

L'INVITO

«Quando offri un pranzo o una cena, non invitare i tuoi amici, né i tuoi fratelli, né i tuoi parenti, né i tuoi vicini ricchi; altrimenti anch'essi inviteranno te e tu ne avresti il contraccambio, ma quando tieni un convito invita i poveri, gli storpi, gli zoppi, i ciechi; e sarai felice, perché non hanno di che ricompensarti; ma ne avrai ricompensa nella resurrezione dei giusti». (Lc. 14, 12-14)

... è venuto il tempo in cui, nè su questo monte, nè in Gerusalemme, adorerete il Padre... Ma viene il tempo, anzi è questo, in cui i veri adoratori adoreranno il Padre in spirito e verità. (Gv. 4,21-23)

Trimestrale - Sped. a.p. art. 2 comma 20/c
L. 662/96 - Filiale TN

n. 190
Inverno 2003 - Anno XXVI

SOMMARIO

- Di che religione è Dio? • Modernità, vuoto etico istituzionale ed "eugenetica dell'indesiderabile" (*segue*) • Eutanasia, l'ultimo tabù • Il paradigma scientifico: il corpo-oggetto nel regno della medicina
- Ha ancora senso parlare di "politica"?

Di che religione è Dio?

di Pier Giorgio Rauzi

Nella grande manifestazione pacifista del 15 febbraio scorso a Roma, quella oscurata dalla TV pubblica in ossequio ai desideri del padrone, tra i tanti cartelli che animavano il corteo uno ci è sembrato particolarmente degno di essere ripreso e chiosato, quello appunto che si domandava di che religione fosse Dio. Evidentemente, secondo gli estensori della domanda Dio potrebbe appartenere alla religione che permette a Bush di muoversi in conformità alla certezza che comunque Dio benedice l'America come regno del Bene e la guida contro il regno del Male che l'anno scorso si concentrava in Afganistan, oggi in Irak e domani chissà dove; oppure potrebbe appartenere a quella religione che permette a Bin Laden di smentire il suo antagonista sostenendo che Dio era alla guida degli aerei e benediceva i piloti suicidi che si schiantavano contro le torri gemelle garantendo a loro e anche a tutti quelli che via via s'im-

moleranno contro il grande Satana americano la ricompensa eterna nei cieli; ma potrebbe appartenere anche al cristiano caldeo Tarek Aziz che va ad Assisi a pregare San Francesco perché lo assolve dai crimini perpetrati contro i Curdi e contro i nemici e gli oppositori del regime irakeno di cui lui è da sempre parte cospicua; così come potrebbe appartenere alla religione del cardinale Ratzinger (quello che si ritiene diretto portavoce di Dio e che garantisce l'infallibilità papale tramite suo) che - in un recente documento, si fa per dire, autorevole - ai cattolici in politica non concede nessuna attenuante né generica né specifica quando sono chiamati a legiferare o a decidere sul "non uccidere" tramite aborto, mentre concede ampia possibilità di distinguere e di decidere sul "non uccidere" in guerra data la complessità del problema che di volta in volta potrebbe presentarsi. Ma potrebbe appartenere anche alla reli-

ABBONARSI a L'INVITO è il modo più concreto non solo per collaborare a risolvere i problemi delle nostre ristrettezze economiche, ma anche per inviarci un segno che di queste cose di cui ci interessiamo vale la pena di continuare a discutere, ad approfondire, a suscitare dibattito e riflessione.

PER CONTINUARE ABBIAMO BISOGNO DELL'AIUTO ANCHE DEI PIÙ DISTRATTI

**S.O.S.
CAMPAGNA ABBONAMENTI
2003**

Il versamento di € 15,00 va fatto sul c.c.p. n. 16543381 intestato a L'INVITO - Via Salè, n. 111 - 38050 POVO (TN).

gione del dio Po delle ampolle di Bossi che con l'altra mano brandisce il crocifisso contro la mezzaluna e che con l'aiuto di Fini dà la caccia a tutti quei poveri cristi che non hanno le carte in regola per rispondere alle esclusive esigenze del PIL e delle inesorabili leggi del mercato. E l'elenco di appartenenze di Dio con relative appropriazioni potrebbe proseguire a lungo in ambito nostrano e in ambito planetario, dal momento che c'è sempre da qualche parte un "unto del Signore" che rivendica l'esclusiva di un Dio che lo legittima nell'esercizio del potere comunque acquisito.

In un quadro di questo tipo il desiderio di pace espresso e cantato da John Lennon nella sua "Imagine" e ripreso e condiviso da tante persone nei giorni scorsi a prescindere dalla loro collocazione di fede, per un mondo finalmente senza paradiso (visto che è possibile prometterlo anche ai terroristi/suicidi come ricompensa del loro sacrificio), ma anche senza inferno (dove è sempre possibile collocare il grande Satana, i suoi seguaci e i rispettivi regni del Male) e senza nazioni e senza religioni (visto che in nome delle une e delle altre c'è sempre qualcuno che continua a ritenersi legittimato a sbudellare qualcun altro in base ai rapporti di forza).

Ma quando abbiamo finito di cantare e ci sentiamo sollevati per aver

espresso tutti insieme appassionatamente un tale desiderio di pace che ci accomuna come esseri umani in pericolo a prescindere da ogni distinzione e da ogni differenza, siamo proprio sicuri che le differenze siano solo e necessariamente fonte di ostilità aggressiva, di competizione, di inimicizia e di guerra? e che non ci sia oggi né ci sarà mai più in futuro qualche "buona" ragione per la quale sacrificare la stessa vita? Forse che la speranza è collocabile solo in un minimo comun denominatore che cancella le differenze e annulla il contributo di memoria e di vissuto nel bene e nel male, nella gioia e nella sofferenza, che ogni differenza è venuta costruendo lungo i millenni?

Non si tratta perciò di chiedersi se ci sia o quale sia il futuro delle religioni, e nemmeno di chiedersi quale sia il futuro della tecnoscienza o della stessa globalizzazione. Forse la grande questione in cui collocare anche il discorso sulle religioni è quella del futuro del pianeta e del futuro in esso dell'umanità, perché non è un futuro garantito – come veniva autorevolmente detto al Forum di Porto Alegre.

Una modernità riflessiva che non crede più nelle magnifiche sorti e progressive dell'umanità è costretta a fare i conti con la consapevolezza che abbiamo creato il principio di autodistruzione e la concreta possibilità di rea-

lizzarla: con le armi già accumulate e costruite, nucleari, biologiche, chimiche in mano a pochi potenti inaffidabili, siano essi feroci dittatori non eletti da nessuno o ottusi petrolieri eletti dalla "stragrande minoranza" dei loro cittadini, possiamo vanificare il progetto planetario umano, danneggiare profondamente la biosfera, decimare milioni di specie viventi. Noi esseri umani possiamo essere i distruttori della terra, proprio noi che siamo stati chiamati a essere i giardinieri che se ne prendono cura. La questione allora eventualmente è in che misura le religioni aiutino ad alimentare se non proprio a garantire un futuro di speranza per il pianeta come unica casa comune, dal momento che non ne abbiamo un'altra dove abitare. E quale futuro possiamo offrire all'umanità, perché viva in questa casa comune con un minimo di convivialità e senza conflitti esiziali.

Le religioni, di cui si constata una ripresa diffusa dopo l'eclissi della secolarizzazione (e se di "eclissi del sacro" si trattava è nella logica dell'eclissi che il sacro torni a brillare), possono portare saggezza, redenzione e liberazione, ma possono anche rendere più drammatica la situazione degli esseri umani – come la storia ci testimonia e racconta. La malattia più diffusa infatti delle religioni, specialmente quando si pongono e si offrono

come risposta alla crisi d'identità e all'anomia indotta dal mutamento sociale e dal processo di modernizzazione con la sua razionalità (rigorosamente rispetto allo scopo), è il fondamentalismo. E ogni fondamentalismo, specie quando si presenta con la pretesa di esclusivo detentore e gestore dell'unica verità che salva, è aggressivo ed escludente. Il grande rischio oggi è proprio quello del fondamentalismo e non solo di quello religioso. Non possiamo dimenticare che c'è anche il fondamentalismo del mercato, come unica forma di organizzazione dell'economia, il fondamentalismo neoliberista, che si presenta saccente e orgoglioso pretendendo di imporre la nostra società occidentale attuale come unica forma in grado di strutturare al meglio la società in ogni dove e sostenendo che non vi siano forme alternative.

Ma certamente quello che più mobilita le persone, e per cui le persone sono disposte a dare anche la vita, è il fondamentalismo religioso. Ed è da questa constatazione che Hans Kung prende le mosse per sostenere che la pace politica del mondo dipende dalla pace religiosa e che questa pace religiosa dipende dal dialogo interreligioso e che il dialogo tra le religioni dipende dalla loro disponibilità a mettere l'accento sugli aspetti comuni e non sui punti di differenza. E i punti in comu-

ne sembrerebbero essere: a) quello di offrire una prospettiva di vita che vada oltre il limite della morte (limite in questo caso accettato ed elaborato come soglia), e, b) quello della com/passione per chi muore prima del tempo, per chi deve fare i conti in partenza o durante il percorso con qualsiasi handicap che renda impari le sue opportunità di vita, per chi si trova o viene a trovarsi collocato tra gli impoveriti e i condannati della terra.

In questi punti di convergenza minima si colloca la spiritualità di base delle religioni.

Il fatto poi che su questa convergenza minima s'inserisca la grande differenziazione operata dai vari contesti culturali sul pianeta e nell'arco multimillenario della storia non dovrebbe essere inevitabilmente motivo di contrapposizione, nonostante questo in troppe situazioni sia avvenuto, quanto piuttosto fonte di arricchimento reciproco e di presa d'atto dell'inesauribilità di Dio e dell'impossibilità di racchiuderlo in schemi di potere e in pretese di possederlo in esclusiva.

In questo senso è bene che vi siano molte religioni.

"Non possiamo - chiosava Leonardo Boff a Porto Alegre - difendere la biodiversità, pensare che quanti più animali e quante più piante vivano tanto meglio sia, e poi, quando arriviamo alle religioni, dire che deve es-

sercene solo una, che le altre non vanno bene. E' contraddittorio. Quanto più numerose sono le religioni, tanto più rivelano dimensioni del mistero della creazione" e percorsi di rivelazione. "Questa è la spiritualità che ci aiuta a creare un'atmosfera di speranza per gli esseri umani" e che permette alla fede di andare al di là delle angustie insite spesso nelle malriposte pretese religiose.

Se le religioni si sforzassero di leggere la realtà del presente e la storia dal punto di vista delle vittime, dei poveri, degli ultimi, invece che arroccarsi nei fondamentalismi del proprio potere e dei poteri di cui si prestano a essere funzionali, imparerebbero a cogliere Dio anche al di fuori delle proprie mura, delle proprie pareti, dei propri schemi, per viverci come tramite del suo amore e della sua infinita e perciò infinitamente varia capacità di manifestarsi e di anticipare l'opera di qualsiasi tramite. E così il compito principale di ogni tramite religioso potrebbe essere quello di saper cogliere quei "semi del Verbo" disseminati nei sotterranei della storia e della vita degli uomini per valorizzarli e per volgerli a frutto benefico dell'umanità intera e differenziata.

Di quale religione sarà dunque Dio? Chi avrà ancora la pretesa - dopo tante tristi esperienze di guerre e di con-

flitti - di esserne l'unico legittimo rappresentante e l'esclusivo possessore?

"Dio vuole esattamente la salvezza di tutti gli uomini - dice Samuel Ruiz vescovo del Chiapas a cui non a caso l'apparato della diplomazia vaticana di potere ha cercato di togliere qualche legittimità - e pertanto è presente e attivo in tutte le culture. Così in tutte le culture ci sono quelli che i padri greci e latini chiamarono i "semi del Verbo". E prosegue, in una forma narrativa molto più convincente ed efficace di tanti documenti solenni del cosiddetto magistero, constatando che "esistono moltissimi valori religiosi nelle culture indigene che non provengono dall'evangelizzazione ma esprimono la presenza di Dio in quelle culture. Posso parlare per esempio della dimensione comunitaria di questi popoli. La nostra cultura occidentale cristiana è individualista, non comunitaria. (...) Un giorno, durante una mia predica, un bambino meticcio di due/tre anni, gattonando, si allontanava dalla madre e si avvicina a un bambino indigeno seduto in un angolo, gli dà una botta e ritorna dalla madre che gli dice: "bravo il mio astronauta, sei tornato dal tuo viaggio esplorativo?" Il bambino indigeno invece comincia a piangere. La madre - per calmarlo - gli dà un biscottino, ma lui prima di mangiarlo si guarda attorno per vedere se c'è qualcuno con

cui dividerlo. Ecco allora che un bambino meticcio, che ancora non ha idee, non ha parole, non può ancora camminare, riceve una cultura aggressiva, discriminatoria al punto che attraversa lo spiazzo per aggredire un bambino che è seduto e che non gli ha fatto nulla, però è indigeno; mentre il bambino indigeno fa tutto il contrario di quello che si fa alla sua età e se gli regalano un biscotto cerca subito con chi dividerlo, perché sente che non può mangiarlo senza dividerlo con qualcun altro. E' un esempio di due culture, colte a livello istintivo, prima ancora della mediazione legata alla crescita e alla formazione: una cultura aggressiva e individualista e una cultura comunitaria. (...) Le comunità indigene hanno questa dimensione che non è venuta loro dal cristianesimo, ma è uno dei "semi del Verbo". E sono innumerevoli i semi del Verbo, i doni che il Signore ha fatto a queste culture indigene prima che arrivasse il cristianesimo. Pertanto la nostra evangelizzazione in questo contesto ci invita prima a conoscere in che maniera Dio è presente in queste culture" e ci ha anticipati.

Ci sembra un primo umile e convinto modo di accostarsi al problema posto dalla domanda su cui abbiamo cercato di riflettere: "Di che religione è Dio?" Una domanda che resta aperta.

Modernità, vuoto etico istituzionale ed “eugenetica dell’indesiderabile” (segue)

di Cristian Zuccher

Nell’ultimo numero de *L’Invito*, con un *excursus* di stampo storico-sociologico, siamo arrivati a delineare il contesto sociale di *deregulation* etico-normativa entro il quale l’uomo post-moderno si trova oggi costretto ad “annaspire” affannosamente, nel tentativo di costruirsi una coerente identità moderna/individualizzata, che lo guidi nella facoltà di esercitare la tanto agognata e finalmente conquistata (grazie ai paralleli processi primo-moderni della modernizzazione capitalistica dell’etica sociale economico/utilitaristica, sul versante dei bisogni materiali, e della secolarizzazione dell’etica sociale solidaristico/comunitaristica religiosa, per quanto riguarda la non meno importante sfera extra-materiale dell’esistenza umana) libertà personale. Abbiamo notato come questo stadio contemporaneo della modernità si caratterizzi come il momento in cui la società si fa “riflessiva”, intuendo i rischi connessi alla parabola “tecnico-utilitaristica” da essa stessa intrapresa, che – come il “secolo breve” ci ha già dimostrato – rappresenta una pericolosa deriva di “dimezzamento della razionalità” all’interno dell’originale progetto illuministico moderno. In questa seconda parte della nostra riflessione, proviamo a inserire il fenomeno della diagnosi prenatale delle malformazioni congenite all’interno di questo medesimo con-

testo, a titolo emblematico della tendenza utilitaristica in corso di “espulsione normativa sotterranea” degli anelli più deboli della, ormai peraltro consunta, catena sociale. Deboli in quanto non idonei alla nuova immagine dell’uomo moderno, un’immagine che le nuove élites economiche tecnologico-globalizzatrici promuovono sul mercato, le istituzioni pubbliche accettano incondizionatamente di “distribuire” agli elettori, palesando un deficit etico-normativo ormai conclamato, e la massa dei produttori/consumatori è costretta ad inseguire, per non vedersi tramutare da un momento all’altro in terribile “precarietà” quell’instabile “flessibilità” individuale che di detta immagine moderna rappresenta il cardine (quello che ci offre, oggi, la modernità sembra essere proprio la *libertà*, che è diventata al tempo stesso un diritto e un dovere, di essere *flessibili*). Da scienziati sociali, sentiamo “riflessivamente” la necessità di denunciare sulla pubblica piazza i pericoli di una passiva accettazione di questo modello, che riteniamo essere una riedizione tecnologica e sotterranea di alcuni vizi primo-moderni che già in passato ci hanno condotto a sfiorare l’abisso della “razionalità dimezzata”. Che i Down – come altri soggetti che vecchie e nuove “anomalie” rendano mano a mano “indesiderabili” dalla oggi mutevole immagine della natura umana – non abbiano più diritto di ospitalità nella nostra società è forse una decisione troppo importante da prendere, per non venire discussa con calma e competenze interdisciplinari intorno a un tavolo democratico: lasciare decisioni così delicate nelle mani invisibili e “fatali” della modernizzazione utilitaristica imperante apre invece sul futuro soglie buie che ben pochi di noi, se liberati dalla miopia cui il modello scientifico-tecnologico contemporaneo ci costringe, accetterebbero di attraversare senza interrogarsi sull’esistenza di passaggi alternativi e ben più lungimiranti.

