

*La socio-semiotica e il "discorso della salute": tre ricerche**

Maria Pia Pozzato

professore associato, Dipartimento di discipline della comunicazione, Università degli studi di Bologna
[pozzato@dsc.unibo.it]

Durante l'anno accademico 2003/04, iniziavo al Corso di laurea specialistica in Discipline semiotiche dell'Università di Bologna quello che mi risulta essere il primo e unico corso in Italia di "socio-semiotica". In quegli stessi mesi, con i colleghi del direttivo dell'Associazione Italiana Studi Semiotici (A.I.S.S.), stavamo mettendo a punto il programma del convegno annuale dedicato nel 2004 a "Il discorso della salute"⁽¹⁾. Richiamo questi due avvenimenti perché hanno avuto un anello di congiunzione: in vista del convegno, invitai gli studenti del corso di sociosemiotica a lavorare sul tema della salute e alcuni di loro sostennero l'esame con elaborati sull'argomento. Lo considero un caso felice di sinergia fra attività didattica e attività di ricerca e credo sia stato motivo di soddisfazione per gli studenti poter esporre i loro lavori durante un apposito workshop del convegno.

I tre saggi che seguono fanno parte di questo gruppo di ricerche⁽²⁾. María José Contreras ha analizzato i commenti delle donne in gravidanza subito dopo la loro seconda ecografia; Dario Aquaro e Cristiano Boscato hanno registrato e analizzato i dialoghi fra i clienti e i farmacisti di una farmacia di Bologna; François Provenzano ha analizzato le lettere ai medici inviate dai lettori delle riviste del settore. Ma ritornerò fra poco su questi lavori. Prima vorrei infatti tratteggiare brevemente alcune linee storico-metodologiche.

L'approccio semiotico, pur avendo una sua specificità, ha sempre avuto una stretta parentela con l'antropologia. Negli anni Sessanta-Settanta, i lavori di Claude Lévi-Strauss sui miti gettarono, assieme all'analisi della fiaba di Vladimir Jakovlevic PROPP (1928), le basi della narratologia. Da questa doppia geminazione, nasce la teoria semiotica di Algirdas J. Greimas che trae da Lévi-Strauss una *semantica profonda* dei testi, sotto forma di opposizioni categoriali che strutturano gli universi di discorso; e da Propp l'idea di una successione di *funzioni narrative*. La semiotica si è attardata a lungo nello

Note

studio di questo tipo di testi (miti, fiabe, racconti), che hanno costituito in un certo senso un brodo di coltura per la sua metodologia d'analisi. Negli anni a seguire, però, la disciplina ha avuto un inaspettato sviluppo in ambiti, come la pubblicità e i comportamenti sociali, che esulavano da quelli, a lei tradizionali, dell'etnoletteratura e della letteratura. Come dice Andrea Semprini nella sua "Introduzione" a *Lo sguardo sociosemiotico*: "Nella seconda metà degli anni Ottanta, si assisté a una doppia evoluzione. Da un lato, un rinnovo dell'interesse dei semiotici per le comunicazioni di massa e dall'altro nuovi bisogni e quindi un'apertura da parte dell'universo aziendale verso strumenti d'analisi scientificamente solidi, in grado di leggere in modo più sofisticato l'universo della comunicazione, anch'esso in piena trasformazione" (SEMPRINI A. cur., 2003, pp. 15-16).

La semiotica sembrava quindi chiamata di nuovo a un compito che in fondo l'aveva caratterizzata fin dall'inizio quando Ferdinand de Saussure preconizzava, nel primo decennio del Novecento, la nascita di una "semiologia" intesa come studio dei segni nell'ambito della vita sociale. A partire dagli anni Novanta, il progetto socio-semiotico si è progressivamente precisato grazie ai lavori di diversi studiosi fra cui va ricordato, *in primis*, un allievo di Greimas, Eric Landowski⁽³⁾. Attualmente, la semiotica propone le proprie metodologie d'analisi per lo studio della società contemporanea, accanto ad altre discipline come la sociologia, la teoria anglosassone dei *Cultural Studies* e quella "antropologia *at home*", non focalizzata su aree esotiche, primitive, industriali, ma sulle nostre stesse società, alla quale si richiama Tullio SEPPILLI (2001). Ora, che cosa significa fare ricerche sul campo nel proprio contesto culturale? Come nota Seppilli, queste indagini comportano difficoltà specifiche: l'osservatore *at home*, proprio perché abituato alle realtà che indaga, può non cogliere, in quanto ovvi per lui, segnali che uno straniero noterebbe. Inoltre, in caso di grande vicinanza culturale, l'osservatore è troppo coinvolto, e questo aggrava un problema presente in ogni ricerca: quello di un punto di vista che non può mai essere socialmente neutro.

Nel campo della salute, è evidente che nessun osservatore può sentirsi estraneo alla realtà che indaga. Come ricordava Gianfranco Marrone introducendo i lavori del convegno AISS di cui si è detto, il tema è molto delicato, da diversi punti di vista (teoretico, religioso, etico, giuridico, sociale e pragmatico). Che cosa può dire il semiotico a questo proposito? Può vedere come l'opposizione salute/malattia venga costruita di volta in volta discorsivamente nella *semiosfera*⁽⁴⁾. Il corpo può essere semplice oggetto di studio scientifico oppure farsi soggetto di funzioni individuali e sociali. Gli sviluppi della scienza e della tecnologia in questo campo introducono

