

**SESSIONE 18 SETTEMBRE 2012**

1. Analisi del dispositivo di sicurezza sulle tracce dell'ultimo pensiero di Michel Foucault.

Se l'epoca che arriva sino ai primi del Novecento era caratterizzata dal "dispositivo disciplinare", l'epoca attuale sembra invece caratterizzata dal *dispositivo di sicurezza*. Quest'ultimo sembra caratterizzato da due momenti:

- a. Un processo di sistematica *immunizzazione*, per cui – similmente all'organismo umano – il soggetto e la comunità si proteggono facendo circolare l' "altro" (l'antigene) al proprio interno: mentre in passato c'era una sistematica esclusione, oggi assistiamo all'inclusione del "fuori" in vista di un successivo addomesticamento;
- b. Un conseguente meccanismo di incremento delle strategie protettive ad opera di strutture suppletive come le istituzioni, i protocolli terapeutici, le assicurazioni. Il soggetto, a causa di un'eccessiva prossimità con l' "altro", è costretto a creare una serie stratificata di schermi protettivi cui egli "delega" la propria sicurezza.

A ben vedere, in effetti, il termine "sicurezza" ha etimologicamente una tonalità negativa, poiché significa letteralmente *sine cura*, cioè senza "preoccupazione", inquietudine, ma anche senza "responsabilità". L'uomo contemporaneo vive in una condizione in cui c'è sempre qualcun'altro o qualcosa d'altro che affronta la realtà al posto suo.

**2. Conseguenze nel campo dell'istituzione sanitaria: la "protocollarizzazione" e la medicina difensivistica**

La prospettiva immunologica introduce quasi naturalmente un meccanismo polemologico che afferisce alle dimensioni belliche del conflitto. Ci sono dei "nemici" e degli antagonisti non sempre riducibili alla realtà della malattia: assistiamo, in altri termini, a una serie di deleghe che tentano di evitare il conflitto tra le parti, ma che a loro volta introducono nuove forme di assoggettamento. Assistiamo così ad almeno 3 "vie di fuga" attraverso le quali viene evitato un rapporto con l'"altro" (da intendersi nel senso più allargato possibile: *verum* nosologico, relazione diretta medico-paziente, etc.).

- a) Il paziente delega la propria "cura" al medico che tuttavia non è in grado di sopportare a sua volta il peso immanente alla cura stessa: anche lui, infatti, vuole essere sicuro, ossia "senza cura", sicché tende ad assicurarsi attraverso

specifiche istituzioni. E' evidente come ciò comporti tutta una serie di "mediazioni" fittizie finalizzate alla propria sicurezza: mancando da entrambe le parti qualsiasi forma di "fiducia" (che significa letteralmente "legame" e affidamento), paziente e medico si affidano invece a saperi e competenze astratte, come ad esempio i protocolli.

- b) Da parte sua il medico evita quanto più possibile un rapporto *aperta facie* con l' "alterità" del paziente, mentre cerca di "oggettivarlo" ossia di assoggettarlo per renderlo meno pericoloso. Il paziente (parola questa che evoca già una passività) si trova così assoggettato due volte: dalla realtà della malattia (che evidenzia un'essenziale ma traumatica esperienza dell' essere-altro-da-se-stesso) e dall'istituzione medica che tenta di tenerlo a distanza, evitando relazioni troppo prossime.
- c) La protocollarizzazione dell'intervento terapeutico rappresenta l'acme di questo processo in cui persino il "sapere" viene delegato in parte a strumenti diagnostici che "vedono" al posto del medico, in parte a conoscenze generalizzate ed astratte che oltre alla funzione di agire statisticamente, servono anche a creare una "distanza di sicurezza" dal paziente e dalla malattia.

La nota serie televisiva "doctor House" evidenzia oltre all'acume diagnostico del medico, anche uno stile sempre più diffuso nelle metodologie della cura: rapporti molto ridotti con il paziente, utilizzo massivo di strumenti diagnostici, riduzione della malattia a referti scritti, ossia a "carte" o documenti, protocollarizzazione dell'intervento terapeutico.

### **3. Paura dell'istituzione, cioè "paura della paura"**

La logica immunologica fa sì che il "delegato" alla nostra sicurezza tenda per sua natura ad autonomizzarsi e a uscire dal nostro controllo. Il protocollo, ad esempio, è un sapere istituito dall'uomo per economizzare e accelerare la comprensione e la risoluzione dei fenomeni nosologici (un po' come gli stereotipi sociali), ma quasi naturalmente tende a ergersi a *verità assoluta* (ne accennerò nel 2° seminario), ossia a una verità così incontrovertibile da sostituire la stessa realtà della malattia. Il termine "proto-collo" anticamente designava quel foglio "preliminare" (da *pro-*, davanti) che apposto ai papiri, ne indicava l'autore, il contenuto e l'autenticità. Qualcosa dunque di *non* esaustivo e soprattutto di non così spersonalizzante come avviene oggi (poiché anzi il protocollo costituiva il "segno" dell'autore).

Divenuto invece "altro-da-se-stesso" il protocollo da momento indicativo e preliminare si è trasformato nel "contenuto" stesso, cioè è divenuto un sapere onniglobante e collettivo assolutamente autonomo. Al di là di una perdita di efficacia (in quanto conoscenza generalizzante e per definizione non profonda),

questo autonomizzarsi comporta da un lato una certa pigrizia nella pratica medica (c'è sempre qualcuno che pensa e ha compreso al mio posto e questo qualcuno dice la verità), dall'altro uno sgravio di responsabilità funzionale in un'ottica difensivistica (l'eventuale colpa è dell'“Altro” incarnato dal sapere protocollare).

Ora, se le istituzioni usualmente vengono delegate dalla comunità per alleviare le proprie paure e insicurezze, ecco che assistiamo a un sorta di paradossale duplicazione della paura, poiché ci si ritrova a temere proprio i dispositivi di securizzazione creati a nostra salvaguardia.