L'aspetto "politico-burocratico" della diagnosi prenatale nel vuoto etico istituzionale contemporaneo: politiche sanitarie e primi effetti dell'introduzione di massa

Nella società contemporanea occidentale, come abbiamo visto, l'etica sociale condivisa si struttura preminentemente intorno al polo economico-utilitaristico, volto al perseguimento del benessere di tipo materiale. Il progresso tecnico-scientifico rappresenta il motore primo di questa incessante corsa individuale e collettiva all'acquisizione di beni, che nella sua versione elettronico/consumistica, nel campo dell'intrattenimento e dell'informazione, sembra per certi versi aver sostituito lo spirito religioso-comunitaristico nella capacità di dare soddisfazione a bisogni innati di tipo extra-materiale, traslati così anch'essi dal versante sociale sulla sponda economica dell'esistenza umana. La burocrazia, che rappresenta invece il lato organizzativo della razionalità che si estrinseca nel capitalismo trionfante, ha il compito di rendere massimamente efficiente questo impianto utilitaristico. Il potere politico, nella fattispecie, visti i fallimenti del secolo scorso, sembra aver definitivamente abbandonato le velleità di poter costruire una nuova etica sociale fondata su valori di stampo solida-

ristico-comunitaristico, dotati di un certo grado di autonomia rispetto all'avanzata tecnico-industriale dell'etica utilitaristica, limitandosi appunto a ricoprire il ruolo burocratico del capitalismo sul versante pubblico.

Anche nel caso della diagnosi prenatale delle malformazioni congenite questa linea di tendenza sembra oggi pienamente confermata. La politica (nella sua versione socio-sanitaria) sembra oggi indirizzata, infatti, a prendere in mano il fenomeno delle tecniche predittive per integrarlo in un sistema sempre più efficiente e meglio organizzato, pur senza tracciare parallelamente un adeguato percorso di riflessione teorica, volto a stabilire quali siano gli scopi sociali (solidaristico-comunitaristici) di una tale campagna di applicazione delle innovazioni scientifiche. Scienza e tecnica (che sono tipicamente appannaggio del potere economico), cioè, sembrano anche qui dettare le mosse sulla via strumentale da intraprendere, e un potere politico ormai privo di lungimiranza si occupa invece di far sì che questa direzione sia perseguita nella maniera più razionale ed efficace possibile, ovunque essa possa portare. Il binario è tracciato, la locomotiva spinge, bisogna assicurarsi che i passeggeri possano salire tutti (almeno chi ha pagato il biglietto).

L'innovazione tecnologica delle diagnosi prenatali comincia a diffondersi

a livelli significativi, in ambito clinico soprattutto privato, nel corso degli anni '80. Già negli anni '90, comunque, le istituzioni pubbliche cominciano a interessarsi al nuovo fenomeno, tanto che su un documento della Commissione dell'Unione Europea sullo stato di salute dei paesi membri del 1995 [Com (95), 357 final, Brussel 19-7-1995] è già possibile leggere questa direttiva:

"le anomalie congenite determinano circa un quarto di tutte le morti infantili e un controllo di queste cause può essere possibile attraverso i più recenti sviluppi tecnologici che permettono diagnosi prenatali precoci. Di fondamentale importanza risultano essere il *counseling* genetico e l'aborto selettivo, ove permesso dalle legislazioni nazionali. La pratica medica deve però essere in linea con la pubblica opinione e sono per questo necessari dibattiti sulle istanze etiche e culturali dei cittadini. Occorre sviluppare programmi di *screening* delle anomalie genetiche e offrire sufficienti informazioni alle coppie così da renderle capaci di scelte consapevoli".¹

¹ Da Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna, *Sindrome di Down: Screening, diagnosi prenatale precoce*, Centro stampa Assessorato Sanità - Giunta Regionale Emilia Romagna, maggio 1997.

Il primo obiettivo dichiarato sembra essere dunque quello di introdurre su larga scala le nuove tecniche diagnostiche prenatali allo scopo di monitorare il fenomeno delle anomalie congenite per favorirne lo studio eziologico, e quindi implicitamente sviluppare nuove capacità terapeutiche al fine di ridurre ulteriormente, rispetto ai notevoli progressi già registrati negli ultimi 20 anni (da oltre il venti per mille a meno del dieci), la mortalità infantile. Nella frase successiva si attribuisce però subito notevole importanza al risvolto "immediato" che tali tecniche rendono possibile, ovvero - in attesa dello sviluppo di tali terapie - la possibilità del ricorso, ove possibile, all'aborto selettivo di feti malformati. Un modo obiettivamente abbastanza singolare e "spiccio" per abbassare la soglia della mortalità infantile (un po' come buttare un cono gelato per evitare che si squagli). Si fa comunque poi riferimento alla necessità di sviluppare un dibattito politico-sociale che esplori le implicazioni etico-culturali di una tale scelta. Di questi tre punti, il primo finirà per essere subordinato al secondo, più rapido ed efficiente nel breve e medio periodo, mentre il terzo non riuscirà a trovare applicazione sul piano normativo, rimanendo fondamentalmente un problema da affrontare in sedi accademiche piuttosto che istituzionali.

I paesi più avanzati del nostro sul percorso della modernizzazione, in quanto decollati prima nell'avventura tecnico-industriale e nell'adesione pubblica all'etica sociale utilitaristica, riflettono questa tendenza anche nel caso specifico della diffusione della diagnostica prenatale. Accusiamo un lieve ritardo – qualche anno – in tal senso, ma il nuovo corso che sta lavorando sulla ridefinizione del sistema sanitario nazionale italiano sta compiendo passi accelerati nel tentativo di colmare il piccolo *gap* sin qui accumulato. La situazione dei paesi anglosassoni e della Francia (dove ad esempio il *Tritest* del sangue materno è offerto già da anni gratuitamente alla totalità delle gestanti) può comunque fornire un quadro piuttosto realistico della situazione che ci apprestiamo a creare anche "in casa nostra", e le linee di tendenza nel breve periodo sembrano confermare tale ipotesi.

Con due decreti ministeriali, rispettivamente del 1995 e del 1996, infatti, il governo italiano dimostra di essere pienamente recettivo e in sintonia rispetto alla direttiva europea, iniziando a regolamentare tempi, modi e tariffe dell'introduzione nel sistema sanitario del nostro paese di alcune metodiche relative alla diagnosi di alcune malattie congenite (come lo *screening* dei difetti del tubo neurale, patologia grave ma invero non fra le più diffuse), pro-

muovendo in sede di Commissione tecnica della Conferenza Stato-Regioni un indirizzo di "libertà programatoria alle Regioni per quanto riguarda lo *screening* e la diagnosi prenatale". Le amministrazioni regionali cominciano quindi a dotarsi di gruppi di lavoro il cui obiettivo è "fornire elementi/strumenti per la pianificazione e la programmazione a livello regionale, in tema di *screening* e diagnosi prenatale precoce delle anomalie cromosomiche. Le decisioni dovranno riguardare, infatti, se offrire lo *screening* e la diagnosi prenatale precoce, con quali strategie, secondo quali percorsi, con quale politica economica"². Sul finire degli anni '90 la macchina burocratica entra quindi in azione³.

Con un decreto ministeriale del 29 aprile 1998, il governo italiano istituisce poi un Gruppo di lavoro nazionale per le malformazioni congenite, il cui rapporto finale viene presentato al ministero della Sanità, e pubblicato, l'anno successivo⁴. Nella premessa che

² *Ibidem*.

³ Parallelamente, sul versante tecnico-scientifico, parte del *budget* di numerose Aziende ospedaliere comincia a essere riservato all'acquisto dei nuovi macchinari diagnostici e all'assunzione di personale esperto addetto al loro utilizzo.

⁴ Ministero della Sanità, Dipartimento della Prevenzione, Ufficio V, *Rapporto del Gruppo di lavoro sulle malformazioni congenite all'On.le ministro della Sanità*, Roma, 30 giugno 1999.

apre tale documento si pone subito l'accento sull'importanza che riveste la prevenzione delle malformazioni congenite, generatrici di handicap, sull'esigenza di una conoscenza approfondita dell'estensione del fenomeno e sulla valutazione dell'efficacia di interventi preventivi, in quanto tali malformazioni rivestono "una posizione di primario interesse socio-sanitario dovuta all'incremento percentuale quale causa di mortalità e di patologia cronica grave infantile". Anche qui, il fine primario è dunque accrescere lo studio del fenomeno onde sviluppare strategie per combattere alcune cause di morbosità e mortalità infantile. A questo scopo si fa notare l'importanza che vengono ad assumere, nel quadro del sistema informativo nazionale, i *registri di patologia*⁵, per la peculiarità e ricchezza del loro contenuto informativo. In questo contesto il nuovo *Registro delle malformazioni congenite* (RMC) sembra rappresentare dunque un utile strumento per la valutazione, la sorveglianza, la pre-

venzione e la programmazione, sia in termini di efficacia (stato di salute della popolazione) che di efficienza (studio costo/efficacia e costo/beneficio). Riguardo a quest'ultimo punto il Rapporto fa infatti notare come "in un sistema fortemente orientato al riordino dei flussi finanziari e al controllo del rapporto tra finanziamenti erogati e prestazioni fornite, la funzione epidemiologica appare decisiva al fine di misurare e valutare le prestazioni effettivamente erogate". Infatti nello sforzo attuale di "svecchiamento" e modernizzazione dello Stato intrapreso dalle istituzioni italiane – a conferma del fatto di come nella società capitalistica preponderante sia la funzione burocratica della politica pubblica – grande rilievo viene posto sulla necessità di gestire nella maniera più efficiente possibile le ingenti quantità di denaro a disposizione del servizio sanitario, in modo da giungere al "conferimento delle risorse su base di equità e di effettiva aderenza alla realtà sottostante".

Il RMC nazionale nasce quindi dall'esigenza di coordinare le esperienze sul campo sin qui maturate in modo da "definire le linee di sviluppo nella direzione di incrementare e ottimizzare l'utilizzo del patrimonio di informazioni-conoscenze a fini di crescita di *know-how* in campo bio-medico, di sorveglianza epidemiologica, di pro-

⁵ Dove per registro di patologia si intende una struttura epidemiologica in grado di garantire la registrazione continua ed esaustiva di una data patologia, in una data regione geografica, con l'obiettivo generale di migliorare le conoscenze sulla patologia in oggetto; una struttura cioè originale, in grado di associare un'attività di *routine* a un'attività di ricerca.

mozione di ricerca, di valutazione e organizzazione sanitaria". I programmi di registrazione attivati in Italia a partire dalla fine degli anni '70, infatti, hanno già prodotto un sistema che è considerato uno dei migliori a livello internazionale, sia per capacità di copertura che per complessità/complementarietà organizzativa. Attualmente sono funzionanti sei Registri su base interregionale o regionale: Nord-Est Italia (NEI), Emilia-Romagna (IMER), Toscana (RTDC), Umbria (IUMC), Campania (RCDC), Sicilia (ISMAC). Un altro Registro è poi in via di completamento anche nella Regione Lombardia. Il sistema consente attualmente di sorvegliare intorno a 250.000 nascite all'anno che, seppure non omogeneamente distribuite, rappresentano circa il 45% dei nati (e della corrispondente quota di Interruzioni Volontarie di Gravidanza) nel nostro paese. Inoltre la maggior parte dei RMC regionali partecipa ormai da anni ai due più importanti sistemi internazionali di sorveglianza del fenomeno delle malformazioni congenite, l'ICBDMS (*International Clearinghouse of Births Defects Monitoring System*) e l'EURO-CAT (Azione concertata della Comunità Europea su *Congenital Abnormalities and Twins*), facendo dell'Italia uno dei paesi più presenti e attivi nel settore. Fino al 1990 i registri regionali operanti in Italia hanno collaborato su

base volontaria, e da quella data essi sono dati una forma di coordinamento stabile istituendo un Comitato Nazionale dei RMC presso l'Istituto Superiore di Sanità (Reparto Epidemiologia e Biostatistica), dotato di un archivio centrale di dati. Proprio in questa direzione, il governo italiano ha ritenuto che "la realizzazione di un punto di riferimento nazionale dotato di caratteristiche sia organizzative che tecnico-scientifiche rappresenti un'importante tappa soprattutto in quanto contribuisce alla realizzazione di condizioni di partenza necessarie per l'effettuazione di studi mirati su casistica a diffusione nazionale". Di qui la decisione di istituire un RMC centrale nazionale che tuttavia, per stessa ammissione delle istituzioni, è costretto per il momento a posticipare l'aspetto della ricerca a fini terapeutici - che dovrebbe rappresentare l'obiettivo primario della politica intrapresa - a favore di obiettivi più immediatamente raggiungibili, quali: il monitoraggio sempre più preciso del fenomeno tramite l'acquisizione di dati mediante protocolli standardizzati, l'analisi dei flussi informativi descrittivi al fine di tracciare studi epidemiologici analitici, la definizione di azioni mirate alla prevenzione del rischio e/o contenimento del danno (prevenzione primaria e secondaria), la defini-

zione di interventi per l'organizzazione dei servizi. Il *Rapporto* così riassume l'impatto di tali attività: "In altre parole il RMC dovrà essere in grado di produrre indicazioni per ottimizzare la spesa e per dare un servizio di qualità soddisfacente a livelli di spesa sempre più controllati". L'impostazione utilitaristica nell'affrontare le problematiche connesse al fenomeno sociale delle malformazioni congenite è dunque molto evidente, e in linea con lo stato generale attuale delle politiche di gestione pubblica tipiche di questa fase della modernità⁶.

Riguardo alla diagnosi prenatale delle malformazioni congenite, il *Rapporto* precisa che "i registri rappresentano il migliore modo di conoscere con precisione l'incidenza di una patologia. [...] Ciò è particolarmente utile per le anomalie congenite, tenuto conto

dello sviluppo del consiglio⁷ genetico e della diagnosi prenatale". Di conseguenza essi rappresentano un ottimo strumento per lo "studio dell'impatto della diagnostica prenatale sulla prevalenza delle anomalie congenite alla nascita", dando quindi implicitamente per acquisito che l'introduzione di tali tecniche diagnostiche stia già intervenendo sensibilmente sul numero di prodotti del concepimento malformati che arrivano a vedere la luce.