l'idea di un possibile perfezionamento del corpo stesso e delle sue possibilità, ma anche nuovi paradigmi di trasformazione e di frammentazione dell'unità corporea. Una costante delle attuali culture della salute appare il richiamo al valore del *benessere* che è qualcosa di più del semplice stato di salute, una sorta di valore aggiunto della vita quotidiana, da perseguire, mantenere, difendere a ogni costo. Un altro tema importante che ha visto significative trasformazioni nel mondo contemporaneo è la *messa in crisi del patto* fra medico e paziente. Il primo sembra aver perso il suo potere assoluto sul secondo. Il paziente, in particolare, tende oggi a rivendicare un ruolo di soggetto, sfuggendo alla reificazione cui era sottoposto dal trattamento scienziato. Questo aspetto lo vedremo esemplificato da due dei contributi che seguono: quello di Dario Aquaro e di Cristiano Boscato, dove si vede come il cliente "contratti", "negozi" il sapere con il farmacista, ben lungi dall'affidarsi a lui ciecamente; e quello di François Provenzano, dove il lettore ha molti modi diversi di porre le sue domande all' "esperto".

Come è emerso da diverse relazioni al convegno Aiss di Spoleto, la figura del paziente tende oggi a recuperare quella "umanità" che le permette anche di ritrovare, al di sotto dell'oggettività del corpo-macchina, il suo corpo-proprio, fatto di sensazioni, di esperienze personali. Questo è quanto dimostra molto bene anche il saggio di María José Contreras, dove le donne intervistate confrontano quello che *sentono* nella loro "carne" con quello che *vedono* sul monitor, e con quello che *sanno* sulla base del sapere del medico.

Un altro aspetto che emergeva dal convegno, e che è qui esemplificato dal caso studiato da Provenzano, è il ruolo sempre più importante dei media nella costruzione culturale della salute. Probabilmente i media si inseriscono nella zona di incertezza creatasi attorno al ruolo medico offrendosi come nuovo dispositivo in grado di dare informazioni e di suggerire una inedita mappatura dei valori legati alla salute e allo "star bene" in generale.

La sociosemiotica naturalmente affronta questo campo di indagine con i propri strumenti, che sarebbe troppo lungo illustrare qui: una teoria narrativa, che prevede programmi d'azione, competenze, valori; una teoria dell'enunciazione, che calcola la posizione del soggetto rispetto al discorso che enuncia; una teoria delle passioni, viste come effetti corporei semiotizzati. E così via.

Il punto di forza della disciplina è il suo approccio testualista: come si vedrà, tutti e tre i saggi hanno un corpus d'analisi fortemente definito. I dialoghi, osservati e trascritti da Aquaro e Boscato, fra i clienti e i farmacisti; le affermazioni delle donne in gravidanza, ugualmente raccolte e

trascritte da Contreras; le numerose lettere agli specialisti analizzate da Provenzano, sono tutti *testi* che i giovani studiosi hanno attentamente scelto, raggruppato e sottoposto al vaglio semiotico per cercare di dire qualcosa che poggiasse su una base di manifestazione definita, e non su osservazioni generali e impressionistiche. Certo, è un piccolo contributo. Ma fondato su una metodologia ormai largamente condivisa e su dati osservativi attestabili: due elementi essenziali per poter dire, come auspicava Greimas, “qualcosa di sensato sul senso”.

Note

(*) Il materiale che qui si pubblica è costituito da un testo di apertura in cui Maria Pia POZZATO ha per noi introdotto – delineandone l’orizzonte generale di riferimento – i sintetici resoconti di tre ricerche da lei orientate nel quadro della sua attività didattica e scientifica presso il Dipartimento di discipline della comunicazione della Università degli studi di Bologna. L’iniziativa ha reso avvio in occasione della comune partecipazione al XXXII Congresso dell’Associazione italiana di studi semiotici (Spoleto, 29 ottobre - 1 novembre 2004), nel corso del quale le tre ricerche sono state brevemente esposte durante un workshop organizzato dalla stessa professoressa Pozzato. Con lievi variazioni rispetto ai testi qui pubblicati i tre singoli resoconti sono stati editi anche negli atti del congresso (*Il discorso della salute. Verso una sociosemiotica medica*, a cura di Gianfranco MARRONE, Meltemi Editore, Roma, 2005, 522 pp.): quello di María José CONTRERAS alle pp. 304-310, quello di Dario AQUARO e Cristiano BOSCATO alle pp. 295-303, e quello di François PROVENZANO alle pp. 405-412. Alla realizzazione del congresso – nel corso del quale Tullio SEPPILLI ha presentato la relazione *Parole e gesti che curano: la questione dell’efficacia terapeutica delle medicine sacrali* – hanno collaborato anche la Società italiana di antropologia medica (SIAM) e la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute [Nota della Redazione].

(1) Il direttivo AISS è attualmente composto da Gianfranco Marrone, presidente; Isabella Pezzini, Guido Ferraro e chi scrive, vicepresidenti. Dopo un lavoro collettivo di elaborazione del progetto, va attribuito tutto a Gianfranco Marrone il merito dell’organizzazione di questo convegno, tenutosi a Spoleto tra il 29 ottobre e l’1 novembre 2004.

(2) Ringrazio Tullio Seppilli di aver voluto seguire il workshop della Specialistica di Bologna al convegno di Spoleto e di aver proposto a questi tre giovani di pubblicare i loro saggi.

(3) Autore che non a caso troveremo abbondantemente citato nei saggi che seguono questa mia premessa.

(4) Com’è noto, Jurij Lotman, per *semiosfera*, intende l’insieme dinamico e “vivente” della cultura.