L'autonomizzazione indica il fatto che attraverso precisi passaggi ogni istituzione si irrigidisce nella propria identità (gr. *autòs*) e “legifera” (gr. *nomos*) in maniera assolutamente disarticolata rispetto alla realtà esterna. E questa autonomia si riflette nella stessa architettura preposta alle istituzioni (la caserma, il tribunale, l'ospedale, il manicomio, etc.): si tratta di quella che Foucault ha definito *eterotopia*, cioè un luogo-altro che non ha nulla a che fare con l'utopia, cioè con un luogo ideale che non esiste. L'eterotopia, invece, non solo esiste ma possiede anche una particolare consistenza che ne fa una presenza perlopiù assillante. Essa manifesta per Foucault 2 caratteristiche rilevanti:

- a. È un luogo che pur essendo localizzabile è idealmente in contatto con tutti gli altri luoghi della comunità;
- b. È un luogo che pur essendo all'interno dei perimetri urbani mette in gioco al suo interno logiche sue proprie, completamente diverse dal mondo esterno.

Su quest'ultimo punto è bene riflettere poiché riguarda da vicino l'istituzione ospedaliera: si tratta infatti di uno spazio eterotopico con le sue norme e le sue regole (basti pensare agli orari “desueti” che vi scandiscono le giornate), e soprattutto con i suoi specifici rapporti di potere. Ci troviamo in altri termini all'interno di un gioco di “assoggettamenti” ove il paziente è da una parte “soggetto” alla malattia, dall'altra alla competenza del medico; quest'ultimo d'altronde non può definirsi “libero” da esercitare la propria sovranità, ma deve soggiacere all'esercizio rigido di protocolli astratti che costituiscono il suo “sapere” e lo garantiscono da qualsiasi responsabilità.

## SESSIONE 25 SETTEMBRE 2012

### 1. Definizione e fenomenologia della paura

Dopo gli elementi introdotti nella precedente sessione, possiamo iniziare a comprendere il legame che sussiste tra la paura e il soggetto. Quest'ultimo implica per Foucault sempre un “essere-assoggettato”, ma l'assoggettamento –

che poi è sempre simmetrico cosicché chi assoggetta l'altro viene a sua volta ri-assoggettato – è finalizzato all'immunizzazione della paura, ossia svolge una funzione prettamente difensiva.

Il concetto di “paura” è d'altro canto già significativo di per sé: esso deriva da un etimo indoeuropeo *pat-* che significa essere-battuto, percosso e che ritorna anche in termini come passione, paziente, passività. Il mio intento, tuttavia, non è quello di fare un'analisi psicologica o fisiologica di una condizione umana che è indubbiamente da punto di vista evolutivo necessaria: l'idea è invece di mostrare come moltissimi comportamenti umani siano implicitamente orientati in senso immunologico e difensivistico, anche quei comportamenti che talvolta appaiono aggressivi o prepotenti.

L'evitamento della paura che significa già assoggettamento, si esplica in svariati tentativi di padronanza e controllo più o meno astratti, i quali a loro volta, autonomizzandosi, divengono altrettanto assoggettanti: è il “doppio-vincolo” della “paura della paura”, del duplice assoggettamento.

Ora, al di là di un'elencazione delle paure che potrebbe essere anche molto lunga, mi focalizzerei sui seguenti casi: paura della vecchiaia, della povertà, della malattia, della morte, dell'Altro.

## 2. Paura della vecchiaia

Le società occidentali sembrano connotate da due specificità: l'invecchiamento medio della popolazione e la rimozione della vecchiaia. Mentre in tempi antichi il *senex* (da cui anche il termine “senatore”) o il *ghéron* incarnavano gli ideali della saggezza, della temperanza e dell'esperienza, ora il “vecchio” indica una zona oscura che tendenzialmente le comunità tendono ad escludere e neutralizzare, sino a farne qualcosa che “non esiste”.

Da una parte l'aumento dell'età pensionabile che rende gli individui più a lungo produttivi, dall'altra veri e propri disturbi mentali come la vigoressia o il peterpanismo sono gli indici di un processo di “negazione” diffuso e intrinseco al sistema.

Ma di che cosa abbiamo paura nella vecchiaia? Quali sono i nostri timori? Verrebbe da rispondere d'acchito che temiamo la vecchiaia in quanto legata alla morte, ma forse, più profondamente, temiamo l'*esclusione* dalla società, il “non-appartenere-più” alla *communitas*. Cosicché emarginiamo a tal punto il “vecchio che potenzialmente è in noi” da costruire quegli apparati eterotopici che sono gli ospizi e le residenze per gli anziani, con annesse una serie di competenze, saperi e linguaggi che non celano il loro tentativo di oggettualizzare e controllare a distanza qualcosa che viene percepito come profondamente diverso. Come nei

manicomi, viene rimosso l'“altro-che-noi-siamo” (la follia o l'inconscio che abita ogni soggetto) ma in tal modo s'innescia la duplicazione della paura tantoché finiamo per non temere propriamente la vecchiaia in se stessa, bensì tutto ciò che socialmente è ad essa correlato: la non auto-sufficienza, la dipendenza da altri, l'esclusione e la reclusione (ossimoro quest'ultimo che si ritrova spesso, anche in altri campi, basti pensare al carcere).

### 3. Paura della povertà

In tempi di crisi come questi, l'affacciarsi del rischio di una nuova povertà diffusa alimenta certamente un certo disagio sociale. Già il termine “povero” (dal latino *pauca pariens*, colui che produce poco) contiene in sé un elemento di stigmatizzazione così diffuso che è presente anche in taluni nostri stereotipi come quello che attribuisce ad esempio la povertà dei popoli del Sud alla loro pigrizia e scarsa propensione per il lavoro.

Il povero è *causa sui* perché non essendo produttivo si pone al di fuori del consorzio umano, vivendo anzi parassitariamente alle spalle degli altri. Come nel caso della vecchiaia assistiamo a una sovrapposizione delle paure: temiamo nella povertà di raggiungere quello stato che Giorgio Agamben chiama “nuda vita”, ossia l'uomo ridotto a qualcosa di reale, a una pura corporeità denudata e assimilabile all'animale.

