
- (2013). “Zhuang Zi (Chuang-Tzu): la musica del Tao, musica della spontaneità”. In: L. Candiotto, L. V. Tarca, (a cura di) (2013). *Primum philosophari: Verità di tutti i tempi per la vita di tutti i giorni*. Milano-Udine: Mimesis, pp. 75-85.
- (2014). “Dal sogno del dèmone al sogno della farfalla”. *La Filosofia Futura*, 2014 (2), pp. 31-46.
- Candiotto, Laura; Tarca, Luigi Vero (a cura di) (2013). *Primum philosophari: Verità di tutti i tempi per la vita di tutti i giorni*. Milano-Udine: Mimesis.
- Jaspers, Karl (1965). *Origine e senso della storia*. Trad. it. Di A. Guadagnin. Milano: Edizioni Comunità.
- Lu, Gwei-Djen, Needham, Joseph (1984). *Aghi celesti: Storia e fondamenti razionali dell'agopuntura e della moxibustione*. Trad. it di P. Lusso, G. Staffenino. Torino: Einaudi.
- Needham, Joseph (1981). *Scienza e civiltà in Cina*. Trad. it. di M. Baccianini, G. Mainardi. Torino: Einaudi.
- Rossi, Elisa (2002). *Shen*. Milano: CEA Casa Editrice Ambrosiana.
- Strumia, Dai Do Massimo (1999). *Presenza consapevole: Shikan-Taza. Teoria e pratica di una via Zen*. Torino: Libreria Editrice Psiche.
- Uchiyama, Kosho; Strumia, Massimo Dai Do (2009). *Il cammino del cercatore: Il testamento spirituale di un maestro Zen del XX secolo*. Torino: Libreria Editrice Psiche.

C. *Relativa a Parmenide e al T'ai Chi Ch'üan*

- Cerri, Giovanni (a cura di) (1999). *Parmenide: Poema sulla Natura*. Milano: Rizzoli.
- Reale, Giovanni; Ruggiu, Luigi (a cura di) (2003). *Parmenide: Poema sulla Natura*. Milano: Bompiani.
- Tarca, Luigi Vero (2006). *Quattro variazioni sul tema negativo/positivo: Saggio di composizione filosofica*. Treviso: Diastema.
- Yao, Chang Dsu; Fassi, Roberto (2008). *Corso di T'ai Chi Ch'üan*. Milano: De Vecchi.



NOTE BIOGRAFICHE DEGLI AUTORI

ANDRÉE BELLA, psicologa clinica attualmente assegnista di ricerca in Psicologia Dinamica presso l'Università degli Studi di Bergamo, ha svolto un dottorato di ricerca in ambito filosofico presso il dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università Milano-Bicocca. Collabora con la cattedra di Filosofia Morale e Pratiche Filosofiche nella medesima università. Da anni coniuga la filosofia intesa come pratica di trasformazione di sé, la psicologia e la pedagogia nell'ambito della pratica clinica e delle attività formative che svolge in diversi contesti. Autrice di *Socrate in giardino. Passeggiate filosofiche tra gli alberi*, Ponte alle grazie, Milano 2014.

MASSIMILIANO CABELLA (1972) è dottorando di ricerca in filosofia interculturale presso l'Università Ca' Foscari di Venezia. Si è diplomato in Lingua e cultura cinese presso l'IsIAO di Milano e ha studiato cinese presso la Shanghai University insegnando nello stesso periodo italiano alla Tongji University di Shanghai. Parallelamente all'attività di ricerca insegna yoga e ginnastica taoista presso vari centri e associazioni di Genova.

LAURA CANDIOTTO (1981), dottore di ricerca in filosofia, è assegnista di ricerca in filosofia teoretica presso l'Università Ca' Foscari di Venezia. I risultati della sua ricerca degli ultimi anni in merito alla filosofia di Platone hanno evidenziato il ruolo centrale delle emozioni nei processi conoscitivi e l'importanza dell'esperienza dialogica nell'attingimento della verità. Tali risultati sono da lei messi costantemente in dialogo con la ricerca contemporanea in merito alla filosofia delle emozioni e all'ontologia delle relazioni. Esperta di dialogo socratico, promuove laboratori di pratiche filosofiche a giovani e adulti in diversi contesti educativi e formativi. È promotrice assieme

al Professor Tarca del progetto di pratiche filosofiche per la medicina di cui questo volume fa parte. Autrice di *Le vie della confutazione. I dialoghi socratici di Platone*, Mimesis, Milano-Udine 2012 e curatrice con Luigi Vero Tarca di *Primum Philosophari. Verità di tutti i tempi per la vita di tutti i giorni*, Mimesis, Milano-Udine 2013, ha pubblicato numerosi articoli rintracciabili in www.candiottolaura.wordpress.com e in <http://unive.academia.edu/LauraCandiotto>. Contatto: candiottolaura@gmail.com

