

SAGGI – ESSAYS

ESPERIENZA DEL DOLORE, AUTODETERMINAZIONE E PROGETTUALITÀ FORMATIVA

di Rosa Gallelli

A fronte degli attuali scenari di significato in cui il tradizionale dualismo mente/corpo, filtrato nell'impianto riduzionistico della medicina moderna, si traduce nei modelli e nelle pratiche della medicina altamente tecnologizzata della contemporaneità, l'oggettivazione del malato e della sua sofferenza espone quest'ultimo alla espropriazione della esperienza di sé, nella complessità del proprio essere *persona incarnata*. Un approccio critico e creativo all'immaginario che fa da sfondo integratore a tale espropriazione non può che essere finalità primaria di una progettualità pedagogica che voglia promuovere pensiero e personalità riflessive e autodeterminantesi, in grado di esperire e condividere le comuni istanze di comprensione, compassione, partecipazione, relazione, solidarietà e aiuto.

In the scenarios of meaning in today's world, the traditional mind body dualism, filtered through the reductionist framework of modern medicine, passes through the models and practices of the highly technologized contemporary medicine. The sick person, with his suffering, is objectified, and finds himself dispossessed of his experience of himself. Primary purpose of a pedagogical project that wants to promote thought and reflective personalities, capable of self-determination, of experience and of sharing instances of understanding, compassion, participation, relationship, solidarity and help is to promote a critical and creative approach to the common imaginary, in order to integrate the experience of self-expropriation.

1. Premessa

In occasione di due conferenze tenute nel 1974 presso l'Istituto di Medicina Sociale dell'Università di Rio de Janeiro, Michel Foucault definisce il *corpo* una *realtà biopolitica* e la *medicina* una *strategia di biopolitica* (Foucault, 1974)¹. È noto come, in questa prospettiva, la Modernità abbia assegnato un ruolo affatto centrale nei processi di produzione e di riproduzione dei dispositivi biopolitici ossia dei saperi e delle pratiche attorno al corpo, alla malattia, alla sofferenza e alla morte, alle scienze biomediche, psichiatriche e, secondariamente, psicologiche, i cui saperi appaiono alimentati e diffusi grazie all'azione degli svariati apparati informativi e formativi: scuola e famiglia, divulgazione e propaganda politica, gruppi di interesse, reti multimediali della comunicazione e dell'intrattenimento, ecc.

La categoria di dispositivo biopolitico si presenta particolarmente esplicativa dei processi di soggettivazione, per comprendere come l'esperienza che ciascun individuo ha del *proprio corpo vivente* si trovi inscritta in un quadro più ampio di significazione che è quello condiviso dalla comunità e dalla cultura entro cui il singolo si colloca. Di là dalla concezione ottocentesca del corpo-meccanismo – sedimentatasi lungo la tradizione dualistica del pensiero occidentale e magnificamente organata da Cartesio nelle figure opposte di *res cogitans* e *res extensa* – la materialità corporea perde i caratteri di inerzia simbolica e di dolorante residualità rispetto alle dimensioni fondamentali dell'identità del soggetto (e del suo benessere) e si profila sempre

¹ Con il termine “biopolitica” mi riferisco a quello che Foucault ci insegna essere l'insieme delle pratiche, dei discorsi e dei dispositivi posti in essere da istituzioni politiche e sociali, da centri di potere, da centri di ricerca, di produzione e di utilizzazione di saperi e conoscenze, volti alla normazione e al controllo dei soggetti. Più in particolare, volti alla normazione e al controllo che passa attraverso gli aspetti più minuti e, per questo, anche più radicali della vita di ciascuno ossia attraverso il “corpo”.

più come *presenza compiutamente simbolica*. Sicché, per un verso, nei vissuti del corpo trova radicamento ed espressione l'identità di ciascuno e ciascuno realizza i propri singolari, unici e irripetibili, percorsi di costruzione esistenziale; per altro verso, negli scenari di senso culturalmente condivisi che rendono intelligibili tali esperienze, si apre il terreno di coltura di interrogazioni che coinvolgono il significato dell'esistenza di tutti, terreno che, per questo, si profila anche come spazio di possibile relazione, scambio, comune riflessione.