Riferimenti bibliografici

PROPP Vladimir Jakovlevic (1966 [1928]), *Morfologia della fiaba*, con un intervento di Claude Lévi STRAUSS e una replica dell’Autore, a cura di Gian Luigi BRAVO [ediz. orig.: Academia, Moskva, 1928].

SEMPRINI Andrea (curatore) (2003), *Lo sguardo sociosemiotico*, Franco Angeli, Milano.

SEPPILLI Tullio (2001), *Medical Anthropology “at home”: a conceptual framework and the Italian experience*, “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica”, n. 11-12, ottobre 2001, pp. 23-36.

1. Indagine sociosemiotica sull'esame ecografico di donne in gravidanza⁽¹⁾

María José Contreras

dottoranda in Semiotica, Università degli studi di Bologna

1. Introduzione

L'ecografia è comparsa nell'uso clinico negli anni '70 ed attualmente è la seconda modalità più utilizzata tra le tecnologie mediche di visualizzazione corporea. Il fatto che l'ecografia faccia vedere aspetti ignoti del proprio corpo e, nel caso dell'ecografia ginecologica, mostri la presenza di qualcuno che di solito è "invisibile" all'occhio nudo, fa sì che questo tipo di esame medico abbia interessato alcuni studiosi di scienze sociali, in particolari antropologi e filosofi (cfr. ad esempio MARCHESINI R. 2002, FORTUNATI L. - KATZ J. - RICCINI R. 2002). Tali studiosi hanno rilevato come, grazie a queste tecnologie, il proprio corpo si trasformi da involucro inviolabile in paesaggio abitabile.

Questa indagine presenta un indirizzo di ricerca inedito giacché studia gli effetti semiotici di questa situazione. L'obiettivo generale di questa indagine è quindi quello di applicare i concetti della semiotica alla situazione sociale dell'esame ecografico di donne in gravidanza con lo scopo specifico di studiare:

1. La distribuzione del sapere e il sentire nella situazione dell'esame ecografico di donne in gravidanza. Come vengono valorizzati rispettivamente il sentire e il sapere in questo contesto? Come circola il sapere e il sentire? Che attante⁽²⁾ possiede il sapere? Chi detiene il sentire?
2. I modi in cui il testo ecografico trasforma la propriocezione e quindi il senso della propria esperienza. In che misura l'esperienza dell'esame modifica il rapporto con il proprio corpo e con quello del feto? Quali aspetti nel modo di sentire il proprio corpo vengono modificati dopo la visione dell'immagine ecografica?

2. Metodologia

La prima fase di questo lavoro corrisponde al lavoro etnografico sul campo e la seconda all'analisi sociosemiotica dei testi raccolti nella fase etnografica.

2.1. Il lavoro sul campo

La ricerca è stata realizzata nell'Azienda Ospedaliera di Bologna nel Policlinico S. Orsola-Malpighi nel periodo da marzo a maggio del 2004. Una prima tappa

Note

del lavoro sul campo è stata eseguita nel reparto di ricovero dell'Unità Operativa Ginecologica del prof. Pelusi. Lo scopo di questa fase era quello di conoscere il funzionamento della struttura sanitaria. Questa fase è stata utile per definire le domande dell'intervista qualitativa semi strutturata definitiva.

La seconda parte del lavoro sul campo è stata effettuata nell'Ambulatorio Ostetrico II Clinica della stessa struttura ospedaliera. Durante questo periodo sono stati raccolti i dati-testi "definitivi" che poi sono stati analizzati da una prospettiva sociosemiotica. Il campione della ricerca è composto di 11 donne tra la 20 e la 24 settimana di gravidanza che si sottoponevano all'ecografia morfologica di controllo del secondo trimestre. Ho accompagnato ognuna di queste pazienti durante l'ecografia morfologica facendo *osservazione partecipante* e dopo l'esame abbiamo fatto *l'intervista semi strutturata* descritta nell'appendice.

Il corpus testuale consiste nelle risposte fornite dalla donne alle interviste e nelle constatazioni prelevate dall'osservazione partecipante.

2.2. L'analisi sociosemiotica

La seconda fase della ricerca corrisponde a quella dell'analisi dei dati raccolti che in questa sede e coerentemente con il progetto sociosemiotico, consideriamo in quanto testi e non in quanto puri e semplici dati che rendono conto univocamente della realtà empirica (cfr. LANDOWSKI E. 1999 [1989], MARRONE G. 2001). Il corpus verrà analizzato da un'ottica sociosemiotica: ho cercato quindi di descrivere la situazione sociale dell'esame ecografico a partire di ciò che Eric LANDOWSKI (1999 [1989]) ha definito un modello formale dell'interazione.

3.1. La distribuzione del sapere e del sentire

Secondo Algirdas J. Greimas (GREIMAS A.J. - COURTES J. 1979 [1986]) il senso si genera attraverso un processo che si sviluppa in fasi successive che partono da livelli profondi e astratti a livelli più superficiali e concreti. La mia analisi prende le mosse dal livello più superficiale dove si possono distinguere due attori sociali che corrispondono ai ruoli tematici del "medico" e del "paziente"⁽³⁾. Anche se nella situazione dell'esame ecografico non c'è una vera e propria patologia, la donna in gravidanza che fa l'ecografia si colloca rispetto al medico come "paziente": ignorante della propria situazione, ha bisogno della sanzione di un esperto per verificare il suo stato attuale. Sebbene non ci sia cura né indicazione di trattamento, la grammatica relazionale nella situazione che descriviamo equivale a quella del "medico-paziente".