Agamben in effetti distingue tra la vita come *bios*, ossia come esistenza politica e sociale, e *zoe*, la pura vita organica che negli animali è manifesta, mentre nel caso dell'uomo è stratificata e occultata da una serie di poteri e saperi. Qualcosa di simile avviene con il sapere dei medici: una delle paure del malato è quella d'essere ridotto a *zoe*, vita denudata da ogni copertura e ogni filtro razionale (e, a questo punto, sarebbe interessante anche soffermarsi sul ruolo dei “vestiti”, della vergogna, etc.).

Insomma, la paura della povertà è la paura di un denudamento che vediamo proiettato negli altri e che tendiamo a distanziare, similmente ai vecchi o ai malati di mente.

### 4. Paura della malattia

Per secoli la malattia ha costituito un non-sapere, una zona di non-senso nascosto nella parte invisibile del nostro corpo, ma che ciò nondimeno sortisce degli effetti. Il sintomo, ciò che si manifesta, differisce radicalmente dalla verità della malattia che rimane invece un'istanza tanto assillante quanto oscura. Ne parlerò in ottobre a proposito della “verità in medicina”.

La cosa tuttavia che qui diviene pregnante nel mio discorso è come non sia propriamente la malattia in se stessa ad atterrire l'individuo, bensì le

sovrastutture che a partire dal non-sapere della malattia vi si sono erette al di sopra. Parlo ovviamente degli ospedali (anche dal punto di vista puramente architettonico), del sapere medico che utilizza tutto un suo lessico distanziante ed ermetico, del sistema astratto e disumanizzante dei protocolli cosicché non esiste più un “soggetto che conosce”, bensì una serie fredda, rigida e oggettiva di prescrizioni, e infine delle tecniche diagnostiche sempre meno orientate al “faccia a faccia” medico-paziente e affidate invece all’altro grande sapere astratto: il sapere della macchina.

L’effetto di tutta questa ragnatela coprente e dissimulante (ragnatela a sua volta causata sempre dalla paura e, quindi, con una precisa funzione difensivistica) consiste ancora una volta nella duplicazione della paura stessa, ossia nel timore nei confronti degli effetti e dei rimedi finalizzati a limitare la paura originaria.

Da parte del cosiddetto personale curante, d’altronde, la medesima paura si articola solo in apparenza diversamente. C’è una paura metaforica del *contagio* (che poi è etimologicamente affine al “contatto”) poiché il malato è quell’Altro che inquieta e angoschia, ed ogni incontro o relazione prossimale con lui potrebbe comportare un rischio. Emarginato dalla società, assoggettato a sua volta dalla malattia, il paziente viene a sua volta distanziato e recluso, sia simbolicamente (per la presunta privacy, di fatto è un “senza-nome”: ne riparlerò), sia fattivamente con divieti e simboliche varie.

## 5. Paura della morte

Uno degli intenti del filosofo greco Epicuro fu quello di liberare l’uomo dalle sofferenze, ma soprattutto quello di liberarlo da quelle angosce che lo assillano e lo rendono infelice. Sulla base di una fisica materialistica di tipo democriteo, egli formulò così quel “tetrafarmaco” in grado di compiere siffatto prodigio. E nel caso della morte, il rimedio epicureo si fonda puramente su un fattore conoscitivo: non si può avere paura di qualcosa che costituisce un non-essere, dacché se sei vivo la morte non c’è, mentre se sei morto non hai più nulla da temere perché tu non ci sei più.

Nonostante la sua fallacia logica, la paura permane e serpeggia attraverso la nostra società assumendo fogge effettivamente inattese: essa cioè si è trasformata in un fattore economico, così come peraltro la gestione della vecchiaia. Non solo le pompe funebri, ovviamente, ma tutta una serie di servizi anche *post-mortem* come l’affitto dei colombari ad esempio, oppure il comodato oneroso della tomba di famiglia, la lapide con le sue incisioni, forse l’IMU (come seconda casa?), etc.. Tutto avviene cioè come se la morte fosse un prodotto simile a un altro, con il suo markentig, i saldi e le offerte.

Accanto all'economicizzazione della morte, assistiamo a un altro processo che assume un aspetto paradossale e in apparenza contraddittorio: da un lato mai come in questi anni vediamo alla televisione, in internet o sui giornali immagini della morte, mentre gli stessi film (Pulp Fiction, estremizzazione quasi parodistica di questa tendenza) offrono in continuazione scene raccapriccianti di stragi e uccisioni; dall'altro, il morto vero o, potremmo dire, la "nuda vita" nel suo essere-reale, viene nascosta il più possibile e pratiche un tempo affidate ai famigliari (il lavaggio e vestimento del cadavere, la sua ricomposizione, l'allestimento della camera ardente, etc.) vengono delegate ad altri e ad altre strutture.

Non deve sfuggire l'ossimoro sopra proposto: paradossalmente la "nuda vita" (o *zoe*) finisce per coincidere con la "morte" la quale non è l'altro-della-vita *tout court*, ma quell'altro-che-noi-da-sempre-siamo e che continuiamo a nascondere. Traslando solo di un po' il discorso, non è un caso che in ospedale molti pazienti siano presi da una certa angoscia: quando uno stimato medico professionista con aria severa e fredda dice "signora, lo capisce o no che dobbiamo aprirle la pancia?" s'innesci un meccanismo in cui il malato si sente "morto", ossia percepisce di essere una cosa denudata di tutto, un "pezzo di carne" senza "io" e identità.

La medesima sensazione d'altronde è quella che prova l'uomo contemporaneo, "gettato" nel sistema circolare e assoggettante dei consumi: anch'egli infatti è divenuto un "pezzo di carne", un uomo "morto" e "nudo" che funziona all'interno di una struttura astratta e disumana in quanto tassello di una funzione in sé inutile, acefala o, come si dice in arte, "celibe".

## 6. Paura dell'Altro

Il filosofo francese Jacques Derrida ha dedicato gran parte degli anni del suo insegnamento a promuovere quella che si potrebbe definire una "fenomenologia dell'Altro". Quando parliamo di alterità, in effetti, assistiamo a tutta una serie di strategie di filtraggio e schermatura che Derrida non smette di decostruirle mostrandone la natura in gran parte finzionale e immunizzante.