La storia dell'umanità è segnata dall'esperienza del patimento in cui i singoli sperimentano la caducità dell'esistenza e la paura della morte (sperimentano il dolore come anticipazione della morte: l'essere-per-la-morte che costituisce, per Heidegger, l'autenticità di ogni individuo) e, in tal guisa, ancor più, sperimentano il senso del proprio *limite*. Nella solitudine che assale il sofferente allorché il dolore gli solca attorno la traccia di divisione che lo isola e al contempo ne segnala il limite, quest'ultimo si fa inderogabile insegna di campi di esperienza – quello vissuto da chi è dentro il limite del dolore e quello vissuto da chi ne è fuori – incommensurabili. Ma la storia dell'umanità è segnata anche dalla incessante ricerca di interpretazioni plausibili nell'ambito delle quali tale esperienza trovi senso e giustificazione. Pertanto, miti, credenze, riti, su cui si sono andate via via accomodando fedi, filosofie, teorie e pratiche mediche, costituiscono da sempre l'*humus* dei luoghi comuni entro i quali uomini e donne trovano modo di scambiare le proprie esperienze di dolore. Negli scenari di senso così delineati, il dolore dei singoli incontra il dolore di tutti:

Perché questa opposta tendenza? Perché in ogni individuale soffrire c'è il riverbero del dolore universale: c'è una muta solidarietà tra chi soffre, c'è una tresca ed un ammiccamento tra chi soffre e chi non soffre; e tutto ciò non avviene attraverso la via della comunicazione individuale e diretta, ma per il fatto che dinanzi ad ogni emblema di sofferenza ognuno, a suo modo, si sente chiamato in causa. Il dolore è solo di chi soffre, ma di fronte ad una qualsiasi sofferenza irrompe, tremenda, la possibilità di soffrire: da qui la tresca, il sentirsi in certo

senso tutti coinvolti, il colloquio senza parole tra i segnati dal dolore e i candidati possibili [...]. Il dolore patito si universalizza nel dolore possibile, il dolore possibile trova il suo quotidiano riscontro nel dolore patito: in questo perpetuo rinvio la dimensione del dolore si *attualizza* come dimensione costante, la presenza del dolore diventa immagine familiare sempre allontanata, ma comunque riemergente (Natoli, 1999/2016, pp. 9-10).

Il dolore, dunque, quale esperienza irriducibile del limite, appare quanto di più intimo e incomunicabile ci sia nella vita di ogni persona e, tuttavia, al contempo, quale universale prefigurazione della morte, si presta a occasioni formative e trasformative condivise. E ciò tanto più in quanto, attingendo inevitabilmente, di contrada storico-geografica in contrada storico-geografica, a visioni del mondo culturalmente definite, esso è territorio di attraversamenti comuni.

A fronte degli attuali scenari di significato in cui il tradizionale dualismo mente/corpo, filtrato nell'impianto riduzionistico della medicina moderna, si traduce nei modelli e nelle pratiche della medicina altamente tecnologizzata della contemporaneità, l'oggettivazione del malato e della sua sofferenza espone quest'ultimo alla espropriazione della esperienza di sé, nella complessità del proprio essere *persona incarnata*. Un approccio critico e creativo all'immaginario che fa da sfondo integratore a tale espropriazione non può che essere finalità primaria di una progettualità pedagogica che voglia promuovere pensiero e personalità riflessive e autodeterminanti, in grado di esperire e condividere le comuni istanze di comprensione, compassione, partecipazione, relazione, solidarietà e aiuto.