L'oggetto di valore nella situazione dell'ecografia è la conoscenza che deriva da un sapere che, come si vedrà successivamente, si intreccia con il vedere. Il sapere è in mano del medico e il sentire del paziente non viene ritenuto rilevante. Al contrario, la competenza del sapere del medico è cruciale. La grammatica

soggiacente a questa situazione pragmatica implica degli investimenti modali asimmetrici del medico e del paziente: il medico è in stato di congiunzione con l'oggetto di valore (il medico sa) e il paziente si trova in uno stato di disgiunzione (il paziente non sa). Lo svolgimento dell'esame ecografico (e quindi l'esecuzione dei programmi narrativi) implica lo spostamento del paziente verso la posizione del sapere.

L'esame ecografico si può definire anche come un'operazione cognitiva che intende rendere equivalenti due universi di sapere. Coincide quindi con il modello del discorso scientifico elaborato da Eric Landowski, dove lo scienziato comunica il suo sapere (oggettivizzato) a un attante che non sa.

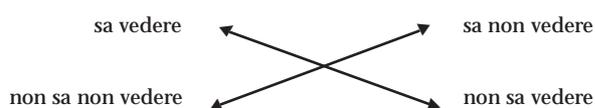
La situazione dell'ecografia però non si risolve nella sola modalità del sapere. La specificità della situazione dell'esame ecografico è che il sapere è intimamente legato al vedere. Il medico sa vedere: vede sullo schermo e acquisisce la conoscenza specifica che riguarda quel caso in particolare.

La situazione ecografica illustra come l'oggetto di valore sia un sapere nettamente visivo, a scapito del sapere legato al sentire. La competenza del paziente, il suo sentire, non viene infatti valorizzata, come si è detto. Nel corpus in effetti, la conferma "oggettiva" dell'esistenza del bambino viene delegata sempre al vedere l'immagine sullo schermo piuttosto che al sentirlo nel proprio corpo. Vediamo alcune affermazioni delle donne intervistate:

«C'è il tesserino di quello che c'è nella pancia che sappiamo che c'è... però il fatto di vederlo... sai che c'è qualcosa.

Invece il fatto di vederlo sul video è come dire... come dire... una certezza in più una sicurezza, una prova... insomma che questo bimbo c'è, si vede, ha la testolina, le braccine, le gambine, e tutti gli altri, insomma...»

Dunque si potrebbe illustrare l'articolazione logica della situazione dell'esame ecografico di donne in gravidanza a partire dal seguente quadrato semiotico⁽⁴⁾:



Questa articolazione diventa ancora più complessa se si prende in considerazione l'interazione tra il soggetto che vede e quello che si fa vedere tramite l'immagine ecografica. Applicando il quadrato sviluppato da LANDOWSKI (1999 [1989]) per descrivere i regimi di visibilità si possono distinguere due posizioni logiche: una di osservatore e una di chi è osservato. La situazione dell'esame ecografico si svolge nel gioco tra queste dimensioni. Quando l'attante che deve essere visto è visto, allora diventa di dominio pubblico, invece la dimensione del sentire che studieremo in seguito rimane sempre nella dimensione del privato. In questo modo il sentire rimane ancora "protetto" dallo sguardo pubblico.

3.2. *La propriocezione e il senso*

Nonostante l'oggetto di valore sia il sapere, nelle risposte delle donne intervistate emerge che il sentire il feto nel proprio corpo è tuttavia un'esperienza "più forte" e immediata rispetto al vedere sullo schermo la sua immagine. Vediamo altre affermazioni delle intervistate:

«No! Sentirlo è tutta un'altra cosa, devo dire la verità, proprio sentirlo è...cioè, vederlo sì però sentirlo, proprio sentirlo è più grande come sensazione, più intensa, più grande. Anche se non la vedi, però lo senti... è più bello secondo me [...] Non lo so, forse perché comunque vederlo in un video e comunque una cosa più fredda, c'è più distacco [...] Il video è una cosa in più, sentirlo che si muove 'c'è più legame, lo senti più tuo, non lo so.

Oddio, quando scalcia il bambino, è quella percezione quella che forse è la cosa più forte. La percezione che c'è, esiste. Anche se lo vedi sul monitor sai che c'è ed esiste però il fatto che ti dia il colpo di "buongiorno oggi ci sono!" ecco si insomma, è forte».

La sensazione di sentire il feto potrebbe essere descritta come una mozione interna e intima che colpisce la carne⁽⁵⁾. Secondo il semiotico Jacques FONTANILLE (2004) le sensazioni motorie interne creano una sorta di *mise en abîme* giacché il corpo proprio diviene un campo di presenza il cui centro è il movimento intimo.

La cosa interessante in questo corpus è che le dilatazioni e contrazioni alle quale si riferiscono i pazienti sono interne ma non sorgono dal proprio corpo bensì dal corpo di qualcun altro⁽⁶⁾. Nella messa in discorso delle donne intervistate, il feto viene considerato come un "altro" che si distingue dal proprio corpo.

«Sinceramente a me il corpo in gravidanza piace, nel senso che mi piace la trasformazione so che c'è un bambino dentro quindi è una cosa bella insomma..

Cioè ti rendi conto proprio che c'è qualcosa dentro di te».

Nella situazione dell'esame ecografico le sensazioni interne percepite dalla carne vengono da un corpo altrui che si trova transitoriamente dentro il proprio corpo. C'è quindi una porzione della propria carne che si distingue dal resto del corpo costituendosi come una sorta di corpo "proto altrui" che si trova temporaneamente ancorato nella propria carne. Il corpo proprio media allora tra un'interocettività esterna (qualcosa che sebbene dentro il proprio corpo non appartiene ad esso) e un'esterocettività interna (qualcosa che è diverso dal proprio corpo ma che si trova al suo interno).