In breve noi abbiamo una paura incontrollabile dell'Altro assoluto che siamo in parte noi stessi, ma anche dell'Altro che è là, lo straniero o l'ospite-nemico (in latino quest'ultimi termini hanno curiosamente lo stesso etimo): tutte le paure che abbiamo sin qui tratteggiato, invero, sembrano delle "figure" di questa alterità. La povertà, la morte, la malattia, la vecchiaia, l'istituzione stessa in quanto istanza che è divenuta-altra e si è trasfigurata.

Ci sono probabilmente delle ragioni per cui oggi sentiamo così tante paure e, soprattutto, paure duplicate, ossia rivolte agli stessi strumenti collettivi di difesa di cui l'uomo si è attrezzato. La mia idea è che ci troviamo innanzi a una



“strategizzazione” della paura, causata a sua volta dal venir meno delle grandi metafisiche e delle grandi meta-narrazioni dell’Ottocento. Il discorso della religione, soprattutto, per secoli è stato un grande palliativo nei confronti della paura, dando un senso escatologico ad ogni cosa e sacralizzando ogni aspetto della nostra vita, sebbene *a latere* la utilizzasse come strumento di disciplina e di controllo (basta pensare all’Inquisizione).

Il problema è che questo discorso è stato parzialmente sostituito dal “discorso della scienza e della tecnica”, il quale spiega certamente molte cose, ma nella sua essenza si è trasformato in un’istanza alienante e disumana: pensiamo al CERN di Ginevra in cui recentemente è stato scoperto il famoso “bosone di Higgs”, particella responsabile della massa di tutta la materia dell’universo. Ciò che domina non sono i migliaia di ricercatori che formicolano attorno alla città svizzera, ma proprio il monumentale, inumano e mastodontico acceleratore che proprio in forza della sua grandezza sembra controllare tutto, simile a una sorta di *monstrum* (e assimilabile a quel mistero o Altro assoluto che la scienza intenderebbe padroneggiare).

## 2° SEMINARIO: LA VERITÀ IN MEDICINA

### SESSIONE 2 OTTOBRE

#### 1. Definizione preliminare del problema della verità

Il problema della verità costituisce uno dei temi fondamentali della riflessione filosofica. Attualmente è al centro del dibattito filosofico tra pensiero debole e nuovo realismo, ad esempio, ma è interessante notare come tale questione non sia proprio avulsa dalla nostra vita quotidiana, al di là delle menzogne e delle finzioni che un po’ tutti abbiamo vissuto in amore o nel campo degli affari, della politica, etc.

Ovviamente la “verità” rappresenta una delle questioni fondamentali del pensiero filosofico e non è mia intenzione affrontarlo qui: ciò che mi interessa focalizzare, invece, è l’uso della verità – anche se non sappiamo davvero che cosa sia -, nonché le sue connessioni con il sapere e il potere. In particolare in ambiente medico vorrei evidenziare come quest’uso sia strategizzato e come anch’esso sia riconducibile ai meccanismi immunologici legati alla paura.

Bisogna comunque iniziare con qualche nozione di base: a partire da Aristotele e in tutta la scolastica medioevale fino a Tommaso d’Acquino, la verità è *adaequatio intellectus et rei*, cioè adeguazione del pensiero (o, meglio, della proposizione) alla cosa. Tutto sembra semplice: quando affermo che questo foglio di carta è bianco, ed



è bianco, allora ho detto la verità. E tuttavia la stessa bianchezza è relativa, anche se tutti concordano che questo foglio è bianco: in quanto tale, ad esempio, esso riflette i colori circostanti e come ben sanno fotografi e pittori ci sono ombreggiature azzurre, rosa, grigie, tonalità gialle, rosse, etc.. E' per tale ragione, ad esempio, che i tecnici di ripresa TV usano l'espressione idiomatica "battere il bianco", il che significa "tarare" la macchina su qualcosa che ai più, in una determinata circostanza, sembra "bianco".

Si potrebbe anche dire allora che il bianco assoluto non esiste e che quindi l'espressione "questo foglio è bianco" è solo parzialmente vera; oppure che, per comprendere la stessa espressione, dobbiamo concordare il tipo di linguaggio che utilizziamo e le norme sintattiche che lo regolano (un buontempone potrebbe anche immaginare un linguaggio in cui le parole significano il proprio contrario e, quindi, risulterebbe vera semmai la frase: questo foglio è nero).

Ora, per dipanare tutte queste questioni, Alfred Tarski formula la sua teoria della verità in base alla quale ogni espressione del tipo "questo foglio è bianco" necessita sempre di un "metalinguaggio", cioè di un accordo tra le persone in merito alla lingua che si utilizza, al campo di oggetti che si vuole significare, il modo in cui questi vengono significati, la sintassi, etc. etc.. In altre parole siamo innanzi a un "indebolimento" della nozione di verità che un po' riguarda tutto il pensiero novecentesco. Heidegger, ad esempio, si richiama all'idea greca di verità (*aletheia*) che significava originariamente dis-velamento, cioè il manifestarsi da un fondo oscuro che tuttavia permane ed è coesistente alla verità stessa.

Ancora una suggestione prima di interrompere questo *excursus* filosofico: si sono sviluppate attorno agli anni Settanta le cosiddette logiche *fuzzy* o "dialeteistiche" che sostengono che non esistono solo 2 valori della verità (vero o falso), ma c'è tutta una gradazione percentuale per cui il foglio bianco è solo in parte bianco, mentre proprio per le sue sfumature gialle, rosa, azzurre, etc. in qualche modo è anche non-bianco. La cosa curiosa è che questo tipo di logica ha trovato molte applicazioni nella tecnologia per cui essa viene utilizzata nei meccanismi di controllo di parecchi nostri elettrodomestici.