2. Scenari di senso: la "scomparsa" del dolore

Come chiaramente argomentato da Salvatore Natoli (1999/2016), sottraendo il dolore dall'ingenua immediatezza – laddove peraltro ciascuno in primo luogo lo esperisce allorché ne subisce l'angoscioso riverbero come limitazione, solitudine,

pericolo dell'approssimazione alla morte – esso si rivela “inseparabile dall'orizzonte interpretante” in cui l'esperienza della pena, come evento individuale e come storia collettiva, è posta e si svolge: un orizzonte che coincide con una particolare visione del mondo.

La storia dell'Occidente – afferma l'autore – si iscrive all'interno di due grandi visioni del mondo, quella *greca* e quella *ebraico-cristiana*. Questa storia, nel suo complesso, risulta dalla flessione mista di questi due paradigmi, ma ancor più dalla fusione dei rispettivi orizzonti. Ne nasce qualcosa di assolutamente nuovo e impreveduto, quel sapere del mondo e del tempo che noi stessi oggi siamo [...]. Il grande pensiero dell'Occidente nel suo tratto finale, da Hegel a Nietzsche, è stato in grado di portare alla luce della coscienza il senso e il verso di questa vicenda e di tentarne il bilancio. Tanto basta per determinare e qualificare un'epoca: nel caso la nostra, come acquisizione della fine del moderno tramite la coscienza dell'esaurimento delle sue classiche matrici (Natoli, 1999/2016, p. 34).

Avvincente è il percorso lungo il quale l'autore ci porta per mano nell'analisi, dapprima, della metafisica del tragico, successivamente, della teologia del patto per giungere, infine, alla secolarizzazione contemporanea, ogni volta delineando i complessi scenari di senso dai quali emerge il legame forte tra visioni del mondo e vissuti del dolore. Dalla comprensione profonda della *physis* come inemendabile e tragico contrasto di opposti, emerge una intimità del greco col dolore che esita nella consapevolezza per cui nel dolore bisogna essere più forti del dolore, affrontarlo con coraggio e farne occasione di sfida, creatività sicché «[a]l dolore del mondo bisogna replicare con la risposta dell'arte come manipolazione che trasforma (tecnica), come visione che consola (poesia)» (Natoli, 1999/2016, p. 85). Dalla proiezione della salvezza nel Regno liberato da ogni peccato e da ogni sofferenza, emerge nella tradizione ebraico-cristiana per un verso il legame tra dolore e colpa e, per altro verso, l'idea della sofferenza come prova di fede e occasione di perfezionamento dello spirito sicché «[r]esistenza e perseveranza ma anche

pazienza e docilità caratterizzano lo spirito cristiano. [...] e perciò lo stesso dolore deve essere accettato in perfetto abbandono alla volontà del Signore» (Natoli, 1999/2016, p. 249). Con la secolarizzazione e la “morte di Dio”, il bisogno salvifico degli uomini si dirama in 1000 rivoli: dapprima le filosofie del progresso e le ideologie rivoluzionarie, successivamente l’ottimismo scienziata e, infine, l’adozione della tecnica come orizzonte della comprensione del mondo sicché

il tratto comune che caratterizza l’esperienza contemporanea del dolore è collegato alla persuasione che l’uomo possa tecnicamente dominarlo e che comunque la tecnica sia la forma *oggettiva* e, nella convinzione comune, perfino naturale di dominarlo (Natoli, 1999/2016, p. 269).

In tale quadro – che, ovviamente, ho qui drasticamente semplificato per necessità argomentativa – il dominio tecnico, che si realizza attraverso la “competenza”, interna il malato e la sua sofferenza in appositi luoghi, lo fa oggetto di appositi trattamenti, avoca a sé il compito esclusivo di pervenire alla soluzione del problema e, così facendo, rimuove il dolore dalla scena del mondo.