Lo Stato italiano si sta dunque organizzando rapidamente nel tentativo di modernizzare, cioè rendere massimamente efficiente, la politica sanitaria volta ad affrontare il problema delle malformazioni congenite, un'operazione agevolata anche e soprattutto dalla recente introduzione delle nuove tecniche di diagnosi prenatale. Mentre l'istituzione centrale si occupa comunque di analizzare statisticamente il fenomeno, promuovere la ricerca scientifica e fornire direttive e protocolli di azione standardizzati, la gestione e realizzazione empirica dei programmi legati alla diagnostica prenatale vengono inve-

⁶ A tal proposito va rilevato anche come, nell'elenco dei "numerose e differenti fattori" da cui dipende la scelta delle patologie oggetto di registrazione, il primo posto sia occupato dall'"importanza del problema in termini di morbilità e di costi sociali ed economici". Bisogna anche notare, comunque, come - sul piano più propriamente solidaristico-comunitaristico - uno degli obiettivi del RMC nazionale individuato dal *Rapporto* sia anche quello di "sviluppare e sperimentare protocolli sui rapporti con i cittadini", nonché "mettere a punto campagne di educazione sanitaria". Questo punto non viene tuttavia ulteriormente approfondito.

⁷ Questo termine, altrimenti difficilmente comprensibile, sembrerebbe una traduzione un po' azzardata dall'inglese *counseling*, consulenza...

ce affrontati, in linea con il resto delle politiche del sistema sanitario nazionale, in sede regionale. Allo scopo di individuare i primi effetti tangibili sul piano pratico di questa campagna tecnico-burocratica delle istituzioni politiche e sanitarie, abbiamo realizzato una piccola ricerca sul caso delle regioni Emilia-Romagna e Triveneto – le regioni con più lunga tradizione in merito di RMC e che occupano posizioni di avanguardia nell'applicazione delle linee programmatiche fin qui esposte – come esempio emblematico della attuale (e probabilmente futura) tendenza nazionale. Al fine di semplificare e rendere più chiara la nostra analisi, abbiamo limitato inoltre l'indagine alla diagnosi prenatale della sindrome Down (o *trisomia 21*). Come risaputo, si tratta di una patologia (volgarmente denominata *mongolismo*) caratterizzata dalla presenza di un cromosoma 21 soprannumerario nelle cellule del soggetto affetto. È la causa più comune di ritardo mentale ed è frequentemente associata ad altri problemi quali cardiopatie, problemi visivi e acustici. Grazie ai notevoli recenti progressi delle terapie mediche sulle disfunzioni associate alla sindrome Down, comunque, oggi nove bambini Down su dieci sopravvivono oltre il primo anno dalla nascita e circa la metà dei soggetti raggiunge e supera

il sessantesimo anno di vita, “con notevoli costi sociali ed economici”⁸. La trisomia 21 rappresenta una categoria emblematica dell'intero fenomeno delle malformazioni congenite – oltre a motivazioni legate agli appena sottolineati fattori di stampo “utilitaristico” – per diverse ragioni, la principale delle quali è che si tratta della malformazione largamente più diffusa. Di conseguenza si tratta anche della più studiata (sia nel tempo che nello spazio), il che porta a farsi che il suo monitoraggio sia giunto a livelli molto buoni (con conseguente aumento della facilità di reperimento dei relativi dati). Si tratta inoltre di una patologia che si colloca esattamente sulla soglia della nota definizione di “vita dignitosa”, traguardo che la società odierna si pone come obiettivo da assicurare a ogni suo futuro membro: a fronte del deficit mentale e fisico, il soggetto Down può spesso, nonostante il suo handicap, condurre un'esistenza che gli permetta di integrarsi “dignitosamente” nella comunità di appartenenza, tanto da poter arrivare a con-

⁸ Da: Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna, *Sindrome di Down: Screening, diagnosi prenatale precoce*, Centro stampa Assessorato Sanità - Giunta Regionale Emilia Romagna, maggio 1997. Sottolineatura nostra.

seguire diplomi scolastici, acquisire una discreta autonomia e svolgere diverse attività lavorative⁹. Infine, lo sviluppo delle tecniche diagnostiche ha reso possibile l'individuazione pressoché certa e sistematica della patologia nei feti di qualunque gestante si sottoponga a diagnosi prenatale tesa a individuarla.

Il rischio di questa anomalia cromosomica aumenta in maniera direttamente proporzionale con l'aumentare dell'età materna, passando da circa 1/1650 nati a 20 anni, a circa 1/370 a 35 anni, a 1/33 a 45 anni. Il numero di casi attesi in una data popolazione, quindi, è in relazione alla proporzione di donne delle diverse età che partoriscono. A questo proposito bisogna osservare come i cambiamenti strutturali in atto nella società occidentale contemporanea, e in particolar modo lo spostamento verso l'alto dell'età nuziale – dovuto soprattutto all'innalzamento del numero di anni dedicati dai giovani all'istruzione (nonché alla progressiva diffusione della medesima) e all'in-

gresso del genere femminile nel mondo del lavoro come fenomeno di massa¹⁰ – hanno portato l'età materna della partoriente a innalzarsi sensibilmente nell'arco degli ultimi 30 anni, facendo così crescere conseguentemente il numero di casi attesi affetti da malformazioni congenite in generale, e sindrome Down in particolare. Si deve inoltre osservare come parallelamente il tasso di fecondità e il numero medio di figli per coppia si siano, nello stesso periodo, abbassati in maniera più che significativa, passando quest'ultimo dai 2,2 del 1975 all'1,19 attuale¹¹: si è cioè perso negli ultimi vent'anni – mediamente, beninteso – circa un figlio ogni due per coppia e, si badi bene, tale figlio è andato perduto nelle classi di età più giovani, rimanendo sostanzialmente invariato il tasso di fecondità nella fascia di età ≥ 30 anni. I corollari impliciti di queste due linee di tendenza sono da una parte l'aumento della percentuale dei parti in età materna avanzata sul totale dei nuovi nati (il

⁹ La maggior parte dei soggetti Down da noi conosciuti durante questa indagine, se interrogata sul livello di soddisfazione riguardo la qualità della propria esistenza (certo anche a causa della semplicità dei propri schemi mentali, ma la cosa non dovrebbe cambiare la sostanza dei fatti), tende immancabilmente a rispondere “alto”.

¹⁰ Cfr. P. De Sandre, *Matrimonio e figli: tra rinvio e rinuncia*, Il Mulino, Bologna, 1997; e P. De Sandre, A. Pinnelli, A. Santini, *Nuzialità e fecondità in trasformazione: percorsi e fattori del cambiamento*, Il Mulino, Bologna, 1999. Si tratta di due analisi scaturite dalla recente indagine *inf-2* sullo stato e l'evoluzione della fecondità nel nostro paese.

¹¹ *Ibidem*.

che sembra spingere, appunto, verso un progressivo atteso aumento della percentuale di nati malformati da sindrome Down e altre patologie congenite), e dall'altra il fatto che i nati in fasce d'età materna più avanzate tendono a essere sempre meno il terzo-quartogenito o maggiori, e sempre più il primo-secondogenito. Anche quest'ultimo punto riveste una notevole importanza in tema di handicap, in quanto mentre un tempo tutte le aspettative che un genitore è solito riporre sui propri figli potevano essere distribuite su un numero maggiore degli stessi, attesi nell'arco di una più "diluata" e prolifica carriera riproduttiva, oggi tali aspettative si concentrano tutte, con forza e misura crescenti, proprio su questo tipo di nascituro, spesso atteso fino oltre la soglia dei 30 anni e altrettanto sovente primo/secondo e sempre più unico/ultimo figlio della coppia¹².

¹² Da notare come la nascita di questo figlio, inoltre, sia anche da considerarsi sempre più non tanto come un evento lungamente "atteso", quanto piuttosto un evento addirittura scrupolosamente "programmato". La diffusione crescente e l'uso ragionato delle tecniche contraccettive moderne, infatti, ha di fatto esteso a livelli di massa il fenomeno della gravidanza programmata, scelta sempre più obbligata – o quantomeno "utile" (!) – per le coppie investite dai cambiamenti strutturali della società moderna cui si accennava sopra. Cfr. *ibidem*.

Le linee di tendenza della modernità sembrerebbero dunque indirizzare la società, per vie naturali, verso l'incremento percentuale della popolazione affetta da sindrome Down e altre malformazioni, perlomeno fino a quando la medicina e la biotecnologia non riusciranno a sviluppare capacità terapeutiche in grado di prevenire o debellare alla radice l'handicap congenito. La realtà è ben diversa: l'introduzione di massa delle tecniche di diagnosi prenatale, unita alla possibilità di relativo ricorso a un aborto selettivo – possibilità implicitamente (nemmeno poi così tanto implicitamente: vedi direttiva europea) incoraggiata dalle istituzioni pubbliche – ha permesso l'individuazione di una efficace "scorciatoia" alla strada terapeutica. Le implicazioni etiche di una tale scelta, e *L'invito* già da tempo ha iniziato a sollevare serie preoccupazioni in tal senso, sono certo non indifferenti.

Ebbene, in entrambe le zone geografiche oggetto d'indagine l'introduzione – anche se non ancora effettuata in maniera sistematica – su larga scala di nuove e perfezionate tecniche di diagnosi prenatale, ha sortito l'effetto di una repentina diminuzione dei soggetti affetti da sindrome Down (valutabile intorno a valori del 50%), effetto dovuto alla possibilità di ricorrere

all'aborto selettivo, scelta che sembra rivelarsi pressoché automatica per ogni coppia ogniqualvolta l'esame diagnostico fornisca un risultato positivo. La situazione sembra dover evolvere, sul sentiero tracciato, molto rapidamente in ragione dello sviluppo dei due fattori decisivi in tal senso, quello tecnico e quello burocratico, ovvero parallelamente all'incessante perfezionamento delle metodologie diagnostiche (il non-invasivo *Triplo-test* del sangue materno, *in primis*) e alla loro progressiva e definitiva affermazione – unita a una diffusione efficientemente razionalizzata – nei confronti della totalità delle gestanti, grazie all'impegno che la macchina politico-burocratica socio-sanitaria ha deciso di mettere in atto in questa direzione.

Tale situazione viene monitorata anno per anno, e già dai prossimi Rapporti degli RMC – visto lo sforzo recentemente profuso – si attendono nuove significative (nonché "auspiccate") variazioni statistiche. La linea di tendenza, nonché l'obiettivo finale, sono comunque ormai chiari: la sindrome Down si avvia a scomparire, non tanto dal DNA (anzi...), ma quantomeno dalle case (e dalle strade) dell'Occidente moderno. E il Triveneto, in Italia, è all'avanguardia.

Diagnosi prenatale, sindrome Down ed eugenetica nel contesto dinamico sociale tardo-moderno

A ben vedere, queste nuove possibilità preventive e predittive – che come notavamo già in passato, in questa stessa sede, sembrano favorire il passaggio medico-sociale dal concetto di "patologico" a quello di "indesiderabile" – sembrano sul punto di materializzare, in forme nuove, più "sotterranee", la prospettiva di quanto (peraltro sotto le vesti quantomeno più "riconoscibili" dell'istituzione politica pubblica) si era tentato nel campo dell'eugenetica positiva durante la fase primo-moderna dell'"ordine scientifico-razionale" imposto dall'alto. Al contrario di quanto comunemente si pensa, infatti, la tentazione eugenetica positiva non è più relegata al campo di tecnologie futuristiche (e, comunque, la clonazione di esseri viventi è ormai già una realtà), ma pare oggi resa già parzialmente avverabile dall'introduzione di massa, in modalità di fruizione pienamente accessibile (quando non addirittura di routine), di tecniche di diagnosi prenatale che danno la possibilità di decidere – in base alla diagnosi di eventuali caratteristiche non desiderabili nel feto – per la prosecuzione del suo sviluppo o per l'interruzione del medesimo.

Come si è detto, siamo giunti ormai

a un punto in cui l'individuazione di una seria malformazione fetale conduce nella quasi totalità dei casi a questo tipo di aborto "terapeutico" (per malattie genetiche), seppure esso rimanga sempre volontario e non – come è ovvio – obbligatorio. Segno che le masse stanno automaticamente e "serenamente" recependo una strategia politico-sanitaria utilitaristica di stampo primo-moderno che però, lungi dall'essere stata prima "progettata" (da un "vertice" istituzionale cui imputarne la paternità e la responsabilità), si adegua semplicemente agli effetti sociali della nuova tecnologicizzazione di questo settore. Timide reazioni si sollevano soltanto dall'ambito del "residuo" dell'etica sociale solidaristico-comunitaristica di matrice religiosa, tradizionalmente contraria a ogni tipo di aborto volontario, dai retaggi di estrazione femminista (che vedono gli accertamenti per cromosomopatie su una donna incinta come una variante sociale della coercizione eugenetica, attuata attraverso la pressione sulla donna sia perché si sottoponga agli esami sia per-

¹³ Anche se la decisione di effettuare la diagnosi prenatale rimane volontaria, in effetti, alla società rimane sempre il potere di influenzare le scelte in merito degli individui, "minacciando" ad esempio di non contribuire a sostenere le spese sanitarie per malattie "evitabili", perché troppo alte in rapporto all'equa distribuzione delle risorse pubbliche.

ché abortisca nel caso in cui il test risulti positivo¹³) e dai gruppi organizzati di disabili, che ritengono questo tipo di aborto selettivo moralmente inaccettabile in quanto basato su una negativa discriminazione nei riguardi delle persone nate affette da quelle stesse malattie per cui l'aborto terapeutico è previsto.

La gran parte della società civile invece, aderendo al vincente modello tecnico-scientifico-economico (privo in questa nuova fase della modernità di una "testa" politico-istituzionale), sembra orientata a sostenere questa tipologia "ambigua" di eugenetica negativa, basandosi sulle già sopra menzionate motivazioni "umanitarie" (il "diritto del feto alla salute e al benessere"¹⁴) da una parte, e quelle "utilitaristico-evoluzionistiche", secondo le quali non si devono gravare la società e le successive generazioni con malattie genetiche, dall'altra.