## 2. La nascita della clinica

Precipitando il discorso su questioni che più ci interessano, in *Nascita della clinica* (1963) Michel Foucault sovverte la nostra abituale concezione di un sapere medico via via emancipato dalle suggestioni filosofiche e metafisiche del Seicento ed avviato verso una prospettiva di assoluta scientificità o, se vogliamo, di verità assoluta. Nel Seicento lo scrupolo dei medici era soprattutto quello di descrivere e classificare i sintomi, con una miriade di termini per suddividere ad esempio i vari tipi di tumefazioni della pelle o i generi differenti di febbre. La verità della malattia era ciò

che appariva alla superficie e il controllo o la padronanza che se ne poteva avere era unicamente legato a un tipo di sapere gerarchico, tassonomico e tabularizzato. Un po' come in tempi coesi avveniva in zoologia, in botanica, ma anche nello studio del linguaggio umano e in altre scienze.

Ciò che per Foucault tuttavia era fondamentale era la "visibilità", l'essere-visto del sintomo e la sua conseguente classificazione immunizzante. Questa istanza permane anche nell'epoca successiva, quando tuttavia l'intero impianto del sapere cambia connotati. Siamo alle soglie dell'anatomia patologica di Bichat, dove il *verum* nosologico, la verità della malattia non è più visibile sulla superficie del corpo, ma essa dev'essere vista all'interno. Ecco allora il senso del paradosso che Foucault non omette di citare, e cioè che la verità della malattia diviene alla fin fine la morte, poiché solo con essa "se ne potrà sapere".

Per Foucault, dunque, il sapere medico dipende da certe congiunture esterne e si articola in precisi rapporti di forza storicamente determinati. Se caliamo quest'esperienza sulla realtà medica contemporanea, infatti, troviamo sorprendenti analogie e differenze. Vediamole un po':

1. Il fatto che in medicina il *verum* coincida con il *visum* (il "visto") è oggi evidente nell'utilizzo spesso smoderato della diagnostica basata sull'*imaging*. Da un lato nel primo seminario s'era notato come ciò sia dovuto a motivi di sicurezza (nel senso della delega ad altri o ad altro) e di difesa; dall'altro mi pare chiaro come l'uso massivo e spesso ridondante di risonanze, Pet, TAC, eco, esami istologici, etc. sia finalizzato alla visibilizzazione del tessuto patogeno, come se appunto la verità insistesse in quel tessuto (ecco la verità come *adaequatio intellectus et rei*)
2. D'altronde oggi assistiamo a un gioco del sapere e del non-sapere sul quale s'innestano indubbie dinamiche di potere. Chi sa in fondo è la macchina o, se vogliamo, il tecnico che l'adopera e non certo il medico curante che invece non ne sa nulla, essendo assolutamente incapace di vedere. Questo deficit di sapere innesca un circuito vizioso cosicché assistiamo a forme di compensazione che si esplicitano in nuove forme di esercizio del potere (nel senso che proprio il "non-sapere" viene utilizzato quale strumento di assoggettamento).
3. La presa di distanza da parte del medico nei confronti del paziente, allora, può esser letta non soltanto in termini di paura (paura della malattia, dell'Altro, del contagio, del vecchio, etc.), ma appunto nel senso del bisogno di una presunta visibilizzazione della malattia. Donde il venir meno delle classiche indagini diagnostiche manuali come la palpazione o di indagini più dirette (l'osservazione della morfologia anatomica, le varie forme di ispezione, le auscultazioni, etc.) e ormai il tramonto dell'anamnesi (come dice ancora il

Doctor House: il paziente mente sempre!), talche il malato non viene più creduto.

4. Se la visibilità è dovuta alle capacità di *imaging* delle macchine, un'ulteriore conseguenza consiste nella pigrizia mentale del medico, rafforzata peraltro dalla cogenza dei saperi protocollari: non c'è più un rapporto medico-paziente, ma un rapporto tra macchina e protocolli astratti e un oggetto che dev'essere indagato scientificamente.

### 3. Il paradosso del "sapere troppo"

Quando Heidegger parla di verità come dis-velamento, ci dice che per quanto noi cerchiamo di visibilizzare la malattia, ci sarà sempre un resto oscuro che tuttavia svolgerà un ruolo fondamentale. Ad esempio, la verità oncologica non è più soltanto quella della tumefazione, bensì il tipo di cellule, la loro responsività a determinati ormoni, etc., per non parlare poi della struttura genetica e delle anomalie ivi contenute. Il vero insomma non è più "scopico" ma sempre più "microscopico" (se non "nano-scopico"). Non è dunque un'aberrazione sentirsi dire dal medico che non può dir nulla, sinché non si avranno i risultati istologici, anche se il buon senso potrebbe di suo già essere predittivo della malignità o meno di un tessuto.

Un esempio abbastanza eclatante di come funzioni il concetto di verità in Martin Heidegger è stato rappresentato dal fatto accaduto qualche mese fa, peraltro con notevole risonanza mediatica, dell'assoluzione "per non aver commesso il fatto" di Amanda Knox e Raffaele Sollecito nel caso Meredith Kerscher.

Gli antefatti credo siano un po' noti a tutti in Italia: quattro anni fa venne commesso a Perugia un delitto abbastanza inquietante. Quaranta coltellate, violenza sessuale, nessuna traccia di scasso nell'appartamento dove la vittima conviveva con la Knox e Sollecito. I primi indagati furono pertanto le persone più vicine alla Kerscher e, quindi, i suoi coinquilini. Poi seguirono i profili psicologici e criminologici che individuarono nella Knox un disturbo della personalità, qualcosa che potremmo chiamare disturbo *border-line*, nonché la debolezza caratteriale del Sollecito, succube, a detta degli investigatori, della sua amante. Quindi vennero fatti gli esami del DNA che provarono definitivamente la presenza degli imputati sulla scena del delitto.

Da questa congerie di dati e prove si arrivò alla condanna in prima istanza dei due sospettati. Ciò che però già allora sconcertò fu la mastodontica mole di notizie, saperi, competenze e immagini che si stratificarono attorno al caso. L'evento fu "mediatizzato" e sottoposto a un'inflazione epistemologica: la verità, insomma, la prova certa della canna fumante c'era ed era la traccia del DNA di Sollecito sulla fibbia del reggiseno della Kerscher. La verità era divenuta cioè visibile e incontrovertibile; il *verum* si era trasformato in un *visum*.