Pertanto, se è vero che il modo in cui ciascuno vive il confronto con il *limite* a cui il dolore espone (sia, direttamente, il sofferente, sia, indirettamente, il non sofferente) e il confronto con la *morte* che dal dolore continuamente è richiamata, ancorché influenzato da fattori individuali, si aggancia fortemente a quel sostrato di “luoghi comuni” in cui ogni temperie culturale trova espressione; accade anche che – agganciandosi l’“eccesso” di potere socialmente assegnato alla medicina e alla ricerca medica in merito al sapere sul corpo, sulla sofferenza e sulla morte (fenomeno che accompagna l’intera evoluzione della medicina moderna) all’“eccesso” di potere socialmente assegnato alla Tecnica (Galimberti, 2002; Heidegger, 1976; Severino, 2009) – la “medicalizzazione tecnologica” espropri il soggetto dell’esperienza del proprio *corpo vivente*.

Le riflessioni che, nel corso del Novecento, hanno problematizzato il senso del rapporto uomo-tecnica (così come si prospetta a partire dal tramonto delle grandi narrazioni occidentali) mostrano come la tecnologia abbia finito col cambiare il proprio statuto: nata come ausilio e potenziamento delle facoltà naturali dell'uomo, ha assunto essa stessa un tale livello di potenza da far pensare, talvolta, che la specie che primariamente se ne serve, quella umana, sia divenuta “antiquata” (Anders, 1963/2003). In altre parole, la tecnica, da strumento per la realizzazione dei fini additati dai sistemi di pensiero della tradizione occidentale (religiosi, ideologici, politici), è divenuta *fine a sé stessa*. Proprio in quanto *fine*, il quale orienta ma anche origina ogni obiettivo intermedio, essa surclassa ogni altro principio orientativo, e diventa *ambiente* di vita. Tutto questo si traduce in un'idea attualmente dominante ancorché indiscussa. È, questa, l'idea per cui gli orizzonti aperti dalle possibilità evolutive della tecnica siano un bene in sé e per sé, forieri senza dubbio alcuno di traguardi migliorativi e, perciò stesso, affatto irrinunciabili.

C'è da chiedersi: in che modo la *hybris* tecnica – questa tracotanza senza sguardo critico e autocritico – agisce sul vissuto *corpomentale* di uomini e donne? In che modo essa definisce al nostro posto i confini di ciò che è salute e malattia, di ciò che è benessere e sofferenza?

3. Espropriazione dei vissuti del corpo, espropriazione del dolore come “esperienza”

L'idea scienziata che i “guasti” alla macchina-corpo siano identificabili con precisione e riparabili con successo e in cui le scienze della salute risultano dominate dalle aspettative create dall'intervento tecnologico sulla biologia ha alimentato, nel corso del Novecento e ancor più nei decenni a noi più prossimi, il verificarsi di uno scollamento tra i progressi della conoscenza tecnica e l'effettiva capacità degli individui di utilizzare tali progressi in chiave consapevole e autonoma. Allorquando la

spiegazione di tutto quanto attiene alla salute e alla malattia diviene appannaggio esclusivo della scienza medica e questa alimenta massivamente la fiducia nella propria possibilità di sconfiggere definitivamente la malattia, si affaccia un preoccupante paradosso (di cui è testimonianza la crisi tuttora in atto della medicina di base) (Cosmacini, 2013).

Da una parte, la razionalizzazione scientifica della ricerca e della pratica curativa apre alla possibilità di consegnare al soggetto il riconoscimento di un ruolo attivo e consapevole nei processi di promozione della propria salute nonché in quelli di condivisione e di scelta della cura; dall'altra parte, la "tecnicizzazione" della medicina riduce, di fatto, non solo le possibilità di autodeterminazione del paziente ma anche le possibilità di scelta del medico stesso. Il panorama teorico su tali questioni si fa sempre più ampio e articolato (Corbellini, 2002; 2007; Ingrosso, 1994; 2018), moltiplicando i "discorsi", talora contrastanti, sulla salute e sulla malattia, sulla vita e sulla morte. Contemporaneamente, a fronte di una sempre maggiore efficienza diagnostica e terapeutica che alimenta le aspettative pubbliche sulle ricadute salvifiche ora delle biotecnologie e della genetica, ora della ricerca tecnologica, biochimica e farmacologica, ora della standardizzazione statistica delle procedure cliniche, per un verso permangono la frammentazione specialistica del sapere medico e la visione meccanicistica del corpo e delle sue funzioni con la conseguente rigida compartimentazione degli ospedali, delle accademie e dell'insegnamento; per altro verso, prende progressivamente vigore una prassi medica che sempre più appare dipendente dalle tecnologie diagnostiche di laboratorio e dall'applicazione "burocratica" delle linee guida *evidence based*.