In effetti, bisogna riconoscere come la diagnosi prenatale venga oggi incontro a diffuse disposizioni culturali: l'attitudine al controllo del processo procreativo (indispensabile alle nuove famiglie nell'epoca della "fles-

¹⁴ Cfr. D. Macer, "Ethics and prenatal diagnosis", in *Genetic Disorders and the fetus: diagnosis, prevention and treatment*, The John Hopkins University Press, Baltimore, 1998.

sibilità"); il desiderio di una discendenza sana, se non perfetta (il "minorato" è, per definizione, poco flessibile: non sembrerebbe proprio aver scampo nella giungla della precarietà

diffusa)¹⁵; l'esigenza utilitaristica di minimizzare il costo familiare e sociale delle cure richieste dalle persone handicappate. Questioni che si pongono sì alla coppia di futuri genitori, ma

¹⁵ A tal proposito, sembra proprio che si stia aprendo una dimensione di enorme rilevanza etica intorno alla costruzione della nuova "immagine" di sé, di cui l'uomo contemporaneo sembra volersi auto-dotare, e del conseguente nuovo criterio con cui valutare la variabile "qualità della vita". Vi è il forte sospetto che tale criterio, se costruito e interpretato in un'ottica puramente utilitaristico-funzionale, possa arrivare a introdurre un nuovo concetto di "normalità" sociale, che sarebbe inevitabilmente fonte di nuove discriminazioni. Il desiderio dei genitori di avere una discendenza "perfetta", infatti, può giungere a travalicare (sotto la pressione anche del clima di "incertezza" diffusa proprio dell'epoca moderna attuale) gli odierni canoni di "accettabilità" della vita e stabilire dei criteri vieppiù ambiziosi per accettare il concepito (a partire per esempio dalla scelta del sesso). Il punto è che non esiste un potere, una guida autorevole istituzionale socialmente accolta e condivisa, che possa stabilire – ammesso che avesse il diritto di farlo – le caratteristiche di questo ipotetico "bambino perfetto". Chi può decidere il criterio per la perfezione, o la normalità, o la desiderabilità? Come decideranno i genitori quali geni modificare se il loro feto fosse predisposto a qualche seria anomalia "indesiderata"? Tutto dipende ovviamente anche da come è definito il concetto di anomalia. Se il suo criterio di definizione è nelle mani dei nuovi poteri tecnico-economici – che offrono oggi all'uomo la nuova "salvezza terrena" individualizzata, come surrogato e in luogo della tradizionale "salvezza eterna" nella comunità di Dio – e del mercato, non corriamo forse il rischio di arrivare a includervi caratteristiche un tempo risibili (ma oggi sempre

meno, anzi) quali l'obesità o la calvizie? Ad esempio, uno dei fattori culturali che sembrano aver maggiormente influito sull'acuirsi del problema etico nella diagnostica prenatale è rappresentato dalla nuova "filosofia di vita" moderna del "benessere a tutti i costi" (sul "corpo" come ricettacolo di tutte le tensioni e le paure post-moderne, cfr. Bauman, op. cit.). Ci si domanda a questo punto se non stiamo assistendo al sorgere di una cultura selettiva ed eugenistica, nella quale i singoli momenti diagnostici della fase prenatale altro non sono se non momenti iniziali di un più lungo processo, richiesto funzionalmente da una società che pensa così di favorire e proteggere un concetto di salute che sia soprattutto *fitness*, ovvero il benessere inteso in senso edonistico e che esalta l'efficienza fisica come valore primario e condizione preliminare per essere accolti nella società stessa. Naturalmente, il desiderio di dar vita a un figlio sano scaturisce da una giustificata preoccupazione nutrita da tutte le coppie durante i mesi di gravidanza, e le possibilità di consulenza genetica familiare sono al servizio di una pianificazione familiare responsabile, perlomeno fin quando cercano di fornire ai genitori in cerca di consiglio tutte le informazioni possibili, che possono facilitare la loro decisione di procreare un figlio. Si supera invece il confine in direzione della selezione eugenetica positiva, nel momento in cui i genitori rivendicano (o sono spinti a rivendicare) un diritto discrezionale di selezione sulla vita non-nata, decidendosi per mera precauzione in favore di un aborto, al fine di realizzare con assoluta sicurezza, in un futuro imprecisato, il loro desiderio di avere un figlio sano (cfr. *L'invito* n. ???).

anche alla società intera e in particolare al personale medico, per il ruolo da quest'ultimo svolto nella quantità e qualità di informazioni fornite ai "clienti" (nonché alla sua stessa coscienza). Qual è infatti, in questo contesto, la portata del ruolo medico all'interno di una pratica sanitaria sempre più tecnicizzata?

L'elemento caratteristico di questo ambito della medicina, oggi, appare la persistente discrepanza tra *capacità diagnostica* e *capacità terapeutica*: la "sfasatura" fra diagnosi e terapia appare di portata tale da configurarsi come la rottura dello stesso contesto concettuale medico. Il "*therapeutic gap*", infatti, allo stato attuale delle conoscenze e delle risorse della medicina, apre nella quasi totalità dei casi soltanto questa alternativa: o accettare il nascituro con il suo deficit, o ricorrere all'interruzione di gravidanza¹⁶. Per questo motivo – vista la sempre minor propensione delle coppie a correre il rischio di mettere a questo mondo soggetti portatori di handicap, ritenuti clamorosamente inadeguati a ritmi e modi di vita che la modernità impone – nasce una nuova interconnessione

diretta fra diagnosi prenatale e I.V.G., come unica risposta che la medicina oggi può dare alle eventuali patologie riscontrate¹⁷.

Non sono sempre motivi medici, bensì spesso anche motivi economici a essere chiamati in causa a sostegno della diffusione dei metodi diagnostici: la cura per le persone disabili e ritardate costa alla società denaro, e si tratta di costi che possono essere "tranquillamente" evitati nel caso i feti affetti vengano individuati tramite diagnosi prenatale ed eliminati. Questo sforzo di riduzione dei costi per la società, ottenibile mediante una massiccia introduzione di programmi di *screening* prenatale per anomalie cromosomiche, sembra oggi caratterizzare a senso unico la politica sanitaria nazionale, burocraticamente ridotta al ruolo di efficiente tutore del programma di eradicazione dell'handicap, programma che nessuna istituzione ha pianificato ma che l'innovazione scientifico-tecnologica ha reso possibile, i nuovi poteri tecnico-economici hanno interesse a incoraggiare, e

¹⁷ Anche se è palese come non si possa trattare di una risposta strettamente "terapeutica" (nessuno diventa sano in seguito a un aborto) ma semplicemente "eutanasi", che però a modo suo si propone di modificare "eugenicamente" il destino biologico dell'uomo.

¹⁶ Per questo non sono pochissimi coloro che affermano che l'esame genetico o è inutile o è solo la "chiave" per accedere all'aborto, e su questo ragionamento fondano l'obbligazione morale di rifiutare tale esame.

l'istituzione politica pubblica a diffondere (per giustificarsi all'elettorato come degna e capace nel pilotare la società verso il nuovo vincente modello sociale utilitaristico-individualizzato).

I nuovi poteri di intervento medico sulla vita, quindi, al di là dell'interesse strettamente diagnostico e terapeutico, coinvolgono rilevanti interessi economici, per loro natura più forti di quelli strettamente medici e tendenti a condizionarne l'impiego entro il quadro a loro più pertinente: quello utilitaristico del mercato. Le scelte genetiche procreative richieste in futuro ai singoli individui dovranno dunque essere, allo stesso tempo, decisioni morali con ramificazioni economiche e decisioni economiche con ramificazioni morali. Il vero problema nasce dal fatto che in tali decisioni personali vengono a manifestarsi alcune delle tensioni e contraddizioni tipiche di questa fase di crisi della modernità. La moderna immagine dell' "uomo nuovo" imposta (o sorta spontaneamente nella *deregulation* iper-liberista) dall'attività dei nuovi poteri tecnico-economici (privati, invisibili e ineffabili, quindi facilmente protetti da pubbliche imputazioni – e quindi da assunzione – di responsabilità), viene per così dire puntualmente "incamerata" dalla gran massa degli individui che sono oggi alla ricerca – al tempo stes-

so affannosa e affannata – di un modello di identità. La disintegrazione dell'etica sociale solidaristica (comunitaristico-spirituale), intrinseca al processo moderno di secolarizzazione, ha dapprima gettato l'uomo "fra le braccia della società produttiva", dove l'istituzione politica si è fatta carico di guidare le scelte etiche individuali fornendo (e più o meno manifestamente imponendo) un modello etico utilitaristico-comunitaristico. Il fallimento della parte "comunitaristica" del progetto sociale primo-moderno, in seguito, ha contemporaneamente consegnato al singolo individuo sia il *diritto* di trovare la propria strada per la felicità (la atavicamente agognata "salvezza"), sia il *dovere* di esercitare personalmente questo diritto per contribuire al progresso collettivo. L'istituzione politica pubblica, come abbiamo visto, è andata incontro a un processo di sostanziale "svuotamento" nel potere di indirizzo etico sociale, abdicando a favore dei più forti nuovi poteri che regolano il mercato globale. Questi poteri rappresentano oggi, nell'epoca dell'incertezza diffusa, l'unico punto di riferimento nella costruzione della nuova immagine di sé che l'uomo cerca di darsi nel tentativo di trovare una solida identità: egli è oggi posto, almeno apparentemente, nella condizione di riuscirvi soltanto tenendosi aggrappato – unghie affilate e coltello

fra i denti – al diffuso nuovo modello iper-utilitaristico vincente. Un misto di flessibilità (che, come si diceva, finisce per rivelarsi molto spesso, alla fine, nei termini piuttosto di una diffusa precarietà), velocità nello spostarsi da una situazione all'altra e adattarvisi ("fluidità"), disimpegno morale, adesione incondizionata al treno del progresso iper-tecnologico, benessere fisico, produzione – ma anche e soprattutto – consumo edonistico di beni.

In questo clima di smarrimento che alcuni autori definiscono *post-moderno*, appare quasi naturale che la nostra società abbia di fatto ormai accettato che si possa ricorrere all'interruzione volontaria di gravidanza in caso di embrione o feto affetto da una grave malattia o malformazione, come ad esempio la sindrome di Down. La sensazione è, si direbbe, che nella società futura le persone si avviino a essere tollerate soltanto nella misura in cui riescano a fornire prestazioni congruenti alle caratteristiche del modello utilitaristico trionfante. Già da ora, infatti, si capisce bene come a un individuo fisicamente e mentalmente limitato, quale è tipicamente un soggetto Down, tale accesso venga considerato precluso *a priori*, e quindi la sua vita giocoforza nemmeno degna di essere vissuta: il "mongolo" non è né flessibile, né veloce (e rende parallelamente "zavorrato" chi sceglie di – o è co-

stretto a – occuparsi di lui), e utilitaristicamente parlando non sembra in grado di contribuire al sostentamento della "macchina economica", che è il motore indiscusso della società (né nei panni di produttore, né tantomeno in quelli forse ancor più importanti di consumatore¹⁸).

Pare chiaro che ci si stia avviando alla definitiva *scomparsa dei Down*, e questo, lo ribadiamo, senza che nessuno abbia mai osato esplicitamente proporre in pubblica sede un tale obiettivo, e senza alcuna possibilità di valutare collettivamente (vista l'assenza, per i motivi ampiamente citati, di una sede istituzionalizzata preposta all'uopo) e responsabilmente (considerato anche lo stato di "incapacità morale" che sembra caratterizzare oggi l'uomo contemporaneo) quanto questo sia desiderabile o eticamente plausibile. La tecnologia inventa, la società incorpora – tramite la duplice tendenza da una parte della politica (eticamente svuotata) a rendere "burocraticamente efficiente" l'impianto economico utilitaristico, e dall'altra degli

¹⁸ Sul senso di "smarrimento" di ogni consenso etico – nella società occidentale del "liberismo trionfante" – che non sia legato in qualche modo allo sviluppo economico, alla produzione e al consumo come valori indipendenti da ciò che si produce e si consuma, cfr. anche P. Maranini, *Miseria dell'opulenza*, Il Mulino, Bologna, 1998.

individui (moralmente incapaci) a non sapersi muovere al di fuori degli angusti orizzonti proposti dal medesimo impianto – e i Down conseguentemente scompaiono. Quasi "automaticamente", verrebbe da dire. Viene perciò da chiedersi, a questo punto: quali in futuro potranno essere altre ipotetiche varianti della condizione umana che potrebbero un giorno "incappare" sul faticoso scoglio dello *screening* di massa (e venire di conseguenza "automaticamente" eradicato), senza che nessun progetto eticamente responsabile abbia provveduto ad ascriverli nella rubrica delle anomalie, alle voci "indesiderabile" e "inadeguato"?

L'adozione di criteri sempre più stretti di selezione dell'handicap, in linea di tendenza, non solo sembrerebbe condurre (come abbiamo già rimarcato su *L'invito* in passato) la società verso l'incapacità di accogliere al suo interno anche i minorati, ma sembra pure in grado di innescare delle dinamiche di "colpevolizzazione" nei confronti di coloro che non vogliono effettuare alcuna selezione. L'imputazione individuale della colpa ai diretti interessati, conseguente allo "scarcamento" delle responsabilità di tutte le scelte etiche – in questa seconda fase della modernità – sulle spalle dei singoli individui, può inoltre contribuire a svuotare la responsabilità morale sociale e statale, con tutte le conse-

guenze negative che nel medio e lungo periodo possono emergere nell'ambito della solidarietà umana (e finanziaria) della società nei confronti delle persone handicappate. Le quali, a maggior ragione se nemmeno ancora nate, sembrano oggi incarnare uno degli "anelli deboli" di questa catena di tensioni, paure, ruoli e giochi di potere tardomoderni, finendo inevitabilmente per pagare il prezzo più alto, "agnello sacrificale" sull'altare dell'utilitarismo individualistico.

Per inciso, a fronte di questi tentativi di "eradicazione" dell'handicap mentale e fisico, si è comunque già notato il parallelo verificarsi, all'interno della società, di un singolare ulteriore fenomeno: l'investimento da parte dello Stato di risorse sempre più ingenti in favore dell'handicap "già presente" (legislazione contro l'emarginazione degli handicappati, investimento di denaro pubblico per la costruzione di strutture prive di "barriere architettoniche", o per l'integrazione scolastica dei bambini handicappati, e altro ancora). Da un punto di vista economico l'obiettivo di queste politiche evidentemente non pare essere quello di spendere meno, ma di spendere in modo più razionale: può infatti essere razionale ed economico chiedere alla società di aumentare le spese pubbliche in questo settore, purché si possa assicurare alla collettività

stessa il raggiungimento di determinati risultati positivi, che giustifichino la spesa, pur se rilevante. Ecco quindi che questi risultati si raggiungono nel momento in cui l'integrazione scolastica e lavorativa consente di far corrispondere, ai costi per l'adattamento del posto di lavoro e l'addestramento del disabile, la trasformazione del ruolo della persona portatrice di handicap, che da "assistito" diventa "produttore", per sé e per la collettività. In altre parole, il disabile si trasforma da un peso per la società in un membro attivo della stessa, salvato in *corner* nella macchina utilitaristica tirandolo per i capelli della "produttività marginale". Come a dire: ormai ci sei, vediamo cosa sai e puoi fare per renderti utile. Un atteggiamento questo, comunque, che denota già un primo parziale salto di qualità nel percorso "riflessivo" che dovrebbe portare la tarda modernità a cercare di superare il "dimezzamento della razionalità" tipicamente primo-moderno.

Questa situazione sembra evidenziare una profonda contraddizione all'interno della nostra società: da una parte in Italia si investono risorse a favore dell'handicap, dimostrando una sensibilità maggiore rispetto al passato (e rispetto ad altri paesi) nei riguardi dei soggetti minorati; dall'altra anche da noi viene incentivata, magari tacitamente, la selezione dei

feti affetti da malformazioni, e viene colpevolizzato chi non si adegua a tale selezione. Sorge a questo punto un interessante quanto inquietante interrogativo: è possibile che questo tentativo di migliorare la condizione di vita degli handicappati "esistenti" rifletta in realtà, per reazione, il senso di colpa proprio di coloro (poteri economici, politici, cittadini, società intera) che stanno tentando tramite le tecniche e le politiche qui finora esposte – e il consenso sociale che le promuove – di sradicare alle origini il problema della "vischiosità" dell' *Altro-handicappato*, visto come metafora post-moderna della "non-salvezza", dettata dall'incapacità di sentirsi adeguati per l'impianto economico-utilitaristico, iper-moderno, trionfante¹⁹? Non si potrebbe, invece, intervenire sia in termini normativi, che di governo delle risorse, o anche di promozione culturale – eticamente informata e condivisa – su altri fattori, universalmente riconosciuti come determinanti per la produzione di handicap? Non sarebbe possibile ridurre per esempio, nel contesto della nostra società, i fattori che fanno aumentare il numero e la

¹⁹ Sul concetto di "vischiosità" dell' *Altro* inserito nel catalogo delle paure post-moderne, cfr. Z. Bauman, *La società dell'incertezza*, op. cit.

percentuale di donne gravide "a rischio"? Certo, per prevenire l'aumento dell'età materna sarebbe indispensabile che la protezione sociale della maternità fosse garantita per diritto a tutte le donne gravide; sarebbe inoltre necessario favorire, tramite politiche sociali progettate *ad hoc*, la possibilità di formare le nuove famiglie entro limiti fisiologici di età di entrambi i componenti la coppia: il lavoro e la casa, come è noto, costituiscono le premesse necessarie per avere i figli in età giovane. Si potrebbe lavorare su questi requisiti con legislazioni adeguate, con destinazioni di risorse e con una cultura della vita "razionalmente riflessiva" e "responsabile", in controtendenza sia rispetto alle ipocrisie conservatrici che alle prospettive condizionanti indotte dalla tecnologia diagnostica. Si potrebbe, appunto. Il condizionale è d'obbligo, visti da una parte l'attuale assenza di un "luogo istituzionale", autonomo rispetto ai nuovi poteri globalizzatori tecnico-economici, deputato a farsi carico di un simile – apparentemente impopolare – progetto alternativo; dall'altra parte il palese interesse da parte dei medesimi poteri a mantenere il lucroso *status quo* della flessibilità/precarità lavorativa ed esistenziale degli individui. Visti infine non solo lo scadente spessore morale, ma anche e a maggior ragione lo scarso "potere di iniziativa

collettiva" detenuto dagli uomini occidentali contemporanei, i quali si trovano riuniti in un inedito tipo di aggregazione umana che è oggi unificata sempre più soltanto dalla pura dipendenza reciproca funzionale, del tutto spogliata dalle zavorre della responsabilità e della solidarietà. Caratteristiche, queste ultime, tipiche di un'etica sociale solidaristico-comunitaristica che è stata ormai da tempo sepolta dalla modernità "dimezzata" del trionfo dell'etica sociale economico-utilitaristica individualizzata.