Ma si tratta davvero di una verità oggettiva, di una realtà effettivamente accaduta? E come può essere reso visibile un evento, un fatto cruento come l'omicidio avvenuto in un momento ormai definitivamente passato? E quando parliamo metaforicamente di "scena del delitto" non alludiamo forse a una qualche finzione che serve senza dubbio a ri-costruire una verità, ma rimane sempre e comunque una verità *ricostruita*, una quasi-verità?

L'idea è che a fronte di un eccesso di visibilità corrisponda una certa oscurità, un non-sapere. Il caso Meredith comportò a suo tempo un debordante affastellarsi di immagini, saperi, ricostruzioni visibili, basti pensare ai Talk Show di Vespa, di Sky, etc.. Inoltre ci fu l'esigenza quasi "scoptofiliaca" di vedere sino in fondo, "dentro" ai tessuti, fino ad arrivare alla struttura del DNA. Soltanto che quest'eccesso diagnostico – diciamo così – ha portato al suo esatto opposto, a un non-sapere, datoché i dati erano stati mal estrapolati e non erano sicuri.

Una cosa analoga avviene nella medicina. Nel serial televisivo *Doctor House* spesso il protagonista sostiene di odiare le risonanze *total body*, che invece dovrebbero scovare ogni traccia patologica, anche la più minuscola, asintomatica e recondita. Però – dice il protagonista – quando si è davanti a un quadro sintomatologico di cui non si conosce ancora l'origine e la struttura, il *surplus* di dati che dovrebbe darci la "realtà" organismica così come essa è, diviene del tutto fuorviante. Invece di accertare la verità, l'eccesso di realismo, il "vedere troppo" ci porta fuori strada e ci inganna. La troppa luce diviene "luce nera", una luce accecante. Meglio dunque una diagnostica basata sull'interpretazione dei sintomi, così come è meglio un'indagine criminologica basata sulla correlazione logica degli indizi e sulla classica triade: vittima/arma del delitto/movente. Ciò che appare e si manifesta è appena una parte della verità, mentre la sua essenza è ciò che originariamente si ritrae e si sottrae allo sguardo. La verità nosologica non è dunque ciò che si manifesta agli occhi del medico, ma esattamente all'opposto ciò che non si vede e non si può vedere.

Dobbiamo astare attenti tuttavia a non confondere questa oscurità con un "non-ancora-saputo" o "non-ancora-visto": è in gioco semmai una zona di impadroneggiabilità, di non-padronanza costitutiva che potremmo anche definire "non-senso", ciò che sfugge ad ogni logica e a ogni possibilità di comprensione. Eppure la medicina non smette di cercare una comprensione esaustiva, specializzando i suoi saperi, moltiplicando le strategie diagnostiche di visibilizzazione, protocollando ogni atteggiamento terapeutico. Il malato si trasforma così in un "oggetto", in uno spazio ove può liberamente dispiegarsi il cosiddetto biopotere: il paziente "non-sa" e il medico è quel "soggetto supposto sapere" che "finge" di sapere, ma che proprio per il fatto di non-sapere a sua volta può esercitare il suo potere. Non è un caso che il linguaggio oltremodo tecnico della medicina appaia talvolta sospetto e miri semmai a un nascondimento, a una sorta di dissimulazione: non si tratta del velamento originario della verità, ma di

occultamento strategizzato e secondario che è finalizzato esclusivamente a celare il proprio non-sapere.

E' in questi doppi nascondimenti, allora, che si gioca la partita nosologica, ove l'ospedale diviene, come abbiamo visto, quella che Foucault chiama eterotopia, ossia quello spazio-altro in cui vigono leggi e poteri ben differenti dal mondo esterno. Non vorrei tuttavia cedere troppo su d'un piano che qualcuno potrebbe definire troppo ideologico e basagliano: anche il medico si ritrova a sua volta assoggettato, nella misura in cui a cagione del proprio non-sapere si abbandona difensivamente a modalità operative e protocolli standardizzati. Il malato diviene un malato "astratto", ma il curante viene a sua volta assoggettato da un sapere altrettanto astratto che lo induce ad agire in determinati modi e non in altri.

In breve, la malattia costituisce quell'Altro attorno al quale si condensano svariate modalità di immunizzazione e autoimmunizzazione, ossia di difesa nei confronti della malattia stessa, difesa nei confronti dell'astrazione dei protocolli terapeutici, difesa nei confronti del proprio non-sapere. E, ancora in virtù di questa alterità radicale e impossibile – osserva Foucault – assistiamo alla produzione di saperi (la conoscenza medica, l'idea della verità come visibilità, etc.), alla formazione di rapporti di potere differenti dal mondo esterno (il potere del medico sul malato e dell'istituzione astratta sul medico) e, infine, alla produzione di soggettività: il soggetto "malato".

## SESSIONE 9 OTTOBRE

### 1. Sapere e potere

Una delle critiche più frequentemente rivolte a Foucault è d'aver fatto coincidere il potere e il sapere. In effetti non è propriamente così: il filosofo francese parla di tre elementi irriducibili che si intersecano in ogni epoca e in ogni luogo tra di loro. C'è innanzitutto un dispositivo microfisico di potere che non necessariamente viene incarnato dal sovrano o dal monarca assoluto, ma è effettivamente produttivo, cioè provoca degli effetti nel reale. Successivamente il potere agisce e condiziona il sapere non nel senso che sono la stessa cosa, ma perché il primo crea i presupposti del secondo: il dispositivo del manicomio, dell'ospedale, della caserma, etc. istituiscono dei saperi ben specifici che creano il proprio oggetto d'applicazione. Ecco che alla fine tutto ciò produce dei "soggetti" (nel senso dell'essere-assoggettati): il malato, il matto, il soldato. Sapere, potere e soggettivazione si coniugano in un unico fascio di relazioni che caratterizzano, ad esempio, l'ospedale con tutto i suoi giuochi di assoggettamento, padronanza, gerarchia, gestione della conoscenza, verità.

Ora, il discorso che vorrei affrontare è un parziale sovvertimento dell'impostazione foucaultiana, virandola in senso immunologico: il potere manifesta i suoi effetti attraverso uno "pseudo"-sapere che deriva da un originario non-sapere. *Laddove non si sa, ivi si può*, si potrebbe dire con un aforisma.