CHRISTIAN DONI laureato in Filosofia all'Università Ca' Foscari di Venezia, ha avviato nel 2010 l'insegnamento dell'Attività Alternativa alla Religione Cattolica in due Istituti Superiori Statali con un progetto sulla comprensione ed attualizzazione della filosofia orientale. Svolge attività di pratica filosofica per la Libera Associazione di Idee in collaborazione con l'Ordine dei Medici. È iscritto al Percorso Abilitante Speciale in Filosofia e Storia. Mail personale: veneziaadinotte@gmail.com

BRUNA MARCHETTI ha conseguito il diploma di Laurea Magistrale in Filosofia presso l'Università Ca' Foscari di Venezia. È "Teacher" in *Philosophy for Children* (P4C). Successivamente "Teacher Expert" in *Philosophy for Children*. Poi Analista Biografico ad Orientamento Filosofico (ABOF) in formazione, presso *Philo*, Scuola Superiore di Pratiche Filosofiche. Svolge da anni la professione di Analista Biografico; *a latere* ha svolto l'attività di docente a contratto e condotto seminari presso le Università Cà Foscari di Venezia e Bicocca di Milano oltre che per Istituti privati di formazione post-universitaria ed opera nel campo della formazione degli adulti sia in ambito scolastico che extrascolastico.

TIZIANA MATTIAZZI ha conseguito il diploma di Laurea Magistrale in Filosofia presso l'Università Ca' Foscari di Venezia. Partecipa da anni al Seminario Aperto di Pratiche Filosofiche (SAPF) e fa parte del comitato scientifico del che si è occupato di organizzare il convegno "Comunicare in medicina – l'arte della relazione" (28 settembre 2013). Lavora presso un centro di Medicina integrata, realtà all'avanguardia della medicina di famiglia.

IVANA PADOAN è professore di Epistemologia della complessità, Educazione degli adulti, Pedagogia sociale, interculturale e postcoloniale presso l'Università Ca' Foscari di Venezia. Presiede i corsi di laurea di Servizio sociale e Politiche sociali. Membro del collegio Dottorale in Filosofia e Scienze della formazione e della cognizione, dirige i master in *Family Policies* e in Comunicazione e linguaggi non verbali. È membro del Senato accademico dell'Università Ca' Foscari. Collabora con molte università e istituzioni di ricerca italiane ed estere. Le sue ricerche sono orientate all'epistemologia della conoscenza e della formazione, alla comunicazione e alla relazione formativa, all'autoformazione e all'intercultura. Pubblica con le case editrici Armando, Pensa, Mimesis, Melangolo, Edizioni Ca' Foscari, l'Harmattan.

LUIGI PERISSINOTTO è professore ordinario di Filosofia del Linguaggio presso il Dipartimento di Filosofia e Beni Culturali dell'Università Ca' Foscari di Venezia. Presso la stessa Università è direttore del Master di II livello in Consulenza filosofica e direttore del Dipartimento di filosofia e Beni Culturali. Per la casa editrice Mimesis dirige la collana di studi filosofici "La scala e l'album" e la sezione "Linguaggio" della collana "Filosofie analitiche". Ha pubblicato, tra l'altro, *Wittgenstein. Una guida* (Feltrinelli 2010²) e *Le vie dell'interpretazione nella filosofia contemporanea* (Laterza 2002); ha inoltre curato *Wittgenstein and Plato* (Palgrave Macmillan 2013).

STEFANO SANGIORGIO insegna storia e filosofia presso le scuole superiori e sta svolgendo un dottorato di ricerca sul tema del panpsichismo presso l'università Ca' Foscari di Venezia. Partecipa alla didattica della cattedra di Filosofia teoretica tenuta dal prof. Luigi Vero Tarca presso la stessa università. È membro attivo del Seminario Aperto di Pratiche Filosofiche di Venezia (SAPF) e della Libera Associazione di Idee (LAI).

MAURO SEMENZATO è laureato con lode in Filosofia, counselor professionale ed educatore somatico. Conduce percorsi di consapevolezza corporea, emozionale e biografica individuali e di gruppo,

lavorando sia privatamente sia in comunità terapeutica per tossicodipendenti. Il suo percorso di ricerca punta a costruire un'integrazione tra le pratiche filosofiche dell'antichità e le odierne pratiche di meditazione, consapevolezza e cura di sé, attraverso la collaborazione e il dialogo aperto con psicoterapeuti di diverso orientamento, operatori di discipline bionaturali, filosofi, insegnanti e artisti. Ha all'attivo la pubblicazione di due saggi monografici e alcuni interventi in volumi collettanei. Socio della L.A.I., collabora con il Seminario Aperto di Pratiche Filosofiche dell'Università "Ca' Foscari" di Venezia. mauro.semenzato@biosomatico.com

LUIGI VERO TARCA è professore ordinario di Filosofia teoretica presso l'Università Ca' Foscari di Venezia, dove attualmente è pure Responsabile della Ricerca scientifica per il Dipartimento di Filosofia e Beni Culturali. Allievo di Emanuele Severino, ha elaborato una originale prospettiva filosofica basata sulla nozione di pura differenza. Tale filosofia è presentata soprattutto in opere come *Elenchos. Ragione e paradosso nella filosofia contemporanea* (Marietti, Genova 1994), *Differenza e negazione. Per una filosofia positiva* (La Città del Sole, Napoli 2001), e *Quattro variazioni sul tema negativo/positivo. Saggio di composizione filosofica* (Ensemble '900, Treviso 2006).