La presenza altrui che abita il proprio corpo si verifica attraverso il sentire dentro la carne ma anche attraverso la visione, tramite l'apparecchiatura tecnologica, dell'immagine ecografica. Il fatto di vedere l'immagine del feto sullo schermo ha una serie di conseguenze semiotiche nell'esperienza della donna in gravidanza. L'immagine ecografica funziona come istanza *debrayata*, cioè come "citazione viva" di un altro soggetto, in questo caso il feto. Il soggetto "feto" acquisisce uno statuto di esistenza oggettiva tramite la sua rappresentazione visiva. Questo grazie a un effetto di referenzializzazione: l'immagine si colloca rispetto al resto del discorso della situazione dell'ecografia come un fatto oggettivo, più verosimile e

quindi con un'apparenza più reale. Si produce così ciò che GREIMAS (1983 [1984]) ha definito un *effetto di realtà*.

«Adesso ho visto l'ecografia vedo che c'è qualcosa, che c'è.

Però il fatto di vederlo... sai che c'è qualcosa.

Invece il fatto di vederlo sul video è come dire... come dire... una certezza in più una sicurezza, una... una prova... insomma che questo bimbo c'è, si vede, ha la testolina, le braccine, le gambine, e tutti gli altri, insomma...»

Quindi si può definire il profilo categoriale del testo ecografico come oggettivante: si presenta come se fosse in diretta relazione con la realtà empirica, indipendente dallo sguardo di un osservatore. In effetti nel corpus la visione viene intimamente correlata alla dimensione cognitiva del sapere e alla conferma oggettiva; l'esame è vissuto come la possibilità *oggettiva* di sapere se va tutto bene.

«Per me è importante, ripeto, *solo per sapere* che tutto procede per il meglio...

L'esame ecografico è più il fatto di *assicurarsi che va tutto bene... solo questo.....* (ride) si ha il cuore, se li batte il cuore se ha tutte le ossa...

C'è secondo me l'ecografia *serve per vedere che tutto va bene*, che è tutto a posto, che tutto funziona...»

D'altronde vediamo come la visione si associ significativamente con la sintassi figurativa, e cioè con l'articolazione del discorso in termini di figure del mondo naturale. Infatti i testi mostrano come l'immagine ecografica venga subito *iperfigurativizzata*. Anche se il testo suggerisce ambigualmente certi tratti figurativi, nella loro messa in discorso i soggetti attribuiscono a quello che vedono una sintassi figurativa molto dettagliata:

«Ho visto il nasino un po', un pochino all'in su, insomma *sembirebbe un po' che assomiglia a me* in questo [ride]... infatti gli ho detto [indica al marito] ha preso il nasino da me. Si queste sono delle situazione tipo... abbiamo visto in un'altra ecografia che il bambino stava con i piedi incrociati [...] anche quella è una cosa un po' particolare, perché uno pensa di vederlo scalfiare o di vedere i piedini e basta, ma i piedini incrociati insomma è una cosa un po' particolare. È vero che anche il suo papà, forse è genetica un po', il suo papà quando si mette a letto ha i piedi incrociati... molte volte anch'io quando mi metto a letto ho i piedi incrociati...».

Anche se, come abbiamo visto precedentemente, nel corpus il sentire viene modalizzato passionalmente come più forte, più intenso, più immediato, la figurativizzazione scatta solo a partire dallo stimolo visivo.

4. Conclusioni

La conclusione più rilevante di questo lavoro è la constatazione che il vedere e il sentire si presentano nel corpus come due modalità sensoriali che si articolano in modo diverso. Come si è dimostrato in questo lavoro, il vedere grazie al suo profilo oggettivante, si associa al sapere. Si può ipotizzare che la coalizione fra il vedere e il sapere corrisponda a un'articolazione tipica del modello medico occidentale. Il paziente sente nel proprio corpo un disagio che non riesce a semantizzare, allora

delega la sanzione sul suo stato al medico che è chi sa vedere, chi possiede la competenza di vedere oltre i sintomi. In questo contesto, si può descrivere il ruolo della tecnologia in quanto istanza di delega che permette vedere ancora più in là, addirittura attraverso la pelle per vedere cosa c'è dentro l'involucro del corpo del paziente.

Dall'analisi di questo corpus testuale sorge la ipotesi che nel modello medico occidentale il medico sia quello che ha il sapere e che questo sapere sia in realtà un *saper vedere*. Lo statuto di scientificità e oggettività proprio del discorso medico si può allora spiegare a partire di questa caratteristica: il medico sa perché sa vedere. Come hanno mostrato diversi semiotici (FONTANILLE J. 2004, LANDOWSKI E. 1999 [1989], GREIMAS A.J. 1983 [1984]) il vedere è il senso che permette una distanza, un distacco, e quindi il senso che per definizione instaura la posizione dell'osservatore, creando molto spesso l'illusione dell'oggettività, cioè l'illusione che l'oggetto possa essere percepito dall'osservatore senza vincoli che limitino la sua percezione e conoscenza.

Mentre il medico si posiziona in quanto soggetto capace di osservare oggettivamente, il sapere del paziente che si relaziona di più con un sentire (nel proprio corpo), non viene valorizzato socialmente ed è considerato meno "rilevante" o "pertinente" rispetto al sapere del medico. Questa caratteristica è molto evidente in questo corpus testuale e sarebbe interessante indagare se in altre culture il sentire del paziente venga valorizzato diversamente.