Il quadro d'insieme si presenta quanto mai problematico poiché, a fronte di un progressivo e incessante processo di "medicalizzazione" della società e di gestione professionale del dolore e della morte (Illich, 1977/2005), l'identità e i vissuti personali appaiono viepiù investiti dalla forza esercitata sui corpi e sulle menti da una "cultura del corpo" e da un sapere medico

ancora caratterizzati dall'antica vocazione alla separazione e alla oggettivazione dei corpi nonché alla normazione delle vite. Ché, anzi, tale vocazione si ripropone in forme ancora più dure dietro l'azione pressoché incondizionata della Tecnica e della Tecnorazia contemporanee.

C'è da dire, peraltro, che tutto questo trova facile sponda nel progressivo scivolamento intrapreso dal neocapitalismo globalizzato verso un regime in cui la mercificazione di ogni dimensione lavorativa ed esistenziale subisce una mutazione profonda. L'elevazione del valore di scambio a sistema totale, grazie all'equivalente generale del denaro (Baudrillard, 1976/2007), conduce alla estinzione del reale (valore d'uso) sotto l'egida dei segni e delle immagini. Oggetto tra gli oggetti, anche il corpo è coinvolto nella riduzione a solo valore di scambio, luogo della produzione industriale e dello scambio di segni, schema di seduzione, di soddisfazione e di prestigio. La riduzione dei corpi a "modelli" di sessualità e di appagamento si traduce in pratiche di trasformazione del corpo in oggetto in esposizione: oggetto "vetrinizzato" (Codeluppi, 2007) e cioè offerto al potere di uno sguardo che ne giudica il "valore", in relazione ai canoni di consumo in voga.

Ivan Illich (1977/2005) argomenta brillantemente il modo in cui la medicina moderna, *oggettivando i corpi e oggettivando la sofferenza*, sia incorsa in un processo di vera *espropriazione della salute*: quando una cultura si medicalizza,

[]la medicalizzazione dà luogo a un prolifico programma burocratico basato sull'idea che non occorra affatto che ciascuno affronti personalmente il dolore, la malattia e la morte. L'impresa medica moderna rappresenta il tentativo di fare per conto degli altri quello che gli altri, grazie al loro patrimonio genetico e culturale, erano prima in grado di fare da soli. La civiltà medica è pianificata per e organizzata allo scopo di sopprimere il dolore, eliminare la malattia e annullare il bisogno di un'arte di soffrire e di morire. [...]. Il soffrire, il guarire e il morire, attività essenzialmente intransitive che ognuno apprende dalla cultura, vengono ora rivendicati dalla tecnocrazia alla sua

gestione e considerati come disfunzioni dalle quali le popolazioni vanno liberate per mezzo di strumenti istituzionali (p. 139).

Si tratta di una operazione che annulla il *dolore* in quanto *esperienza del soggetto*, riducendolo a oggetto di un trattamento medico che ignora la coorte di *interrogativi esistenziali* che sempre accompagnano la sofferenza nel vissuto di ciascuno, e che ne fanno, in tal modo, un evento unico e personale. Nella obliterazione, dunque, della matrice esistenziale del dolore si consuma anche, per il malato, la possibilità di vivere “in prima persona” la malattia, e per il medico, la possibilità di “prendersi cura” del paziente nella complessità del suo essere *persona incarnata*.