Osserviamo dunque, ad oggi, come per una donna appartenente a una categoria a rischio (con la tendenza del fenomeno a espandersi alla totalità della gestanti) il conoscere lo stato di salute e di normalità del feto non sia quasi più visto come una semplice possibilità offertale, ma quasi come un dovere, per lei e per la società. Il non sottoporvisi deliberatamente si avvia a essere considerata una "pericolosa anomalia", un rischio da non correre. Perché rischiare di avere un bambino affetto da handicap quando c'è la possibilità di accertare il suo stato prima che sia troppo tardi? Del resto, dal punto di vista personale individuale (o meglio, di coppia), abbiamo già notato come le attuali scelte procreative, in Italia, stiano conducendo le nuove coppie a orientarsi sempre più sul modello

“un solo figlio in tarda età”. È facile immaginare come le aspirazioni dei genitori nei confronti di tale unico figlio si sviluppino sin dall’inizio intorno a un prototipo di figlio perfetto, dal punto di vista sia fisico che intellettuale. Fa parte ormai della nostra vita quotidiana l’offerta massiccia di possibilità e stimoli culturali offerti al bambino, nei quali fin dalla più tenera età egli viene “immerso” dai genitori. Il bambino diventa sempre più quasi una “proiezione” di questi ultimi, che tenderanno a puntare tutte le loro speranze e le loro ambizioni su di lui e sulla sua realizzazione. È evidente che in questa visione di forte investimento culturale e affettivo sul figlio, la salute e la “perfezione” biologica del medesimo rappresentino il primo indispensabile passo. La scienza medica ha avuto un ruolo fondamentale nell’ambito di questi mutamenti culturali, ha scoperto tecniche sempre più raffinate e sofisticate per soddisfare le richieste della società in campo di procreazione. In questo contesto, l’evoluzione della diagnostica prenatale delle malformazioni congenite ha avuto una rapida ed efficace “presa” culturale sui disorientati individui che si trovano immersi nella società tardomoderna dell’incertezza. Queste tecnologie rappresentano infatti la miglior “consulenza” possibile nel momento in cui

una coppia – oggi priva di una autorevole guida in grado di indirizzare eticamente le scelte, ma anche del consiglio e della “solidarietà” di una comunità che ormai non esiste più – decide di “investire”, sul piano biologico, sul proprio futuro. È questa, sembra, la sede migliore da sfruttare per impedire di “sprecare” tempo, denaro ed energie per un individuo che, una volta inserito nel contesto sociale moderno, utilitaristico, individualizzato e ultra-competitivo, già in partenza non ha alcuna possibilità di spuntarla. Ovvero, nell’ottica dell’etica sociale utilitaristico-individualizzata oggi dominante, fondata sul trionfo della razionalità “dimezzata” nella sua parte economico-strumentale, non ha nessun senso cambiare il contesto del “gioco”, quando invece la tecnologia rende possibile la scorcioia della “selezione” dei partecipanti idonei. Stiamo evidentemente traghettando in questa seconda fase della modernità, grazie al progresso tecnologico, uno dei peggiori “vizi” scientifico-razionali della prima fase: l’eugenetica positiva, il mito della società come un “giardino” da tenere pulito e ordinato, badando bene a sradicare tutte le erbacce infestanti²⁰. Solo

²⁰ Cfr. in proposito Z. Bauman, *Modernità e olocausto*, Il Mulino, Bologna, 1992.

che oggi, a differenza che in passato, il sistema sociale e i progressi della tecnica, nonché l’assenza di una pubblica pianificazione del progetto (è scomparsa la figura del “giardiniere illuminato” di turno), rendono questo passo pressoché automatico, routinario e molto più “sotterraneo”.

Il ruolo della sociologia

Viviamo in un mondo disorientato, frammentato e complesso, che sta già veleggiando nella sua seconda fase moderna, ma che stenta ancora a trovare la rotta che gli permetta di liberarsi della “corazza” primo-moderna dell’utilitarismo tecnico-scientifico, fondato sulla mera razionalità strumentale. Una rotta che gli consenta di superare l’*impasse* di quel “dimezzamento” nel dipanarsi del progetto illuministico della modernità, che il trionfo appunto di detta razionalità – a discapito dell’altra qualità umana fondamentale, la sociabilità intesa in senso solidaristico-comunitaristico – ha provocato.

L’auspicio è che in questo “sforzo riflessivo” secondo-moderno, indispensabile per la costruzione responsabile di un nuovo riferimento etico-sociale a supporto dell’impianto tecnico-utilitaristico imperante, la sociologia sappia interpretare al meglio al-

l’interno del mondo scientifico il ruolo di avanguardia che le compete. Liberandosi in parte dalla – sin troppo frequente – attuale tentazione di farsi completamente inglobare nella macchina amministrativo-burocratica della “fornitura di servizi”, essa può e deve riuscire a incoraggiare l’emancipazione della scienza, iper-tecnologizzata, dal destino di immaturità e cecità rispetto ai rischi che sembra essersi auto-inflitta.

A. Comte sognava che un giorno avrebbe “predicato” la nostra disciplina dal pulpito della cattedrale di Nôtre-Dame. Oggi, a distanza di quasi due secoli, quel tipo di palcoscenico (almeno qui nell’Occidente secolarizzato) è drasticamente meno frequentato e soprattutto pesantemente “screditato”²¹. Vi è per noi invece la concreta possibilità, in prospettiva, di partecipare attivamente all’edificazione della “piena modernità” andando a inserirsi – una volta usciti dal pur rilevante e, come abbiamo visto, fon-

²¹ Sulla palese “fallibilità” storica dell’istituzione religioso/ecclesiastica e sul divario profondo (forse irre recuperabile) che si sta creando fra la dottrina cristiana ufficiale e le coscienze dei fedeli, in balia delle esigenze del mondo moderno contemporaneo, cfr. P. Prini, *Lo scisma sommerso*, Garzanti Editore, 1999; e L. Lombardi Vallauri, *Nera luce. Saggio su cattolicesimo e apofatismo*, Le Lettere, Firenze, 2001.

damentale proscenio accademico/scientifico – proprio là dove maggiore viene avvertito oggi il “vuoto etico”: a livello politico istituzionale. Machiavellianamente parlando, possiamo aspirare a ricoprire sempre più frequentemente, con responsabilità e preparazione, la carica di “consigliere del principe” (e sempre meno quella di “ragioniere” del principe), tentando di andare a riempire – con il nostro contributo all’elaborazione di una nuova etica sociale scientifico-solidaristica – quel vuoto morale che si è aperto sulla pubblica piazza (*l'agorá*), da sempre luogo di difficile, delicata ma indispensabile mediazio-

ne fra le istanze private, “domestiche” (*l'oikós*), dei singoli individui e le esigenze sociali imposte dal vivere in comunità (*l'ekklesía*).



Elogio della routine

di Anna Dalla Costa

“La routine è nemica della coppia. Molto meglio qualche cenetta a lume di candela, ostriche e champagne...”

Vecchi cliché, antiquati consigli dispensati dalle riviste femminili! Secondo la mia giovane esperienza di convivenza c'è invece una grande sensualità nel quotidiano, una dolcezza nella ripetizione e una gioia nella routine. L'intimità, la felicità delle piccole cose vanno celebrate come le grandi occasioni.

Il sociologo Jean-Claude Kaufmann precisa “Innanzitutto bisogna dire che ognuno di noi ha una propria routine: non si può vivere senza di essa, perché di fatto semplifica la vita. Se dovessimo riflettere e ragionare dal momento in cui saltiamo giù dal letto (tè o caffè? doccia o bagno?), la vita diventerebbe incredibilmente complessa. Ecco perché, per il 99% delle cose, ci affidiamo a gesti abituarini”. Alzarsi a una certa ora, bere il caffè, andare al lavoro, cenare, dialogare “costituisce la base della coppia e dell'identità”.

Vista da questa prospettiva, viene spontaneo chiedersi se la routine presenta un vero e proprio interesse e se

non sarebbe il caso di dedicare tutte le proprie energie al rimanente 1%, fatto di non routine. Pare proprio di no, dal momento che l'uomo, quando è solo, sogna di essere in due.

“All'interno della coppia, la routine offre un doppio interesse”, prosegue il sociologo. “Innanzitutto l'indubbio vantaggio psicologico e materiale. Dopo aver distrutto il tran tran quotidiano negli anni Sessanta, adesso vorremmo ripristinarlo. Nella società moderna, sempre più incerta, stressante e aggressiva, si avverte il crescente bisogno di avere dei punti di riferimento ma anche di recuperare l'energia, di svuotarsi la testa... ecco allora la voglia di cose da fare senza pensarci troppo. In poche parole, abbiamo bisogno di “comfort”, nel senso più ampio del termine. La casa diventa così il luogo privilegiato per riposare e riprendersi”.

“Mentre un tempo le persone venivano definite in base al rango sociale”, continua Kaufmann, “oggi ci costruiamo sempre più da soli. In coppia ci si aspetta un appoggio reciproco ed è per questo che il quotidiano diventa strutturante e rassicurante. Il

secondo punto d'interesse della routine è il continuo faccia a faccia di due individui, i momenti di fatica e di attenzione necessari per progredire nella comunicazione". Così un'attività apparentemente banale come mangiare o dormire diventa un momento dolce e piacevole, da ripetere e vivere insieme. Da ripetere all'infinito? "I gesti abitudinari possono essere tanti o pochi, e assumere forme molto diverse", aggiunge Kaufmann. "Come in tutte le cose, ci sono i pro e i contro. C'è la routine piatta e quella inebriante".

"Il termine routine ha in sé un'accezione peggiorativa", spiega lo psicanalista Paul -Laurent Assoun, "dal momento che implica una ripetizione che si manifesta attraverso la perdita del senso del rapporto. E questo rinvia alla nozione della "coppia vecchia", all'idea che i due componenti sono talmente abituati l'uno all'altro da privare dell'affettività i gesti quotidiani. La routine viene allora vissuta come l'opposto dell'amore passionale o allo stadio iniziale, come l'antitesi dell'incontro". Il classico faccia a faccia, insomma, con sempre meno spazio per il sesso. "I miei pazienti si lamentano spesso di conoscere troppo bene il partner", continua la sessuologa Frédérique Hedon. "Si riferiscono al numero di anni passati insieme, ma spesso, di fatto, non si conoscono poi tanto bene. Ho notato, al contra-

rio, che le persone che si conoscono davvero, quelli che si capiscono al volo, con un semplice sguardo, riescono a trarre un gran piacere dall'intimità, anche di tipo sessuale".

Non esiste una "guida alla perfetta routine", anche se un corretto tran tran comincia da un giusto equilibrio di tutti gli elementi che formano la vita di coppia. "Più conosci l'altro e più capisci che cosa gli piace. A questo punto sai anche come soddisfare i suoi desideri e regalargli il piacere, ma questo si impara solo con il passare degli anni", continua Frédérique Hedon. Ma allora la routine non è la nemica giurata della sessualità. Il sesso inteso come fonte di piacere è retto dalle stesse regole che governano il piacere in generale. E' un po' come il calore del fuoco del caminetto, l'odore dell'erba appena tagliata o il sapore del cioccolato: il fatto di averli apprezzati una volta non impedisce di desiderarli ancora, anzi! Pur con qualche variante, la funzione sessuale segue sempre le stesse tappe, dall'inizio alla fine". Dello stesso avviso è anche Jean-Claude Kaufmann: "Freud parlava di due correnti di libido: una sensuale e una seconda più tenera. Da bambini, abbiamo sperimentato tutti questa doppia versione, tenera e sensuale, con nostra madre. Madre sensuale ed edipica da una parte e madre protettrice e presente dall'altra. E' proprio questo aspetto

dell'altro, che conosciamo bene, a correre in nostro aiuto quando qualcosa non va: è l'elemento su cui possiamo contare e che da adulti ritroviamo all'interno della coppia. E' grazie a questa ripetizione che siamo certi di ottenere la presenza continua dell'oggetto amato". Lo psicanalista conclude che le coppie che si basano solo su uno di questi elementi sono spesso portate a separarsi.

Via libera alla routine allora? "A condizione di non sprofondarci dentro al 100%", conclude Jean-Claude Kaufmann. "Di conservare come un

dono prezioso quel piccolo 1% di indipendenza che fa la differenza. La routine è un elemento affidabile in un mondo friabile, dove non c'è più nulla di codificato e dove ci sentiamo ripetere in continuazione che bisognerebbe cambiare tutto. E' un modo per sapere che domani e dopodomani saranno ancora così, quando tutto il resto rimane all'insegna dell'incertezza. Il tran tran è dolce, rassicurante, sensuale, positivo. A patto di riuscire a ritagliarsi una piccola finestra di libertà per prendere ogni tanto una boccata d'aria".

Eutanasia, l'ultimo tabù

di Anna Dalla Costa

Se ne parla sui giornali, tra la gente, negli ospedali. E molti medici sarebbero disposti a "staccare la spina". Il Parlamento? Fa finta di niente

Una ricerca attendibile ci ha appena fatto sapere che l'80 per cento dei medici italiani sarebbe disposto a "staccare la spina" ai malati termina-

li, ovvero a rinunciare all'accanimento terapeutico su individui sofferenti e inguaribili. Il 4 per cento dei medici rianimatori (ma si crede siano molti di

più) praticano addirittura l'eutanasia attiva, ovvero dà la "dolce morte", in genere con un'iniezione, proprio a quei malati che per legge dovrebbero tenere in vita a tutti i costi.

In un Paese di cultura quasi del tutto cattolica, quell' 80 per cento è impressionante.

Significa che anche molti medici credenti in Dio non ritengono giusto lasciar proseguire la vita quando non è altro che dolore, incoscienza, disperazione. In più quei medici, c'è da augurarsi, non agiscono quasi mai per iniziativa propria, ma su richiesta - supplica - del malato o dei suoi familiari, che fanno quella scelta per un atto d'amore.

Il dibattito, da noi come nel resto del mondo, si riaccende a ogni nuova occasione, ad esempio quando l'ex ministro della Sanità Umberto Veronesi parlò dell'eutanasia, appunto, come di un atto di carità. Oppure quando la Corte d'Appello di Milano assolse l'ingegnere Enzo Forzatti per avere staccato la spina ai macchinari che tenevano in vita la moglie Elena. A ogni nuovo sondaggio risulta che sono sempre di più gli italiani favorevoli a qualche forma di eutanasia assistita. Se ne parla sulla stampa, fra la gente, negli ospedali, ma non nel nostro Parlamento.