Note

⁽¹⁾ Questo studio è stato realizzato nel contesto della Laurea specialistica in Discipline semiotiche dell'Università degli studi di Bologna per il corso di Sociosemiotica tenuto dalla prof.ssa Maria Pia Pozzato. Inoltre, ringrazio la cordiale collaborazione dei medici della II Clinica ostetrica dell'Ospedale Sant'Orsola-Malpighi di Bologna e in particolare il dott. Ghi che con la sua cordiale collaborazione ha permesso la realizzazione di questa ricerca.

⁽²⁾ *Attante* è "colui che compie o subisce l'atto, indipendentemente da ogni altra determinazione." (GREIMAS - COURTÉS, 1979: 40). Corrisponde quindi a un tipo di unità sintattica di carattere formale indipendente da ogni investimento semantico o ideologico.

⁽³⁾ Da adesso in poi, "medico" e "paziente" saranno prese in quanto denominazioni di ruoli astratti e non si riferiscono ai soggetti empirici.

⁽⁴⁾ Il quadrato semiotico è la rappresentazione visiva dell'articolazione di una categoria semantica qualunque (GREIMAS A.J. - COURTÉS J., 1979: 254).

⁽⁵⁾ La carne è intesa come "la sede del livello sensoriomotorio dell'esperienza semiotica". (FONTANILLE J., 2004: 32).

⁽⁶⁾ Lasciando da parte la discussione bioetica sullo statuto di persona o meno del feto, in questa sede consideriamo il feto come un attante diverso e autonomo che compie un suo proprio programma narrativo.

Appendice

Un'intervista tipo si strutturava più o meno attorno alle seguenti questioni:

- Descriva come ha vissuto l'esperienza dell'ecografia.
- Qualcosa l'ha colpita in modo particolare?
- Secondo lei, il fatto di vedere questa immagine inusuale del suo corpo ha modificato in lei la percezione del proprio corpo?
- L'immagine ecografica ha modificato il rapporto con il bimbo?
- Come immaginava suo figlio prima di vedere l'ecografia?
- In che modo si differenzia la percezione del sentire direttamente nel corpo e quella di vedere sul monitor l'immagine?

Riferimenti bibliografici

- FONTANILLE J. (2004), *Figure del corpo. Per una semiotica dell'impronta*, Meltemi, Roma.
- FORTUNATI L. - KATZ J. - RICCINI R. (curatori) (2002), *Corpo futuro. Il corpo umano tra tecnologie, comunicazione e moda*, Franco Angeli, Milano.
- GREIMAS A.J. (1970), *Du sens*, Seuil, Paris [ediz. ital. *Del senso*, Bompiani, Milano, 1973].
- GREIMAS A.J. (1983), *Du sens II*, Seuil, Paris [ediz. ital. *Del senso 2*, Bompiani Milano, 1984].
- GREIMAS A.J. - COURTES J. (1979), *Sémiotique. Dictionnaire raisonné de la théorie du Langage*, Seuil, Paris [ediz. ital. *Semiotica. Dizionario ragionato della teoria del linguaggio*, La Casa Uscher, Milano, 1986].
- GREIMAS A.J. - FONTANILLE J. (1991), *Sémiotique des passions*, Seuil, Paris [ediz. ital. *Semiotica delle passioni. Dagli stati di cose agli stati d'animo*, Bompiani, Milano, 1996].
- LANDOWSKI E. (1989), *La société réfléchie. Essais de socio-sémiotique*, Seuil, Paris [ediz. ital. *La società riflessa*, Meltemi, Roma, 1999].
- MARCHESINI R. (2002), *Post-human. Verso nuovi modelli di esistenza*, Boringhieri, Torino.
- POZZATO M.P. (2001), *Semiotica del testo. Metodi, autori, esempi*, Carocci Editori, Roma.
- POZZATO M.P. (2004), *Pertinenza e limiti di una socio-semiotica strutturale*, dispense per il Corso di Sociosemiotica, Dipartimento di scienze della comunicazione, Università degli studi di Bologna.

2. Il rapporto farmacista-cliente: un'analisi sociosemiotica

Dario Aquaro - Cristiano Boscato

specializzandi in Discipline semiotiche, Università degli studi di Bologna

Il corpus d'analisi e la metodologia

Questo studio verte sul rapporto farmacista-cliente. Al fine di analizzare l'ambiente-farmacia, sono stati girati dei filmati che riprendono l'interazione di alcuni clienti in una farmacia di Bologna⁽¹⁾. Attraverso l'osservazione sul luogo seguita dalla trascrizione e dall'analisi dei dialoghi mediante una metodologia socio-semiotica, si è cercato di rendere conto dei meccanismi interni a questo specifico "discorso della salute". In particolare, l'analisi si è focalizzata sulle dinamiche polemico-contrattuali tra il farmacista e il cliente, e sui relativi processi passionali che ne scaturiscono. Gli strumenti semiotici usati sono quelli propri dell'analisi narrativa, discorsiva e passionale che si ispira alla semiotica di Algirdas Greimas e della sua scuola. Per esigenze di sintesi, verranno proposti solo alcuni dei dialoghi studiati, rappresentativi di una gamma di varianti.