La violenza esercitata da tale obliterazione appare, pertanto, tutta inscritta all'interno della più generale dimenticanza, da parte della scienza medica, del corpo malato come incarnazione della intera soggettività della persona. In altre parole, l'accesso da parte dell'ammalato alle cure mediche implica e comporta la rinuncia all'“esperienza del corpo proprio”, con la sua costitutiva ricchezza di *intenzionalità*, così bene argomentata, negli anni Sessanta, dalla Fenomenologia di Merleau-Ponty (2003).

4. Esperienza del limite, autodeterminazione e progettualità formativa

Nel quadro spigoloso appena sommariamente tratteggiato, diversi e interrelati appaiono i piani ove poter disporre obiettivi, spazi-tempi di una teoria-prassi pedagogica e didattica orientata alla trasformazione dell'esistente verso la promozione di conoscenze e capacità di *decostruire* una *cultura del corpo* alienante e di *costruire* visioni ed esperienze rinnovate.

Su due di tali piani, in particolare, vorrei brevemente soffermarmi. Il primo è quello che potremmo intitolare alla “educazione del corpo e alla conoscenza estetica”.

La preziosa tradizione pedagogica e didattica del Novecento sul tema della corporeità, riletta oggi alla luce delle procedure

biopolitiche della postmodernità in atto, consente di orientare percorsi di *educazione del corpo* in cui sia promossa nelle bambine e nei bambini, nelle ragazze e nei ragazzi la conquista piena della duplice dimensione intra-soggettiva e inter-soggettiva della *conoscenza estetica* (cfr. i classici Bertin, 1974; De Bartolomeis, 1969/1989; Dewey, 1934/1951; Gennari, 1962/1994; Gentile, 1977/1981; Vygotskij, 1925/1972). Riprendendo e ampliando la classica concezione proposta da Alexander Gottfried Baumgarten (che col termine “estetica” intendeva il modo di conoscere attraverso la sensazione e i sensi), l’idea di conoscenza estetica rimanda alle capacità conoscitive del soggetto che esperisce il mondo attraverso l’interezza del proprio “essere corpo”.

In questa prospettiva, se è vero che i processi di oggettivazione biotecnologica e medica della intima e complessa fenomenologia del *corpo vissuto* di uomini e donne si traducono in forme di espropriazione dell’esperienza del *corpo proprio*, allora occorre sviluppare uno sguardo pedagogico sull’esistente che rinvenga in esso gli elementi critici su cui agire con una progettualità e una operatività in grado di promuovere nelle giovani generazioni la formazione di un pensiero problematizzante e creativo, capace di prendere consapevolmente posizione contro ogni tipo di espropriazione esperienziale e di alienazione esistenziale. Operando, pertanto, sul doppio piano della informazione e della formazione, bisognerà offrire al soggetto le occasioni in cui acquisire quel corredo di linguaggi, codici interpretativi (di tipo disciplinare e interdisciplinare), mediatori culturali e concrete euristiche oltre che quella pluralità di orizzonti interpretativi attraverso cui imparare a muoversi criticamente e creativamente nello spazio simbolico: reinterpretare la propria vita, il proprio corpo e la propria salute, conquistare gli spazi-tempi di una esperienzialità espansa, riflessuta e autodeterminata nonché operare le scelte necessarie a trasformare i propri comportamenti in modo congruente ai propri desideri, alle proprie aspettative e aspirazioni.

È, questa, una progettualità il cui tassello irrinunciabile è una *educazione estetica* intesa come “educazione a stare nel proprio

corpo” affrontando dal punto di vista pedagogico e didattico la questione della pluralità dei *modi* in cui facciamo esperienza ossia del come, fenomenicamente, ciascun senso si esplica. È difatti su tale pluralità di modalità sensibili e relativa pluralità di modi di fare esperienza che si radicano le plurali possibilità di operare su di esse, di categorizzare, di astrarre, di trasformare il mondo.