All'interno di questa prospettiva Tarca ha operato un rinnovamento delle principali nozioni filosofiche che rende possibile una nuova concezione di "pratica filosofica". Proprio in tale ambito da decenni egli conduce esperienze sia di gruppo sia a livello individuale. Su questo aspetto della sua ricerca si possono vedere, tra gli altri, il saggio *La filosofia come stile di vita. Introduzione alle pratiche filosofiche* (Bruno Mondadori, Milano 2003, scritto con R. Màdera) e, più recentemente, l'antologia *Primum philosophari. Verità di tutti i tempi per la vita di tutti i giorni* (Mimesis, Milano-Udine 2013, antologia curata insieme a L. Candiotto).

LA SCALA E L'ALBUM

Collana e sezione dirette da Luigi Perissinotto

1. Matteo Camposampiero Favaretti, *Filum cogitandi. Leibniz e la conoscenza simbolica*
2. Annalisa Rossi, *Possibilità dell'io. Il cogito di Descartes e un dibattito contemporaneo: Heidegger e Henry*
3. Barbara Chitussi, *Filosofia del sogno. Saggio su Walter Benjamin*
4. Sebastiano Galanti Grollo, *Heidegger e il problema dell'altro*
5. Diego Zucca, *Essere, linguaggio, discorso. Aristotele filosofo dell'ordinario*
6. Roberta Dreon, *Il sentire e la parola. Linguaggio e sensibilità tra filosofie ed estetiche del Novecento*
7. Semi-filosofici, *La città impossibile. Testi e pretesti urbani*
8. Marco Bastianelli, *Oltre i limiti del linguaggio. Il kantismo nel Tractatus di Wittgenstein*
9. Elisabetta Basso, *Michel Foucault e la Daseinsanalyse. Un'indagine metodologica*
10. Matteo Giannasi, Francesca Guadalupe Masi (a cura di), *Il problema mente-corpo. Genealogia, modelli, prospettive*
11. Giuseppe Santonocito, *L'esperienza estetica. La fenomenologia di Henri Maldiney*
12. Giuseppe Tonietto, *La libertà in questione. Uno studio su e oltre Aristotele*
13. Roberto Morani, *Essere, fondamento, abisso. Heidegger e la questione del nulla*
14. Luca Berta, *Dai neuroni alle parole. Come l'accesso al linguaggio ha riconfigurato l'esperienza sensibile*
15. Jocelyn Benoist, Gaetano Chiurazzi (a cura di), *Le ragioni del senso*
16. Diletta Mozzato, *Filosofia (africana) in progress. Studio su Kwasi Wiredu*
17. R. Dreon, G. L. Paltrinieri e L. Perissinotto (a cura di), *Nelle parole del mondo. Scritti in onore di Mario Ruggenini*
18. Francesca Michelini, *Il vivente e la mancanza. Scritti sulla teleologia*
19. Letizia Michielon, *La chiave invisibile. Spazio e Tempo nella filosofia della musica del XX e XXI secolo*
20. Laura Candiottio, *Le vie della confutazione. I dialoghi socratici di Platone*
21. Igor Cannonieri, Luigi Vero Tarca, *A lezione da Wittgenstein e Derrida. Ovvero come diventa reale un dialogo impossibile*
22. Diego Zucca, *Esperienza e contenuto. Studi di filosofia della percezione*
23. Monica Schweizer, *Ricerche su inediti relativi al rapporto tra Sraffa e Wittgenstein*
24. Roberta Dreon, Daniele Goldoni, Richard Schusterman (a cura di), *Stili di vita. Qualche istruzione per l'uso*
25. Francesco F. Calemi, *Dal nominalismo al platonismo. Il problema degli universali nella filosofia contemporanea*, prefazione di Luigi Cimmino
26. Joseph de Maistre, *Stato di natura. Contro Jean-Jacques Rousseau*
27. Mario Ruggenini, Roberta Dreon, Gian Luigi Paltrinieri (a cura di), *Verità in una società plurale*

28. Laura Candiotto, Luigi Vero Tarca (a cura di), *Primum philosophari, Verità di tutti i tempi per la vita di tutti i giorni*
29. Luigi Perissinotto, *The Darkness of this Time. Ethics, Politics and Religion in Wittgenstein*
30. Cecilia Rofena, *Verità e menzogna*

MIMESIS GROUP
www.mimesis-group.com

MIMESIS INTERNATIONAL
www.mimesisinternational.com
info@mimesisinternational.com

MIMESIS EDIZIONI
www.mimesisedizioni.it
mimesis@mimesisedizioni.it

ÉDITIONS MIMÉSIS
www.editionsmimesis.fr
info@editionsmimesis.fr

MIMESIS AFRICA
www.mimesisafrica.com
info@mimesisafrica.com

MIMESIS COMMUNICATION
www.mim-c.net

MIMESIS EU
www.mim-eu.com

*Finito di stampare
nel mese di agosto 2014
da Digital Team - Fano (PU)*