Dialogo n. 1

1. *Colpi di tosse*
2. C: Buonasera (*colpo di tosse*)
3. F: Buonasera, dica
4. C: Volevo qualcosa:: (*colpo di tosse*) tipo tachipirina per la febbre
5. F: È per lei?
6. C: Sì
7. F: Beh (,) per abbassare la temperatura va benissimo la tachipirina::
8. C: Sì, (*colpo di tosse*) ma::
9. F: Piuttosto, dovrebbe prendere qualcosa per la tosse? Uno sciroppo,
10. C: [Sì, > ma io non prendo la tachipirina, mi dà fastidi<
11. F: [delle pastiglie::
12. F: Sì certo (,) allora va bene anche un'anti-influenzale, tipo questo (*si gira e lo prende*) o questo:
13. C: Quanto costano (*colpo di tosse*)?
14. F: Dunque (xxxx)
15. C: Allora prendo l'actigrip

16. F: e per la tosse, pastiglie, sciroppo o magari spray?
17. C: No, basta così
18. F: guardi che ha una brutta tosse (..) le consiglio di curarla altrimenti
19. C: [Ma...(colpo di tosse)]
20. F: [rischia di peggiorare, tipo broncopolmonite:]
21. F: in questo periodo ne sento tante
22. (1.5 secondi) Piccolo sussulto (movimento scomposto) di C
23. C: (Colpo di tosse) (annuisce col capo) va bene dottore, prendo qualcosa
24. F: bene, cosa preferisce pastiglie, sciroppo:::
25. C: quello che costa meno
26. F: le pastiglie

Secondo la terminologia della teoria narrativa, il cliente è il Soggetto (d'ora in poi: S). Il suo Programma Narrativo (d'ora in poi: PN), in questo caso un PN d'uso, è quello di acquistare un prodotto, cioè un Oggetto di Valore (Ov) che gli permetterà di portare a compimento il PN principale, "guarire dalla febbre". S sa di avere la febbre, è cioè cosciente di trovarsi in un determinato stato, ed entra in farmacia dove può comprare il farmaco adatto. S risulta quindi modalizzato secondo il voler e il poter fare, è Destinante del proprio PN e Soggetto del fare. Inoltre egli risulta un soggetto parzialmente competente anche secondo il sapere, poiché è a conoscenza del fatto che un determinato farmaco gli dà dei fastidi, ma non quale altro acquistare. Il Farmacista (F) deve quindi aiutare S a completare la sua competenza (righe 12-14).

Il F assume il ruolo del Destinante-manipolatore di S, dove, secondo la terminologia narrativa, per "manipolatore" non si intende nulla di negativo ma solo un *far fare*. Il F chiede a S cosa voglia prendere per la tosse, inaugurando un PN di tipo persuasivo. Ma tale mossa non va a segno, perché S rimane nelle proprie convinzioni (riga 17). Il F rivolge a S un discorso che esprime un saper fare, ma soprattutto un far credere. Quello del F è un pensiero tecnico, fondato su una conoscenza più vasta di quella di S, ma ciò non basta per la riuscita della manipolazione. S, per giungere a un'accettazione del sapere, dovrebbe giudicare affidabile il F mentre la strategia persuasiva del F, restando di carattere impersonale, non ottiene gli effetti voluti. Il credere di S si manifesta solo quando, al pensiero tecnico, si aggiunge un pensiero pratico, evidenziato dal canale confidenziale (cfr. l'espressione: "le consiglio"). E solo quando il dovere si congiunge con il sapere, determinando le forme della provocazione (riga 20)⁽²⁾. Accade insomma che il F debba, per poter essere creduto, dotarsi agli occhi del S di una competenza più composita, che integri scientificità e confidenzialità. È necessario che il F modifichi la "rappresentazione" che S ha di lui, cambiando così le premesse della loro interazione. Si può compiere ora il passaggio da uno stato di credenza a un altro. L'attimo di esitazione di S vede ancora una sospensione della fiducia. La fiducia viene accordata solo nel mo-

mento in cui si realizza la provocazione “confidenziale. Paradossalmente quindi avviene che il F recupera in pieno il suo ruolo scientifico, di esperto, proprio nel momento in cui abbandona la scientificità per calarsi nel pensiero del senso comune. Il percorso di S attraversa quindi tre tappe epistemiche. Dal momento del rifiuto, cioè di certezza negativa e quindi di sfiducia, passa a una sospensione della fiducia evidenziata dal dubbio, per approdare alla certezza positiva. Alla fine c'è un ritorno di S alla modalità del potere dato che la sua decisione avviene in base al prezzo. Non si deve dimenticare infatti un'altra isotopia importante nelle interazioni clienti-farmacisti, quella economico-commerciale, che però non tratteremo qui.

La manipolazione comporta anche aspetti patemici. Il F manipola S in modo che questi si convinca del suo stato di malato a rischio di peggioramento. Egli influisce perciò sull'immagine virtuale che S ha di se stesso, sul suo simulacro esistenziale, e fa leva sul voler-essere-sano di S insinuando dubbi sulla corretta percezione del proprio stato di salute. L'effetto passionale è raggiunto e lo si vede chiaramente nel sussulto che coinvolge il corpo di S. Questa emozione accompagna quella che, a livello fiduciario, abbiamo indicato come una sospensione. Al F è delegato allora il compito di *moralizzare*⁽³⁾ tale reazione somatica. L'emozione di S è giudicata positivamente, in quanto risposta adeguata e culturalmente motivata alla sollecitazione patemica e alla manipolazione cognitiva.

Alla fine di questo dialogo, le strategie di manipolazione patemica e cognitiva conducono a una forma di accordo finale. Il discorso del F si muove tra scientifico e comune, tra impersonale e personale, appunto per realizzare la manipolazione. Egli procede, nel caso del discorso scientifico, ad un *débrayage oggettivante* evidenziato dalle marche di enunciazione impersonali (riga 20). Salvo poi, attraverso un *embrayage soggettivante* (riga 21), ricondurre il discorso al punto di vista personale per portare l'argomentazione su un tono di buon senso paritario.