Il termine "potere" ha un'origine strana e inaspettata: ne hanno parlato il linguista Benveniste e successivamente Derrida. La sua radice *pot-* è riconducibile infatti al latino *ipse* a sua volta legato a *id-*, radice a sua volta presente nel termine "identità". L'idea di Benveniste è che il potere sia legato, dunque, a qualcosa come l' "essere-se-stessi" e la propria identità: io sono "io" perché posso o ho-potere.

Al contrario, qualcosa come l'impotenza sembra cedere sul piano della soggettività: essa indicherebbe una perdita, una spersonalizzazione, un non-essere-più-io. Traslando il discorso su quello di Foucault, potremmo allora affermare che il sapere e il potere sono legati tra di loro nella misura in cui il primo fattore è in grado di consolidare il soggetto, fatto questo peraltro evidente e ben rintracciabile in tutta la cultura occidentale a partire dal motto delfico *gnozi sauton*, "conosci te stesso" o nel cogito cartesiano.

Nella prospettiva immunologica che ho adottato, tuttavia, il potere e l'impotenza non possono essere così disgiunti. Anzi, è come se il potere costituisse una reazione protettiva nei confronti di un'impotenza o impossibilità più originaria: noi non nasciamo già identici e potenti, ma al contrario non smettiamo di costruire identità e soggetti al di sopra di un'alterità, un essere-Altro ancora più originario. La stessa riflessione dello psicanalista francese Jacques Lacan, sovente così oscuro da essere incomprensibile, è riconducibile a questo paradosso, cioè al fatto che il soggetto è una ricostruzione simbolica e immaginaria che ricopre una zona oscura e insensata: l'inconscio.

Ora, tornando ai temi che più ci interessano, si potrebbe dire che la malattia (e perché no, la vecchiaia) non farebbe che richiamare questa alterità che abita silente ciascuno di noi. Ma ciò significa, anche, che l'eccesso di potere che talvolta riscontriamo nell'ambiente ospedaliero non è dovuto alla cattiveria dei singoli attori, ma da un contesto che è originariamente un contesto di impotenza. Il potere emerge paradossalmente da un non-potere.

Possiamo così comprendere come oggi i rapporti all'interno delle case di cura o degli ospedali sia abbastanza conflittuale, una sorta di lotta tra poteri. E anche come la gestione del sapere (in quanto legato al potere) sia quantomai strategizzata. Il medico "soggetto supposto sapere" non-sa e delega alle macchine il proprio sapere, ma nello stesso tempo deve compensare questo non-sapere di cui ne va della propria identità (anche professionale) eccedendo nell'esercizio del suo potere, sia nei confronti dei colleghi e del personale infermieristico, sia nei confronti – e ciò che

ancora più grave – dei pazienti. Dall'altra parte il non-sapere del paziente si trasforma in una procedura legale di risarcimento danni, donde il paradosso dei consensi informati in cui, alla base, dopo un eccesso informativo si sostiene che in qualunque situazione medico-ospedaliera c'è un rischio di morte. Il potere (che è sempre legato al sapere), dunque, viene esercitato anche attraverso il non-sapere.

## 2. Non-sapere e *privacy*

Dobbiamo stare attenti a non confondere i due piani del non-sapere: c'è un non-sapere originario che riguarda la verità della malattia e un non-sapere strategico che è finalizzato all'esercizio del potere. Classico il caso del lavoratore più anziano che non trasferisce completamente le sue competenze all'apprendista, per poter essere ancora indispensabile per la sua azienda e per creare una dipendenza rispetto al più giovane.

Vorrei quindi anche accennare al problema delle normative sulla *privacy* che s'incentrano proprio su un non-sapere di questo tipo. Si tratta come ben noto di una serie di leggi volte a tutelare la vita privata di ciascuno: "privato" deriva d'altra parte dal latino *privus*, che letteralmente significava "che sta da sé", ma che allude anche a una qualche "mancanza" (la mancanza di incarichi pubblici, per la precisione).

Il termine inoltre si contrappone a "pubblico" e latatamente a "comunità": il privato è colui che è singolo e che è mancante della *communitas*. Possiamo leggere anche la *privacy*, come una manifestazione della paura e, più in dettaglio, paura degli altri: la "comunità" da un lato protegge il singolo, ma dall'altro lo minaccia continuamente nella sua individualità, cioè lo "espropria" con le sue obbligazioni e le sue leggi.

L'introduzione delle norme della *privacy* in ambito ospedaliero, oltre a indubbi effetti negativi sulla prassi quotidiana del personale medico e infermieristico, mette invero in gioco una condizione assolutamente paradossale. Se la *privacy* dovrebbe garantire il singolo nei confronti della comunità, cioè dovrebbe assicurarlo circa la propria autonomia evitando ogni forma di alienazione, ecco che ci troviamo all'improvviso innanzi a una situazione assolutamente invertita. Nella sua applicazione, il malato (e i parenti del malato) si trovano a essere completamente alienati, fuori-gioco e "dipendenti" da un sapere medico cui non possono accedere.

Se infatti la *privacy* alla fin fine si riduce a un non-sapere (non si può sapere il nome degli ammalati, la patologia, le prove diagnostiche da effettuare, etc.), nel senso che ho evidenziato poc'anzi (cioè che il sapere si lega al potere e all'identità), è ovvio come essa comporti qualcosa come un non-essere-più-individuo con tutti gli effetti di assoggettamento che ne conseguono.

Sin qui l'aspetto formale della faccenda, ovvero la *privacy* di fatto è la negazione di sé; e come dice Foucault, quando a livello legislativo si interviene in un certo modo,



cioè enfatizzando talune norme a scapito di altre, è quasi sempre vero che si mira esattamente all'opposto di quanto manifestamente dichiarato: nel nostro caso la privacy mirerebbe fattualmente a un incremento del pubblico e del collettivo. Il fatto invece più interessante per noi è valutare il modo in cui il non-sapere della privacy venga utilizzato quale strumento paradossale di potere e conduca, ad esempio, a strategie di identificazione suppletive che a loro volta sono ulteriormente alienanti (bracciali, numeri, etc.): invece che dal proprio nome e cognome, il malato viene così identificato/disidentificato da numeri o codici alfanumerici, oppure da espressioni del tipo "quello che ha questa e quest'altra patologia". La privacy comporta una de-privazione, una mancanza.