Mentre la parola, infatti, agisce indipendentemente da qualsivoglia specificità sensoriale, configurandosi, pertanto, come il medium di qualsiasi contenuto, assai varia appare invece la gamma delle esperienze percettive correlate a diversi vissuti e campi sensoriali, nonché a diversi modi di comprensione, a diversi comportamenti e a diverse prestazioni culturali. Ché, anzi, è stato acutamente argomentato (Plessner, 1970/2008) come le svariate modalità sensibili, essendo intrasponibili, si presentano collegate a forme diverse (in alcuni casi, molto diverse: si pensi al caso della musica e della geometria) di assegnazione di senso.

Si tratta, allora, di mettere in campo una progettualità formativa volta a mettere in scacco la tendenza ad adagiarsi pigramente nelle routine sensoriali potenziando la formazione integrale del soggetto: la sensibilità e l’immaginazione, il gusto e la raffinatezza nelle produzioni e negli atteggiamenti, l’intelligenza creativa. Più nello specifico, occorre, per un verso, incrementare nel soggetto in formazione, la capacità di riconoscere la molteplicità delle aree dell’espressività e di esperire la ricchezza di possibilità di interazione col mondo, di azione e di significazione che tale molteplicità offre. Per altro verso, altresì, occorre incrementare nel soggetto in formazione la capacità di discernere come le percezioni – proprio per il fatto di non essere semplici segnali mediati da canali sensoriali – sono sempre prese in un processo di co-definizione con la *mente incorporata* che agisce in un ambiente e, dunque, con processi di attribuzione di senso; processi, questi ultimi, di cui vanno individuati i processi di codifica culturale a cui vanno incontro di epoca in epoca, di latitudine in latitudine. L’educazione estetica, pertanto, comporta anche l’approfondimento delle forme culturali legate ai sensi: ai

modi in cui, all'interno di una determinata cultura, essi vengono interpretati, disciplinati, utilizzati (Gallelli, 2014).

A un secondo livello, si pone una progettualità pedagogica (tutta ancora da costruire) che auspica l'allearsi costruttivo di scienze mediche e scienze umane. Dall'interno stesso delle scienze mediche sembra essere avviato da qualche tempo un processo di riflessione epistemologica assai sensibile verso gli apporti che le scienze umane possono offrire nella direzione di un ripensamento del ruolo della medicina e del medico nelle società contemporanee. Qui, a mio avviso, si gioca la sfida più cogente: quella di un dibattito multidisciplinare che voglia farsi carico di mettere in discussione alcune delle più perniciose idee sulle quali la medicina moderna ha edificato i propri successi ma rispetto alle quali ha anche aperto la strada alle attuali derive tecnicistiche: in primis, l'oggettivazione del soggetto in quanto corpo malato e l'oggettivazione della sofferenza. Se, come in precedenza schematicamente argomentato, nella obliterazione della matrice esistenziale del dolore si consuma, per il malato, la possibilità di vivere "in prima persona" la malattia e la sofferenza, c'è da dire che per il medico, ciò comporta la impossibilità di "prendersi cura" del paziente nella complessità del suo essere *persona incarnata*. Ne sono testimonianza la crisi a cui sta andando incontro il riconoscimento sociale dell'autorevolezza del medico, l'emergere di problematiche relative a un approccio medico di tipo difensivo e molto altro ancora (Cavicchi, 2018). Diventa urgente, allora, ripensare la formazione (e qui si presenta cruciale l'impegno della pedagogia e della didattica) del medico arricchendone il curriculum di base in modo da renderlo permeabile alle sollecitazioni critiche e costruttive che le scienze umane stanno producendo. Sollecitazioni "difficili", nella misura in cui chiedono un rinnovamento profondo dei quadri concettuali sedimentati nel corso della storia della medicina moderna, nella direzione di una idea di "cura" ecosistemica e solidale.