Eppure anche l'Italia nel 2001 ha sottoscritto la convenzione di Oviedo,

per la quale è possibile scegliere - quando si è in piena salute - se si vorrà ricorrere a cure antidolore, in caso di malattia invalidante il sistema centrale, di demenza o di coma, anche se quelle cure abbreviano la vita. E' già un primo passo. Se non altro verso l'uguaglianza, perché allo stato attuale, oltretutto i malati lucidi possono chiedere, scegliere, gli altri no.

L'avvocato zurighese Ludwig Minelli, dell'associazione Dignitas per la morte assistita, dichiara che in un anno oltre cento svizzeri si sono potuti avvalere della sua organizzazione. Nello stesso periodo di tempo ha ricevuto migliaia di telefonate di italiani che hanno chiesto aiuto. E se risultasse, come già avvenuto in Olanda prima che venisse promulgata una legge in materia, che qualcuno ha dovuto pagare per essere aiutato a morire? Che l'eutanasia si pratica clandestinamente, gratis o a pagamento, come avveniva con l'aborto, prima della legge?

E' assurdo e inaccettabile che i nostri legislatori, i parlamentari che abbiamo eletto per rappresentarci facciano gli struzzi. Aprano una discussione nel luogo più appropriato, per emanare una legge precisa e circostanziata. Pazienza se gli equilibri fra partiti ne risulteranno sconvolti, siamo più sconvolti noi che - per questo motivo - non si affronti un argomento tanto importante.

Il paradigma scientifico: il corpo-oggetto nel regno della medicina

di Chiara Sartori

Nell'ambito dei nostri interessi che si rivolgono all'ampio spettro della crisi d'identità indotta dal processo di modernizzazione e dalla secolarizzazione insita al processo stesso, troviamo pertinenti e stimolanti i contributi di Chiara Sartori che verremo pubblicando a partire da questo numero de L'INVITO. La secolarizzazione infatti investe gli ambiti più disparati della religione, dell'etica, della politica, dei modelli culturali, degli universi simbolici e del vissuto quotidiano e festivo di ciascun soggetto individuale e del contesto sociale in cui ciascuno si trova a vivere. E anche quando si parla di post-secolarizzazione è inevitabile rilevare che la fase di cui si teorizza non ripristina lo status quo ante, ma è costretta tutt'al più a rifarsi a un paradossale sacro post-secolare con caratteristiche di novità tutte da esplorare.

Dal corpo-come-io al corpo-come-oggetto: la visita medica

Lo spazio corporeo – spazio situazionale

Lo spazio corporeo è uno spazio situazionale¹, ovvero uno spazio definibile soltanto a partire dalla situazione particolare in cui il corpo viene di volta in volta a trovarsi e a spiegare le possibili modalità del proprio essere. Lo spazio corporeo è uno spazio soggettivo, carico di significati emotivi, di sentimenti, di bisogni sociali, uno spazio ben diverso da quello puramente geometrico, oggettivo, teorico che è stato definito, per astrazione, proprio a partire dallo spazio corporeo stesso. Il corpo, dunque, spiega le sue possibilità a livello prettamente situazionale e, a seconda della situazione, tali potenziali modalità dell'essere si traducono in termini effettivi.

Prenderò le mosse da una situazione che caratterizza la nostra vita di tutti i giorni, quella della visita medica, evidenziando come in essa il corpo venga trasformato da luogo dell'io, come viene normalmente considerato nella realtà quotidiana, a oggetto d'esame, qual è essenzialmente agli occhi del medico. La situazione della visita me-

dica, come situazione spazialmente separata all'interno di strutture isolate, è infatti caratterizzata da tutta una serie di trasformazioni graduali che si concretizzano attraverso il linguaggio, i modi di agire e le pratiche consolidate in ambito medico, e che sfociano nella definizione del corpo che la medicina inventa e costruisce: il corpo-oggetto.

Il corpo-oggetto nelle visite mediche

Katharine Young propone un'analisi dettagliata dei vari passaggi che realizzano la costruzione del corpo-oggetto nel corso delle visite mediche². Innanzitutto il fatto di spogliarsi priva il paziente di alcune importanti caratteristiche sociali della propria persona: dal momento che il nostro io si realizza nell'apertura del corpo al mondo, nella sua intenzionalità nel mondo³, esso trova spiegazione anche attraverso gli indumenti e gli oggetti attaccati al nostro corpo quali prolungamenti del nostro io corporeo verso la realtà che ci circonda. Spogliandomi ridefinisco i

² Cfr. K. Young, *L'io assente. L'oggettivazione del corpo in medicina*, Milano, McGraw-Hill, 1999.

³ Il concetto di corpo come apertura al mondo viene definito da Galimberti a partire dalla considerazione della struttura anatomica stessa del corpo e del fatto che sono le cose del mondo, verso cui io mi proietto, che mi permettono di aver consapevolezza delle potenzialità del mio corpo.

¹ U. Galimberti, *Il corpo*, Milano, Feltrinelli, 2000, pp. 73,74.

confini del mio corpo che ora vengono a coincidere con la mia pelle che si offre come superficie di iscrizione del codice medico, che è un codice, appunto, oggettivante. Se l'anamnesi, poi, può ancora fare riferimento al corpo del soggetto in termini di corpo vissuto, di corpo esperito, l'esame obiettivo guarda a un corpo sostanzialmente oggettivato, lo tocca, lo ispeziona, lo ausculta. Queste trasformazioni sono indubbiamente attraversate da un'asimmetria di ruoli dal momento che il medico entra in scena⁴ già completamente calato nel proprio ruolo professionale e ciò viene continuamente ribadito dal suo camice, che egli già indossa mentre il paziente si spoglia per divenire oggetto d'esame, e dall'ambiente circostante, dalla scrivania alla disposizione di oggetti specialistici nello spazio. Vorrei, inoltre, sottolineare la gradualità dei passaggi che conducono alla trasformazione del corpo in oggetto. A livello linguistico, in primo luogo, è osservabile come, inizialmente, il medico si rivolga al soggetto utilizzando espressioni e convenevoli che rientrano ancora nel regno della quotidianità, per poi passare via via all'utilizzo di un linguaggio sempre più specialistico e descrittivo

vo che faciliti la trasformazione in atto e sancisca, infine, il nuovo statuto del corpo e il definitivo passaggio nel regno della medicina⁵. In secondo luogo, anche a livello spazio-temporale, l'accesso al regno della medicina è permesso soltanto in modo graduale tramite l'ingresso in una struttura a sé stante, distinta dal mondo esterno, e che, al suo interno, è organizzata in più spazi l'attraversamento dei quali regola rigidamente la gradualità della trasformazione. E poi c'è l'attesa per entrare, solo alla fine di tali passaggi, nell'ambiente dove avrà luogo l'effettiva oggettivazione del corpo.

La paura e il disagio che la visita medica procura

D'altro canto questa oggettivazione è del tutto funzionale allo svolgimento della visita. In molti casi, infatti, la visita si configura come una violazione della dignità della persona sociale e dell'intimità dell'io corporeo. Solo offrendo il mio corpo come oggetto riesco a difendere la mia sensibilità di fronte a gesti che, nella vita di tutti i giorni, assumerebbero ben altri signifi-

⁴ K. Young mutua il concetto di asimmetria dei ruoli da E. Goffman, *La vita quotidiana come rappresentazione*, Bologna, il Mulino, 1969.

⁵ Le espressioni "regno della quotidianità" e "regno della medicina" vengono utilizzate da K. Young proprio ad indicare due ambiti separati il passaggio tra i quali si realizza proprio nel corso della visita medica, come ho cercato, appunto, di delineare.

ficati. Tuttavia, il corpo trasformato in oggetto, che io offro al medico perché lo analizzi, è una costruzione estremamente fragile che minaccia di crollare all'improvviso su me stesso, sotto i colpi delle incursioni di un io che non può essere facilmente debellato. Da qui la paura e il disagio che ogni visita medica procura. Il fatto, per esempio, di provare dolore nel corso della visita può essere considerato come un'irruzione della soggettività: la sua espressione mediante lamenti o urla crea un elemento di disturbo all'interno dell'ordine oggettivo che la medicina costruisce tanto meticolosamente. Per questo la visita medica ha tutto un proprio codice di comportamento per cui il medico tende a interpretare il dolore come un indizio nella definizione dello stato dell'oggetto, mentre io, una volta trasformato in paziente, mi pongo in modo diverso rispetto ad atti che subisco e a sensazioni che provo nel corso della visita e che, nella vita di tutti i giorni, verrebbero avvertite e rielaborate, nonché esteriorizzate, in modo indubbiamente diverso.

Il chirurgo ridefinisce i confini del corpo

Così, come evidenzia K. Young⁶, se durante le visite mediche ordinarie, essendo vigile, offro il mio corpo-og-

getto all'ispezione del medico distogliendo in qualche modo lo sguardo, quando vengo anestetizzato, nel corso di operazioni chirurgiche, la soggettività del mio corpo viene radicalmente allontanata, quasi a eliminare del tutto la possibilità di sconvenienti irruzioni dell'io a livello emotivo e, quindi, a livello organico. Durante l'operazione, inoltre, il corpo del paziente viene coperto interamente da un lenzuolo lasciando scoperto solo il campo operatorio, ovvero la parte su cui il chirurgo si accinge a tracciare le proprie incisioni. È questa un'altra modalità di allontanamento della soggettività, dal momento che il lenzuolo non fa altro che coprire quelle parti del corpo che rivelano la soggettività del paziente. In sala operatoria, dunque, i confini del corpo vengono ridefiniti dal chirurgo che copre i segni che contraddistinguono la corporeità della persona in quanto tale e che, incidendo la pelle, amplia la corporeità al campo sterile⁷ per poi ricostituirla in termini nuovamente soggettivi sulla base di una valutazione fondamentale estetica e funzionale degli organi e dei processi fisiologici che li interessano.

⁷ Il campo sterile è la zona delimitata internamente dalle superfici esterne degli equipaggiamenti, appunto, sterili dei chirurghi.

⁶ K. Young, *L'io assente*, op. cit., p. 73.

La riduttività del paradigma medico-scientifico

La concezione medica del corpo-oggetto trae origine dal razionalismo cartesiano

Il mio è un percorso a ritroso. Ho voluto anzitutto delineare in modo sintetico come l'oggettivazione del corpo che la medicina compie si attui a livello pratico in un contesto, quale quello della visita medica, nel quale, prima o poi, tutti ci veniamo a trovare nella misura in cui ci sottoponiamo a cure mediche. In ciò ho voluto sottolineare due aspetti: la gradualità del passaggio dal regno della quotidianità a quello della medicina, e la fragilità della costruzione del corpo-come-oggetto che la medicina realizza attraverso tutta una serie di accorgimenti. Da queste considerazioni che riguardano, dunque, la sfera della praticità, voglio ora passare a considerare le premesse teoriche della concezione medica del corpo per mettere in discussione alcuni assunti dimostrandone il carattere riduttivo della complessità del reale.

La concezione medica del corpo come oggetto trova fondamento nel sapere scientifico che, a sua volta, trae origine dal razionalismo cartesiano. Rifacendosi al dualismo platonico-cristiano⁸ tra anima e corpo, Cartesio ha elaborato una concezione dualistica totalmente priva di qualsiasi valenza

mitico-religiosa distinguendo una *res extensa*, in cui viene relegato tutto ciò che è materiale e il corpo umano stesso alla stregua di oggetto, da una *res cogitans* come puro intelletto le cui cogitazioni, prettamente matematiche, racchiudono ed elaborano ogni possibile senso del mondo. Il *cogito ergo sum* cartesiano, poi, propone una concezione dell'io come completamente decorporizzato, come pura razionalità, un io, dunque, che "non ci mette in contatto con le cose, ma con le loro forme matematiche"⁹, un io che non abita il mondo ma lo pensa e, facendo ciò, produce idee, ovvero oggetti ideali come parametri di definizione di una realtà profondamente differenziata ma che, in questo modo, viene interpretata in forza di un puro equivalente matematico. Se l'io è puro intelletto e quindi prescinde dal corporeo e dal mondano, esso produce un mondo pensato e non vissuto e, dunque, un corpo-oggetto ideale, non un corpo soggetto che vive nel mondo: e che cos'è questo corpo-oggetto ideale se non quello anatomico su cui si è costruita l'epistemologia medica?

La medicina conosce il corpo umano perché l'ha sezionato, ma il corpo

⁸ Sulla commistione tra il dualismo platonico e la religione biblica come origine della concezione occidentale del corpo umano mi soffermerò in un successivo intervento.

⁹ U. Galimberti, *Il corpo*, op. cit., p. 41.

che essa ha conosciuto sezionandolo è un corpo inevitabilmente morto. L'autopsia, come pratica che ha dato origine alla gran parte delle conoscenze mediche, taglia, smembra, osserva, svuota e riempie nuovamente un corpo che non è più tale perché cadavere e, proprio perché cadavere, è suscettibile di essere letto in termini oggettivi e quantificabili sulla base dell'analisi della pura esteriorità e superficialità degli organi. L'anatomia e la fisiologia mediche, dunque, trovano origine nel cadavere sezionato e non nel corpo che abita il mondo e, così, non fanno altro che considerare il corpo un oggetto, come vuole, appunto, il paradigma scientifico di ascendenza cartesiana.

Morte e malattia: Eventi spersonalizzati dallo sguardo medico scientifico

Se la medicina in quanto scienza guarda al corpo come a un "corpo biologico" e riconosce, fondamentalmente, il principio della vita nel DNA, allora essa propenderà per un prolungamento della vita, non intesa come esistenza, ma come puro prolungamento quantitativo della durata delle funzioni vitali¹⁰. È evidente, infatti, come la

¹⁰ L'idea della medicina come applicazione di un codice di tipo matematico-quantitativo in opposizione all'ambivalenza originaria del corpo umano viene ampiamente trattata in U. Galimberti, *Il corpo*, op. cit.

medicina adoperi tutti i mezzi di cui dispone per garantire a ognuno una morte per vecchiaia come unica morte accettabile in quanto coerente con il modello di decorso biologico dell'organismo che la razionalità scientifica ha definito per il nostro corpo. Così la morte violenta e la morte imprevista in genere, diventano un assurdo, non possono essere accettate perché fuoriescono dal modello della razionalità, e lo sguardo clinico non può certo aiutarci a comprenderle. La morte che la scienza ci rende accettabile è dunque una morte biologica, la cosiddetta morte "naturale", che oggi è anche e soprattutto una morte in solitudine in quanto del tutto privata del suo significato collettivo. La stessa interpretazione medica della malattia segue questa logica: agli occhi del medico l'oggettività del sintomo prevale sulla soggettività del paziente e il soggetto diventa, dunque, organismo malato da curare e, per questo, viene isolato all'interno della struttura ospedaliera in quanto struttura finalizzata, in modo specialistico, ad assolvere questa funzione. Morte e malattia non hanno più un significato collettivo di reciprocità e scambio sociale, come avveniva nelle comunità primitive, ma sono eventi completamente spersonalizzati dallo sguardo medico-scientifico che, rifacendosi alla netta distinzione cartesiana mente/corpo, legge il corpo in termini

prettamente meccanicistici. Tutto ciò accade perché la medicina, riducendo il corpo a organismo, non realizza che, in realtà, "l'uomo non muore per il fatto di essersi ammalato, ma gli capita di ammalarsi perché fondamentalmente deve morire.[...] Non si muore -infatti- per usura organica ma perché la morte è immanente nella vita"¹¹. La malattia e la morte sono eventi della vita, sfumature della soggettività del singolo in quanto corpo che si apre al mondo e non devono essere ridotte a quel tutto negativo che, per opposizione al tutto positivo della salute e della vita, non viene accettato e viene solo temuto e relegato. La malattia è oggi svuotata del suo significato sociale e personale e, per questo, diventa tanto disumana e, quindi, insopportabile. Il corpo malato per la medicina è, difatti, un oggetto, un organismo da curare.