### 3. La burocratizzazione

Una delle strategie di immunizzazione più diffusa consiste nell'eccesso burocratico: il non-sapere viene cioè "coperto" da un ulteriore livello di pseudo-sapere che, similmente a uno schermo protettivo, distanzia la realtà. Tutta la processazione della malattia (il termine processazione – orribile – deriva da un anglismo che codifica quest'attività burocratica: *processing management*) finisce per occupare il posto della diagnosi e della prognosi; o meglio tutto tutto si riduce alle tracce scritte che sostituiscono sia il malato che la malattia.

Anche in questa forma di potere, derivante ancora dal non-sapere, assistiamo alle distorsioni già in altri casi evidenziate: la burocrazia, infatti, tende ad autonomizzarsi e divenire fine a se stessa. Ad esempio i consensi informati sono siffatti da non essere quasi mai compresi né spiegati nel dettaglio (anche perché talora informativamente eccessivi), ma ciò dipende dal fatto che essi sono perlopiù fine a se stessi e più che a informare sono finalizzati ad eventuali tattiche di difesa.

Facendo ancora un po' di etimologia, questo passaggio dal concreto all'astratto che poi si reifica, cioè diventa qualcosa di reale, si evince pure dall'evoluzione della parola burocrazia (il *kratos* del *bure*): in linguaggio francofono, infatti, il *bure* indicava la stoffa di velluto che ricopriva le scrivanie di rappresentanza. Successivamente essa è andata a significare – per uno strano meccanismo di sineddoche e metonimia – il luogo in cui era contenuta la scrivania – l'ufficio – per poi indicare il sistema astratto che controlla l'operare degli uffici. Da semplice stoffa, insomma, la burocrazia è andata a significare l'orizzonte di senso in cui avviene una determinata iscrizione. Inoltre, il latino *officium* indicava un compito da eseguire, qualcosa che dev'essere-fatto, operato: la burocrazia controlla la pratica, ma di fatto la sostituisce, è una pseudo-pratica o una finzione che si sostituisce alla realtà vera e propria.

Assoggettato dalla malattia, dal non-sapere medico, dal sapere astratto delle macchine, ora il paziente è anche assoggettato a un sistema astratto di azioni e di

pratiche assolutamente avulse dalla realtà e non funzionali alla guarigione. Non c'è più la verità come adeguazione della proposizione alla cosa, poiché ci sono solo proposizioni, cioè documenti scritti che simulano delle pratiche effettive e che si trasformati nell'unica realtà.

*Il processo* di Franz Kafka racconta perfettamente i giochi che si innescano tra il non-sapere, il potere e la burocrazia. Il protagonista – la storia credo sia abbastanza nota – il signor K. si trova suo malgrado invischiato in una presunta accusa nei suoi confronti. Egli “non ne sa nulla”, ma ciò nondimeno si trova irretito nella trappola della giustizia o, meglio, nella sua burocrazia reticolare. Passa da un ufficio all'altro; nomina un difensore e cerca persino di trovare delle scorciatoie accorgendosi che pure queste sono burocratizzate, codificate e normate. Alla fine desiste dalla difesa e si ritrova condannato a morte senza conoscerne la ragione.

Alla base c'è il non-sapere: nessuno sa veramente il capo d'imputazione, né il signor K., né il suo difensore, né la miriade di burocrati via via interpellati; eppure o, meglio, proprio in forza di ciò, emerge ovunque un potere smisurato, disumano e alienante in cui il non-sapere (della giustizia?) viene coperto dalle forme difensive delle pratiche, delle procedure, dei funzionari. Ancora un esempio giuridico: chi ha studiato giurisprudenza si sarà reso conto che mentre la sostanza della legge – i codici penale e civile – non è così complessa e abnorme, le procedure invece solo mastodontiche e talvolta quasi indecifrabili.

#### **4. Verità, paura e non-sapere**

Potremmo conclusivamente legare le tematiche riguardanti la paura con quelle relative alla verità. Quest'ultima si dimostra ambivalente e si manifesta secondo una molteplice angolatura: 1) la verità assoluta del protocollo che si trasforma in un sapere astratto, poco elastico e alienante; 2) la verità (finzionale) della burocrazie che si sostituisce alla realtà nosologica; 3) la verità heideggeriana, cioè il non-sapere, sicché ogni verità cela in sé il proprio Altro e, se vogliamo, incarna il principale oggetto delle nostre paure.

In tutti i casi il non-sapere che viene strategizzato in senso difensivistico: io non so, per cui se commetto un errore la responsabilità è del sapere protocollare, condiviso e collettivo che ho applicato; oppure io non so ma conosco le procedure che regolano le pratiche mediche e che fungono da realtà; infine, io non so, ma posseggo la macchina che conosce al posto mio, ma che non fa che visibilizzare la malattia e quindi sostituisce semplicemente una pratica anatomo-patologica che obiettivamente non coincide con una supposta “verità” assoluta della malattia.

La paura nei confronti del non-sapere implica quindi una sorta di immunizzazione che si traduce in un eccesso di potere e che riguarda tutti gli attori della vita

ospedaliera. Il non-sapere viene compensato dal potere, cioè dall'illusione di essere libero da vincoli e dipendenze.

Eppure, il non-sapere viene utilizzato esso stesso ai fini del potere: ciò che è la causa delle nostre paure viene utilizzato come strumento di difesa da se stesso, secondo il migliore dei copioni dell'immunologia. Siamo ritornati – e qui mi sentirei di concludere – ai paradossi della duplicazione della paura e ai meccanismi di funzionamento del tardocapitalismo. Ciò che minaccia ed è pericoloso viene a sua volta utilizzato quale strumento di difesa: la paura è funzionale al sistema ed è ciò che l'individuo dovrebbe temere *in primis*. D'altronde, in ospedale serpeggia la paura del non-sapere, ma il non-sapere viene utilizzato a sua volta quale antidoto nei confronti di se stesso.