- Anders G. (2003). *L'uomo è antiquato*, 2 voll. Torino: Bollati Boringhieri. (Original work published 1963).
- Balduzzi L. (2002) (a cura di). *Voci del corpo. Prospettive pedagogiche e didattiche*. Firenze: La Nuova Italia.
- Baudrillard J. (2007). *Lo scambio simbolico e la morte*. Milano: Feltrinelli. (Original work published 1976).
- Baumgarten A.G. (2000). *Aesthetica*. Traduzione italiana a cura di Salvatore Tedesco. Palermo: Centro Internazionale Studi di Estetica.
- Bertin G.M. (1974). *L'ideale estetico*. Firenze: La Nuova Italia.
- Cavicchi I. (2018). *Stati generali della professione medica. 100 Tesi per discutere il medico del futuro*. Roma: FNOMCEO.
- Codeluppi V. (2007). *La vetrinizzazione sociale*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Corbellini G. (2002). *La malattia dal passato al futuro*. In P. Donghi (a cura di), *La nuova Odissea*. Roma-Bari: Laterza.
- Corbellini G. (2007). *EBM. Medicina basata sull'evoluzione*. Roma-Bari: Laterza.
- Cosmacini G. (2013). *La scomparsa del dottore. Storia e cronaca di un'estinzione*. Milano: Raffaello Cortina.
- De Bartolomeis F. (1989). *Introduzione alla didattica della scuola attiva*. Firenze: La Nuova Italia. (Original work published 1969).
- Dewey J. (1951). *L'arte come esperienza*. Firenze: La Nuova Italia. (Original work published 1934).
- Esposito R. (2004). *Bios. Biopolitica e filosofia*. Torino: Einaudi.
- Ferrante A. (2017). *Che cos'è un dispositivo pedagogico?* Milano: FrancoAngeli.
- Foucault M. (1976). Crisi della medicina o crisi dell'antimedicina? *Archivio Foucault*, 2, 202-219.
- Foucault M. (1978). *La volontà di sapere. Storia della sessualità*. Milano: Feltrinelli.
- Foucault M. (1998). *Bisogna difendere la società*. Milano: Feltrinelli.
- Foucault M. (2012). *Nascita della biopolitica. Corso al Collège de France (1978-1979)*. Milano: Feltrinelli.
- Galimberti U. (2002). *Il corpo*. Milano: Feltrinelli.
- Gallelli R. (2014). La mente incarnata. Insegnare ad apprendere l'"unità corpomentale". In G. Annacontini & R. Gallelli (a cura di), *Formare altre(i)menti*. Bari: Progedit.

- Gennari M. (1994). *L'educazione estetica*. Milano: Bompiani. (Original work published 1962).
- Gentile M.T. (1981). *Responsabilità dell'immagine. Formazione dell'identità umana*. Roma: Edizioni Studium. (Original work published 1977).
- Heidegger M. (1976). La questione della tecnica. In M. Heidegger, *Saggi e discorsi*. Milano: Mursia.
- Illich I. (2005). *Nemesi medica*. Milano: red! Edizioni. (Original work published 1977).
- Ingrosso M. (1994) (a cura di). *La salute come costruzione sociale*. Milano: FrancoAngeli.
- Ingrosso M. (2018). *La cura complessa e collaborativa. Ricerche e proposte di Sociologia della cura*. Roma: Aracne.
- Merleau-Ponty M. (2003). *Fenomenologia della percezione*. Milano: Bompiani.
- Natoli S. (2016). *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*. Milano: Feltrinelli. (Original work published 1999).
- Pinto Minerva F., & Gallelli R. (2004). *Pedagogia e post-umano. Ibridazioni identitarie e frontiere del possibile*. Roma: Carocci.
- Pinto Minerva F., & Vinella M. (2012). *La creatività a scuola*. Roma-Bari: Laterza.
- Plessner H. (2008). *Antropologia dei sensi* (a cura di M. Russo). Milano: Raffaello Cortina. (Original work published 1970).
- Severino E. (2009). *Il destino della tecnica*. Milano: BUR Biblioteca Universale Rizzoli.
- Vergari U. (2010) (a cura di). *Governare la vita tra biopotere e biopolitica*. Trento: Tangram Edizioni Scientifiche.
- Vygotskij L.S. (1972). *Psicologia dell'arte*. Roma: Editori Riuniti. (Original work published 1925).