La medicina... nella comprensione del dolore

Ritengo inoltre che la medicina, in quanto scienza razionale¹², incontri dif-

ficoltà non indifferenti anche nella comprensione del dolore. Il dolore ha una grande forza distruttiva che agisce, in primo luogo, sul linguaggio: per questo esso nella sua veemenza è esprimibile soltanto con urla e gemiti e ci riconduce così a uno stadio precedente a quello dell'apprendimento delle forme linguistiche con cui normalmente ci esprimiamo e comunichiamo¹³. Il dolore è, dunque, difficilmente comunicabile e non può essere facilmente compreso da chi non lo provi in prima persona: per quanto utilizzi espressioni gestuali e linguistiche adatte a esprimere la sofferenza, io non potrò mai renderla pienamente comprensibile all'altro così come egli non potrà mai comprendere veramente il mio dolore. Da qui per la medicina deriva tutta una serie di difficoltà di comprensione e, quindi, di cura e diminuzione del dolore. Il successo della medicina, infatti, dipende anche dalla sensibilità al linguaggio frammentario e tutt'altro che razionale del dolore, ma proprio l'intrinseca razionalità della scienza medica spesso rende difficile tale successo. È vero che attualmente si è sviluppata una maggiore attenzione alla terapia del dolore ma questo non significa che

¹¹ U. Galimberti, *Il corpo*, op. cit., p. 57.

¹² In tutte queste mie riflessioni sui limiti dello sguardo medico-scientifico considero ovviamente la medicina nella sua essenza di scienza razionale (anche per questo parlo proprio di paradigma) e cerco di focalizzare quale sia la concezione del corpo su cui essa si fonda, essendo tuttavia ben conscia che nella realtà l'applicazione di tale concezione all'attività medica vera e propria può sensibilmente variare da caso a caso.

¹³ E. Scarry, *La sofferenza del corpo. La distruzione e la costruzione del mondo*, Bologna, il Mulino, 1990, pp. 18, 19.

il problema del dolore in medicina sia risolto. Lo sguardo medico è troppo razionale per comprendere l'irrazionalità del dolore e, in forza della sua visione oggettivata del corpo, favorisce quell'"arretramento della presenza"¹⁴ che si verifica ogni qual volta che il malato che soffre si chiude al mondo per ripiegarsi sul proprio corpo quale unico polo in grado di attrarre la sua attenzione (appunto come oggetto da riparare, il cui difetto è percepito come ostacolo da superare e non come possibilità nel mondo) e quale unico orizzonte della sua esistenza: ma questo non è altro che un capovolgimento dei termini, perché il corpo non può divenire per me il mondo dal momento che *io sono il mio corpo*.

Dall'incapacità della medicina di comprendere aspetti della vita umana alla creazione della psicologia

All'incapacità della medicina di comprendere molti aspetti della vita umana si è cercato di rimediare con la creazione della psicologia e di ricondurre, quindi, a una fantomatica "psiche" tutto ciò che non poteva essere spiegato in termini prettamente fisico-chimici. In realtà anche la psicologia parla il linguaggio scientifico-razionale della medicina, nella misura in cui

è desiderosa di istituirsi proprio come scienza e, così facendo, si allontana sempre più dall'uomo. L'inconscio freudiano, infatti, non fa altro che riprendere la logica causa-effetto della scienza: esso viene istituito fondamentalmente come luogo di ciò (l'emozione, la pulsione, l'istinto) che è causa di quello che la ragione da sola non riesce e non può spiegare. L'inconscio freudiano cerca di sopperire, dunque, alla lacunosità della razionalizzazione utilizzando, però, un linguaggio e una logica che seguono la razionalità e, pertanto, sono ancora una volta insufficienti a una reale comprensione¹⁵. Ponendosi in linea con la medicina, la psicologia giunge a considerare le qualità psichiche proprio come degli og-

¹⁵ U. Galimberti, *La terra senza il male. Jung: dall'inconscio al simbolo*, Milano, Feltrinelli, 1994, cap. 9, pp. 108,109 e cap. 10, p. 116. L'autore propone qui un confronto tra l'inconscio freudiano e l'inconscio junghiano: il primo, seguendo il principio di causalità (significato) su cui si fonda tutto il processo di razionalizzazione del sapere occidentale, viene visto come un espediente per colmare, appunto, la lacunosità dell'ordine razionale e per assolutizzarne la verità; il secondo, invece, sostituendo all'ordine razionale-causale un ordine finalistico (senso) fatto di rinvii reciproci, relativizza la verità. L'inconscio junghiano, infatti, non è il luogo dove rinvenire le cause di ciò che la ragione da sola non può spiegare, ma è il luogo di ciò che la ragione ha tralasciato nella costruzione del proprio ordine del tutto razionale.

¹⁴ U. Galimberti, *Il corpo*, op. cit., p. 141.

getti fisici, che sottostanno, in quanto tali, alle leggi della causalità. Così alla visione medica del corpo come apparato organico si somma la creazione di un apparato psichico che la psicologia si accinge a spiegare in forza di rapporti causa-effetto ma che, tuttavia, è destinata a non comprendere. Per questo è necessario che la psicologia cominci a ripensarsi assumendo una prospettiva che le permetta di liberarsi dal linguaggio e dal pensiero oppositivo (*res cogitans / res extensa*, mente / corpo, vita / morte, normalità / patologia) che ha mutuato direttamente dalla scienza. Una psicologia che possa veramente comprendere e non solo spiegare l'uomo deve cercare il criterio di comprensione nell'uomo stesso e non in aridi criteri di misurazione o in teorie precodificate che con l'uomo hanno ben poco a che fare¹⁶.

La concezione del corpo nella società medicalizzata

L'errore insito nell'assolutizzazione della concezione fenomenologica del corpo

Rifacendomi implicitamente alla concezione fenomenologica del corpo, che si fonda sulla distinzione husser-

liana tra corpo vissuto (*Leib*) e corpo oggettivato (*Körper*), ho voluto evidenziare come la prospettiva medico-scientifica, in particolare nella sua formulazione paradigmatica, possa risultare riduttiva della complessità ontologica dell'uomo in quanto corpo. Non è mia intenzione, ovviamente, decostruire il paradigma scientifico, ma vorrei evidenziare l'errore insito nell'assolutizzazione di tale paradigma di cui oggi siamo purtroppo spettatori.

La medicina in quanto scienza, infatti, guarda al corpo soltanto da *una* delle possibili e infinite prospettive da cui è possibile considerarlo. L'errore della scienza, dunque, sta nel ridurre il corpo, nella totalità del suo essere, alla propria specifica modalità di guardare a esso. In questo modo il corpo viene ridotto a uno dei suoi molteplici aspetti, l'aspetto, appunto, che il metodo medico-scientifico ha scelto di considerare. Tutto ciò trascurando che il corpo, come ogni altra cosa in cui la realtà si articola, "è propriamente ciò che nessuno ha mai visto realmente, perché è l'unità della molteplicità aperta e infinita delle mutevoli esperienze proprie ed altrui"¹⁷.

¹⁷ E. Husserl, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, Milano, Il Saggiatore, 1961, p. 191, citato in U. Galimberti, *Il corpo*, op. cit., p. 148.

¹⁶ U. Galimberti, *Il corpo*, op. cit., p. 175.

D'altro canto è innegabile che per noi il corpo è sostanzialmente il cadavere che la scienza ha sezionato. Per noi la scienza è il reale, noi conosciamo il nostro corpo attraverso il filtro dello sguardo scientifico, per noi l'intera realtà, e non solo il corpo, ma in particolare proprio esso, è prevalentemente la realtà che la scienza ci propone: un insieme di oggetti e di fatti relazionati in termini meccanicisti e causali.

Oggi l'assolutizzazione del paradigma scientifico porta la medicina a sostituire le antiche religioni

Questa assolutizzazione del paradigma scientifico va di pari passo con il processo di secolarizzazione culturale che interessa la società contemporanea, per cui la medicina, avvalendosi della logica oppositiva tipica del sapere occidentale¹⁸, ha sostituito oggi le antiche religioni. Essa, infatti,

¹⁸ Il sapere occidentale trova le sue radici più remote in quella logica disgiuntiva inaugurata dal dualismo platonico anima/corpo (dualismo antropologico) che si è poi innestato nel dualismo cosmico biblico per dare origine alla logica disgiuntiva di cui il cristianesimo è pervaso. Tale logica, come ho già accennato, è stata ripresa da Cartesio per essere perpetuata, attraverso la tradizione dell'empirismo inglese, nella scienza moderna e, quindi, nell'impostazione del sapere occidentale. Cfr. U. Galimberti, *Il corpo*, op. cit.

si è elevata a protettrice della vita, come polo tutto positivo da opporre al polo tutto negativo della morte, e ha sostituito la salute all'antica salvezza. Dalla salvezza ultraterrena, così, si è passati al tentativo esasperato di garantire la sopravvivenza terrena, sempre in forza di una vita sacralizzata, da preservare a tutti i costi in quanto di per sé del tutto positiva. E non esito a ritenere che il medico stesso abbia ormai sostituito il sacerdote¹⁹ ottenendo, come figura pubblica, la stessa venerazione di cui, un tempo, solo i sacerdoti godevano. La cura del corpo stessa, anche nella sua accezione più ampia, che va dalle cure mediche allo sport, al fitness, alle diete, può, a mio parere, essere vista come una nuova forma di ascetismo secolarizzato²⁰.

La medicalizzazione del corpo è dunque un aspetto della razionalizzazione quale effetto del graduale processo di secolarizzazione culturale dell'occidente e, per questo, la medicina è venuta ad assumere il ruolo della religione: infatti essa, non solo ha assolutizzato il proprio specifico modo di guardare alla realtà, ma ha anche

¹⁹ P. Ariès, *Storia della morte in Occidente. Dal Medioevo ai giorni nostri*, Milano, Rizzoli, 1978, p. 238.

²⁰ B. S. Turner, *Regulating bodies. Essays in medical sociology*, Londra, Routledge, 1992, p. 165.

contribuito a una sempre maggiore sacralizzazione del proprio ruolo in forza del suo isolamento (disciplinare e spaziale) e del suo sempre più accentuato specialismo ed elitarismo. In questo modo la medicina ha minato fortemente le basi della capacità umana di far fronte al dolore, alla malattia e alla morte²¹. La gestione eteronoma della salute priva l'individuo della propria capacità di autoregolazione, di gestione e di sopportazione del dolore, della malattia e della morte quali fatti immanenti nella vita, per cui il ricorso alle cure mediche diviene immediato al primo malessere o sintomo doloroso. La medicina ha compiuto il medesimo percorso tracciato da uno sviluppo industriale finalizzato alla soppressione di qualsiasi sofferenza che non sia funzionale al sistema stesso, realizzando quel fenomeno che Illich definisce come "iatrogenesi culturale"²²: il senso del corpo è culturalmente definito e, in una cultura completamente medicalizzata, qual è la nostra, il corpo sarà letto esclusivamente dalla prospettiva oggettualizzante che il codice medico ha istituito.

²¹ I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Milano, Mondadori, 1977, pp. 139-145.

²² Il concetto di "iatrogenesi culturale" viene ampiamente trattato da I. Illich in *Nemesi medica*, op. cit., pp. 139-223.

La medicina estirpa la sofferenza

L'organizzazione del sistema della medicina è finalizzata a estirpare la sofferenza, la malattia, la morte perché considerate non come fatti immanenti alla vita stessa, ma come disfunzioni, difetti da cui l'uomo può e deve essere in un certo qual senso liberato.

La medicina, così, riduce il dolore a qualcosa di misurabile e regolabile, lo obbiettivizza separandolo dalla sua intrinseca soggettività che lo rende, in realtà, del tutto incomprensibile agli occhi dell'altro. Per questo il dolore non viene più percepito come uno degli aspetti della nostra originaria apertura al mondo e del nostro essere nel mondo, ma viene principalmente visto come un difetto, una debolezza che diviene tanto più intollerabile, quanto più sopprimibile attraverso prodotti analgesici e anestetici. Nell'antica Grecia, prima che Platone introducesse il dualismo anima/corpo, ma anche in tutte le culture mediterranee postclassiche, prima del '600, il dolore veniva investito di un valore cosmico e mitico e non individuale e specialistico come accade oggi. Da Cartesio in poi il corpo diventa oggetto, una macchina che, qualora presenti delle disfunzioni, deve essere riparata, e, di conseguenza, il dolore diventa un semplice segnale di tale disfunzione. La visione del corpo mala-

to²³ come macchina da riparare grazie all'intervento tecnico di uno specialista, che la medicina ha mutuato dal pensiero scientifico di ascendenza cartesiana, oggettivando la malattia, allontana il malato dal medico e spersonalizza il male ma, soprattutto, rende i singoli del tutto incapaci di fronteggiare la propria malattia facendoli diventare, di fronte a essa, in tutto e per tutto dipendenti dall'intervento medico. Lo specialismo e l'elitismo medico nella gestione della malattia sono, d'altro canto, particolarmente evidenziabili a livello linguistico: il linguaggio specialistico di cui la medicina fa uso nel suo analizzare il corpo umano è per lo più incomprensibile e inaccessibile alla maggior parte dei non addetti ai lavori, e ciò contribuisce a favorire quella gestione eteronoma della salute e della malattia che ci rende tanto estranea la nostra dimensione corporea.

Tutto ciò confluisce, come ho già accennato, in un'idea di "morte naturale" come unica morte accettabile: la

"morte naturale", che la medicina ci garantisce attraverso il suo accanimento contro il male, è la morte per vecchiaia, la morte assistita medicalmente, la morte dovuta a quella che viene vista come la "naturale" decadenza del nostro organismo. Io muoio quando il mio organismo non reagisce più all'intervento terapeutico.

La medicina deve ripensarsi...?

Tuttavia si può dire che l'insufficienza dell'ottica platonica, cartesiana, positivista e medica nella comprensione del corpo comincia a emergere e ciò spinge la biologia e la medicina a ripensarsi. L'intrusività delle nuove tecniche di cui la medicina d'oggi si avvale, dai trapianti alle manipolazioni genetiche²⁴, apre delle problematiche che conducono inevitabilmente la scienza a ripensarsi. Parallelamente si assiste a una sempre più crescente adesione alla medicina alternativa come medicina fondata su un'epistemologia ben diversa da quella prettamente scientifica su

²⁴ A questo proposito voglio precisare la differenza tra la terapia somatica, finalizzata alla cura delle malattie genetiche, e quella germinale, che introduce qualità specifiche o, addirittura, veri e propri progetti genetici. A questo proposito non intendo esprimere alcun parere in questa sede, data l'estrema complessità della problematica, ma mi limito a evidenziare questa distinzione che spesso non viene presa in considerazione.

²³ Mi sembra particolarmente interessante il fatto che, come accenna Illich (id. pp. 177-179), l'associazione del concetto di salute, come assenza di sintomi, al concetto di normalità, inizialmente applicato esclusivamente al campo geometrico, risalga al 1840 quando il termine "normale" assunse la sua prima connotazione medica a opera di Auguste Comte.

cui si fonda la medicina ufficiale. La diversità del rapporto tra guaritore e malato e la concezione olistica del corpo, che non guarda a esso come a una sorta di meccanismo inceppato, ma come a un "sistema naturale di guarigione che tende alla buona salute"²⁵ e che, in ciò, deve essere semplicemente aiutato eliminando ciò che gli impedisce di guarire, favoriscono sicuramente il successo di tale approccio alternativo. Al di là di quelle che possono essere viste come delle mode del momento, date le modalità di diffusione cui sono sottoposte che lasciano sospettare di assistere a un'ennesima manipolazione dei bisogni a scopi prettamente commerciali, a mio parere il problema sta più alla radice: sono convinta infatti che nell'impostazione del sapere occidentale sia insita una tendenza all'assolutizzazione del paradigma scientifico che, di per sé, ha una propria legittimità, ma, nel momento in cui viene assolutizzato come modalità prevalente nella comprensione del reale, in generale, e del corpo umano, in particolare, risulta estremamente riduttivo. Il problema, dunque, sta proprio nella tendenza all'assolutiz-

zazione di una particolare modalità interpretativa che risponde alla necessità di dover a tutti i costi conferire un senso a ogni cosa. Karl Jaspers sostiene, appunto, a questo proposito che l'uomo "è diverso da tutte le cose perché nella sua totalità non può diventare oggetto come non lo può diventare il mondo nella sua totalità. Quando viene conosciuto non conosciamo lui stesso, ma qualcosa del suo apparire. Ogni conoscenza totale dell'uomo finisce col rivelarsi una illusione la quale ha luogo perché un modo di considerare è preso per unico, un metodo per metodo universale"²⁶.

L'ottica oggettivante medica, se assolutizzata, riduce il *mio corpo*, che esperisco e vivo nella infinita molteplicità del mio essere al mondo, a un *corpo cosa*, oggetto d'esame, prodotto della conoscenza anatomica e fisiologica. In questo modo anche il dolore, la malattia e la morte, come modalità di essere me stesso, vengono ridotte a entità quantificabili e gestibili come dei veri e propri oggetti.

²⁶ K. Jaspers, *Autobiografia filosofica*, tr. it., Napoli, 1969, p. 34, citato in F. Bellino, *Persona e ragionevolezza*, Bari, Levante, 1997, p. 234. È sempre di K. Jaspers il concetto, a mio parere molto pregnante, di "superstizione scientifica" (*Wissenschaftsberglaube*).

²⁵ S. Spinsanti, *Il corpo nella cultura contemporanea*, Giornale di teologia, 148, Brescia, Queriniana, 1990, pp. 63, 64.

Ha ancora senso parlare di "politica"?

di Nino Di Gennaro

Una diffusa e multiforme inquietudine sembra essere diventato l'unico elemento connettivo della nostra società. Si connota di tratti vendicativi e sprezzanti in chi ha scambiato una delega a governare con la delega all'esercizio di un potere assoluto. Si stempera in malinconica rinuncia in chi, sopraffatto dal disorientamento ideologico, cede alla rassegnazione e persino all'assuefazione acritica ai modelli imperanti. E' un' insidia costante per lo slancio di combattività, la generosità e la coerenza di chi ricerca cocciutamente vie alternative.

Più di un anno fa, Eugenio Scalfari parlava di "un' insolita tristezza" tra gli italiani: "uno stato d'animo di stanchezza, una vitalità smorzata, una confusa sfiducia, come se la speranza nel

futuro si fosse spenta [...] ogni sforzo individuale è vano, ogni sforzo collettivo è impossibile, quelli che ancora ci credono e lottano per suscitare eroi solitari circondati da un' ammirata indifferenza" (*'La Repubblica'*, 16 dicembre 2001).

Andrew Gamble, in un interessante volumetto del 2000, "Fine della politica?", si muove in un quadro più ampio, esplorando, per convincerci a superarlo, "l'attuale disincanto occidentale" nei confronti della politica. "Quest'ultima - spiega Gamble - un tempo era vista come attività che poteva dare alle società umane il controllo del proprio destino. Ora invece prevale un profondo pessimismo sulla capacità degli esseri umani di controllare alcunché, e tanto meno attraver-

so la politica. Secondo questo nuovo fatalismo, che investe la stessa condizione umana, la vicenda dell'umanità sarebbe giunta a un grande spartiacque, riflesso della disillusione novecentesca per le utopie politiche liberali e socialiste e di un diffuso disincanto nei confronti delle grandi narrazioni illuministiche sulla ragione e sul progresso e della stessa modernità. Espressione caratteristica di tale fatalismo è l'incessante discorrere di "fine" cui si è assistito negli ultimi anni: fine della storia, dell'ideologia, dello stato-nazione, dell'autorità, della sfera pubblica, e persino della politica. Il nostro attuale destino sembrerebbe essere quello di vivere nelle gabbie di ferro create da vaste forze impersonali, derivanti dalla globalizzazione e dalla tecnologia, in una società che è al tempo stesso antipolitica e apolitica, priva della speranza e dei mezzi per immaginare o perseguire un futuro alternativo."

In effetti, negli ultimi anni si è avuta più volte la sensazione di vivere in una condizione senza alternativa: sia pure con alcune varianti, l'egemonia è stata esercitata dal 'pensiero unico' di un liberismo che la pubblicistica corrente si ostina a definire 'neo' e che invece, a ben vedere, è molto datato e molto noto nei suoi effetti sperequativi e devastanti.

Eppure i segni di una nuova vitalità della politica nell'ultimo anno e in questi mesi non sono mancati. Soprattutto, credo, cominci di nuovo a imporsi tra i cittadini il bisogno vitale di "controllare" il proprio destino: il dibattito e le iniziative sul ruolo della scienza e della tecnologia, sull'intollerabile squilibrio tra Nord e Sud del mondo, sulla necessità di evitare la guerra, ci dicono che la speranza di perseguire un futuro alternativo al presente è ancora operante.

Alcuni esempi.

Il fenomeno dei "girotondi". Ci ha mostrato che esiste ancora nella società la capacità di indignarsi contro la sfrontatezza di un ceto politico che pretende di trasformare in merito l'arrivismo perseguito con ogni mezzo, premia gli evasori, assolve i falsificatori di bilancio, esalta la mercificazione del lavoro. E ci ha dimostrato, anche, che esiste un bisogno morale di partecipazione diretta e non delegata, segno di malessere, ma anche di fiducia nell'azione politica.

La manifestazione della CGIL a Roma dell'anno scorso. Ha mobilitato 3 milioni di cittadini; può anche essere giudicata, volendone dare una lettura ingiustamente riduttiva, manifestazione di orgoglio di una sinistra in cerca di rivincita; resta il fatto che tale orgoglio si è materializzato e ha con-

fermato una voglia di 'politica' e di iniziativa collettiva che non si sente schiacciata dallo strapotere berlusconiano.

Il sondaggio sulla guerra di 'Famiglia Cristiana'. L'iniziativa del settimanale cattolico di indire tra i suoi lettori, generalmente moderati e sicuramente lontani dall'antiamericanismo tradizionale della sinistra, un sondaggio ai limiti della provocazione, "stai con Bush o con il Papa?", è uno di quei segnali, apparentemente secondari, ma dotati di una forte carica simbolica: la cultura occidentale, fino a qualche tempo fa compattata dal comune sentire anticomunista ed esaltata dalla fiducia nei valori della libertà e della democrazia, scopre drammaticamente le sue contraddizioni e le sue divisioni: se era abbastanza facile, ieri, definire il concetto di democrazia in contrapposizione al totalitarismo e al sovietismo, oggi, di fronte ai drammatici squilibri del modo e alle profonde sofferenze dei poveri della terra, diventa molto più arduo affermare i valori della democrazia in modo coerente e credibile. Oggi, diventa sempre più evidente che non è possibile libertà senza giustizia sociale, che una democrazia politica non regge alla lunga se non si sostanzia in una democrazia economica, che i valori ritenuti fondanti dalle democrazie occidentali

sono condannati alla degenerazione e al corrompimento se hanno bisogno, per affermarsi, di continue guerre.

Il 'social forum' di Firenze. Il successo della manifestazione ha chiuso, speriamo in maniera definitiva, la strada ai tentativi di ridurre a espressione di malessere esistenziale, disagio violento, nichilismo, quelle che invece sono domande cruciali per il mondo in cui viviamo: come conciliare benessere per tutti i popoli della terra ed equilibrio ecologico; come assicurare una più equa distribuzione dei beni prodotti in un mondo in cui i ricchi continuano a diventare sempre più ricchi e i poveri sempre più poveri; come "umanizzare" la scienza e la tecnologia, in un passaggio epocale in cui, avverte Gunther Anders, il problema non è più "che cosa possiamo fare noi con la tecnica, ma che cosa la tecnica può fare di noi".

L'esposizione delle bandiere della pace nella nostra città e nella nostra provincia. Qualcuno ne ha contate più di 15.000. E' un fenomeno inedito e sorprendente: non ci parla solo della diffusa avversione alla guerra e della volontà di pace dei trentini, ma ci dice anche che per la nostra città e per tanta parte della società trentina e italiana non tutto può il potere mediatico; può ancora molto, invece, il potere di persuasione

proprio della cultura della pace e il richiamo all'etica della responsabilità. Lo dimostrano i milioni e l'età media dei partecipanti alle manifestazioni per la pace del 15 febbraio in Italia e nel mondo nonostante l'ottusa negazione mediatica delle stesse.

Girotondi, CGIL, Famiglia Cristiana, 'Social Forum, bandiere esposte dai cittadini su invito di associazioni laiche e cattoliche, manifestazioni per la pace: e i partiti? e la Sinistra politica?

"Partiti senza politica. Politica senza partiti": l'efficace chiasmo, desunto dal Rapporto 2003 dell'Eurispes sulla società italiana, definisce in modo brutalmente schematico l'attuale situazione del nostro paese.

Non credo alle formule facili e ai giudizi sommari: il travaglio delle forze di sinistra

è evidente, donne e uomini della sinistra mostrano quotidianamente uno sforzo notevole per ridare sbocco politico e risposte concrete alle domande poste dai cittadini che cercano un'alternativa all'attuale quadro sociale, culturale e politico.

Ma c'è ancora il pesante condizionamento di una concezione minimalista della politica, fatta propria da tanta parte della sinistra riformista. In forza di essa, la gestione del potere, strumento per la realizzazione possibile di idealità e progettualità creativa,

finisce con il diventare valore in sé, tanto determinante da giustificare trasformismi, auto-censure, revisionismi improvvisati e mutevoli, contraddizioni evidenti e disorientanti. Gli esempi abbondano: basta rivedere le iniziative e le posizioni del centro sinistra negli anni dei suoi governi in materia di riforme istituzionali, riforma dello stato sociale, giustizia, conflitto di interessi, pluralismo dell'informazione, pace e guerra.

Il gradualismo e il realismo, che sono necessari per trasformare i bisogni e le speranze in progetti praticabili e condivisi, sono stati progressivamente abbassati al livello di tatticismi finalizzati alla ricerca di impossibili equilibri tra interessi contrapposti e di mediazioni fallimentari con gruppi e forze non disponibili alla ricerca del bene comune, perché condizionati, costitutivamente, da interessi privati e "particolari". Caso esemplare, la vicenda della Bicamerale e la mancata soluzione del conflitto di interessi.

La crisi degli ideologismi è stata tradotta, con eccessiva disinvoltura, in fine delle idealità e ha spinto alla scorciatoia del pragmatismo non sorretto da adeguata elaborazione culturale.

La necessità di evitare il settarismo e l'integralismo, inevitabili quando si assume una concezione 'giacobina' che pretende un'impossibile reductio

ad unum di politica e morale, non può significare rinuncia alla moralità nella politica: non solo e non tanto l'onestà e la legalità, virtù per altro mai scontate, quanto, soprattutto, la coerenza tra idealità proclamate e comportamenti concreti assunti nelle iniziative politiche, negli atti di governo, nei comportamenti individuali, persino nel costume di vita. Il cinismo dilagante in tanti comportamenti sociali ha legittimato l'utilizzo dello stereotipo "conservatore" contro chiunque osi ricordare il valore morale della coerenza. La politica non è e non può essere l'etica, ma non può prescindere da essa; ed è la coerenza, a me sembra, la virtù che restituisce moralità alla politica. Gino Strada, per fare un esempio, riempie di giovani e non giovani ogni sala in cui si presenta, anche con il concorso di molti che non necessariamente sono d'accordo con tutte le sue posizioni. Non ha bisogno di strumenti di propaganda, basta il passa-parola, al massimo la posta elettronica; nel suo caso, come in quello di molti altri che non sentono l'assillo dei 'passaggi televisivi', ciò che premia è la stima e il rispetto acquisito con la propria coerenza di vita.

Il bisogno di capire e analizzare correttamente la società nella quale viviamo, caratterizzata da un'evolu-

zione in esasperata accelerazione, è vitale per ogni movimento politico; ma esso non può essere soddisfatto con un adeguamento acritico, ai limiti dell'appiattimento, a modelli, atteggiamenti e concezioni la cui legittimazione derivava, in definitiva, esclusivamente dalla loro capacità di essere egemoni. Il linguaggio è, come sempre, spia rivelatrice. "Essere in sintonia con la società che cambia": una sorta di parola d'ordine, invocata per ribadire un'esigenza vitale per un partito politico; già, ma se la società cambia in peggio?

E intanto si è abbandonato il campo della ricerca, dello studio, dell'elaborazione di una cultura politica critica, affidando allo spettacolo mediatico la funzione dell'informazione e della formazione del cittadino!

Intanto si consumano energie preziose in defatiganti contrattazioni per selezionare dirigenti, organigrammi e ceti politici sulla base di logiche ormai incomprensibili e inaccettabili: la selezione dovrebbe essere consequenziale, o almeno contestuale, all'elaborazione di progetti e proposte, non il punto di partenza o addirittura il discrimine fondamentale.

Si pensi all'esempio, disarmante, della nostra realtà provinciale. Il percorso che dovrebbe portare a definire idee, progetti e proposte politiche per

le prossime elezioni provinciali e regionali parte dalle candidature, dagli schieramenti precostituiti, da soggetti politici nuovi da inventare in funzione della scadenza elettorale, mentre nessuno ha ancora capito quali progetti e quali idee si vogliono mettere in campo per uno sviluppo sostenibile ed equilibrato del Trentino e mentre incombono processi di trasformazione profondi: le riforme costituzionali, l'allargamento ad Est dell'Unione Europea, la nuova globalizzazione. Per altro, a proposito di candidature e selezione del ceto politico, se finalmente si ha il coraggio di aprirsi ai cittadini anche per trovare strumenti e regole di selezione democraticamente gestiti, fissando limiti per i mandati, preparando i ricambi nei ruoli, ricercando competenze e preparazione adeguate, si compie un passo decisivo per

superare quel 'disincanto' per la politica e quel senso di inquietudine diffuso di cui si parlava all'inizio.

Fondamento etico dell'agire politico, elaborazione partecipata di una cultura politica critica, azione riformatrice graduale, realistica, ma coerente, ricambio fisiologico del ceto politico affidato a strumenti di partecipazione diretta degli elettori e dei cittadini: queste mi sembrano le condizioni indispensabili per ridare fiducia ai cittadini e alle nuove generazioni in cerca di senso, che, stimolati da idee forti e comportamenti coerenti, hanno dimostrato di volere impegnarsi per uscire dall'angustia dei tempi presenti e per strappare la "politica" alle angustie in cui i meccanismi mediatici e contrattuali del consenso l'hanno relegata.



*“Beati i pacifici
perché saranno chiamati
figli di Dio”*

C'è ancora qualcuno che ci crede?





Saremo grati ai lettori che vorranno comunicarci l'indirizzo di altri amici interessati a ricevere questa rivista.

In caso di mancato recapito, restituire a Trento C.P.O. Il mittente si impegna a pagare la relativa tassa.

«L'INVITO», trimestrale - Recapito provvisorio: via Salè 111 - Povo (TN),
Tel. 0461 810568 - Collettivo redazionale: Maurizio Agostini, Daniela Anesi, Chiara Bert, Silvano Bert, Alberto Brodesco, Stefano Cò, Nino Di Gennaro, Selena Merz, Mara Orsi, Mattia Rauzi, Piergiorgio Rauzi (responsabile a termini di legge), Giovanni Sartori, Viviana Tarter, Cristiano Zuccher - Abbonamento annuo € 13,00 - Un numero € 4,00 - C.C.P. 16543381 - Reg. presso il trib. di Trento, lì 3.6.78 n. 272 reg. stampe - Sped. in abbonamento postale 50% - Litografia Effe e Erre s.n.c., Trento.
www.linvento.it - linvento@virgilio.it