Dialogo n. 2

1. C: Buongiorno
2. F: Buongiorno signora
3. C: Sto cercando qualcosa per mio figlio (.) è stato male, sotto antibiotico, ed è un po' giù (.) in più: ehm deve fare degli esami all'università
4. F: qualcosa tipo integratore, pappa reale?
5. C: sì ma:: non le solite cose, gliele ho già date ma::
6. F: [non si preoccupi
7. C: [non cambia niente
8. (1 secondo)
9. F: per prima cosa gli diamo un po' di enterogermina (prende la scatola dallo scaffale retrostante)
10. C: enterogermina::: ? Ma non è per lo stomaco?

11. F: infatti signora (..) serve però per ripristinare la flora batterica dopo per esempio una terapia antibiotica
12. C: ehm..sssi:
13. F: <nel senso che non conviene dare degli integratori con lo stomaco in difficoltà dopo l'antibiotico>
14. C: ahh, ho capito (.) va bene
15. C: e come integratore per tirarlo su?
16. F: secondo me il migliore (.) per suo figlio è sicuramente il magplus
17. C: qual è?
18. F: questo (*lo prende dallo scaffale alle spalle a sinistra*)
19. C: (*lo vede*) no, no:: per carità: è quello:: (.) è quello che avevamo già (.) no no non va bene
20. F: non ha trovato benefici suo figlio?
21. C: no no guardi, come l'acqua fresca
22. F: Strano:::
23. C: sì, sì (*annuisce*)
24. F: allora può provare il Vitalmix (*lo indica nello stesso scaffale*) adesso hanno fatto la linea per studenti:
25. C: e com'è?
26. F: un mix di principi attivi tipo guaranà, fosforo:, vitamine::
27. C: funziona?
28. F: beh (..) sicuramente aiuta
29. C: e rispetto all'altro?
30. F: sono simili, questo in più però ha il guaranà
31. C: [cioè
32. F: [cioè uno stimolante
33. C: [ma non cambia tanto vero?
34. F: ma ehm sì: no: (.) sono simili:
35. C: allora no, cercavo qualcosa di diverso:
36. F: altrimenti se vuole c'è l'mgkvis
37. C: Ed è diverso?
38. F: diciamo che la composizione è più o meno la stessa (.) cambiano le dosi
39. C: no no:
40. F: più o meno: (*leggendo le indicazioni dietro la scatola*)
41. C: allora è meglio lasciar stare (.) chiedo al dottore che forse:
42. F: [ma se vuole:
43. C: [mi sa dire qualcosa di diverso
44. F: va bene (.) faccia lei
45. (*1 secondo*)

46. F: prende solo l'enterogermina, allora?
 47. C: > no, no aspetto prima chiedo al dottore<
 48. F: va bene
 49. C: sì, sì chiedo al dottore (..) magari torno:
 50. C: arrivederci
 51. F: arrivederci

Qui S è modalizzato secondo il voler-fare. Il prodotto da acquistare non è per lui. S si rivolge al F ma dimostrando subito un atteggiamento di sfiducia. Il F deve, per portare a buon fine la relazione, guadagnare la fiducia di S mostrandosi soggetto competente. Per farlo rivolge a S un fare persuasivo andando a occupare il ruolo di Destinante-manipolatore. Si apre perciò un confronto riguardo al sapere nel quale il F, oltre al sapere tecnico, cerca di avvicinarsi alle esigenze di S attraverso un sapere pratico. Ma prima gli offre il proprio sapere scientifico (righe 9-11) per segnare la distanza tra i saperi. Con questa mossa strategica, il F riesce a scalfire il muro di sfiducia di S, il quale si assesta in una sospensione della sfiducia (righe 14-15). Ma la successiva discussione non approda a un punto di equilibrio che delinei un Ov effettivamente valevole anche per S. In particolare (righe 16-23) il F propone come migliore proprio il prodotto che S ritiene essere il peggiore. Pertanto, il sapere specialistico del F si scontra con il sapere pregresso di S, determinando di nuovo una caduta verso la sfiducia. Infatti, S decide di non ascoltare più i consigli del F e di rivolgersi al medico, nuovo e diverso Destinante in grado di completare la sua competenza. S decide di non credere al F, rimane nella situazione originaria di non sapere, e il F viene soppiantato in quanto figura d'autorità dal medico.

Dialogo n. 3

1. C: Ciao
 2. F: Buongiorno
 3. C: vorrei una confezione da sei di Viagra?
 4. F: certo, la ricetta per favore::
 5. C: non ce l'ho
 6. F: allora non glielo posso dare
 7. C: come non puoi (..) nell'altra farmacia ME LO DANNO SEMPRE
 8. F: (*alterato*) allora vada nell'altra farmacia
 9. C: è chiusa. Per favore una scatola di Viagra (.) non ho mica chiesto una pistola (*allargando le braccia e guardandosi attorno*)
 10. F: mi spiace, non posso
 11. C: arrivederci (*ed esce*)

S manifesta una delusione, provocata dalla mancata risposta alla sua attesa. Infatti S conta sul F per la realizzazione del PN, ma manca del poter-fare che

solo la ricetta medica potrebbe dargli. Perciò cerca nell'operato del F ciò che possa sopperire a tale mancanza: S si fa Destinante-manipolatore nei confronti di F, cerca di fargli farequalcosa, di concedergli ugualmente il farmaco. Nel tentare di convincere il F a realizzare il suo PN, S opera anche sul piano passionale. Egli costruisce un simulacro modale negativo del F (riga 7), provocandogli agitazione e imbarazzo di fronte agli altri clienti. D'altra parte il F fa in modo che S non esploda in una reazione passionale di arrabbiatura. Rimane tuttavia egli stesso vittima della passione (riga 8). S fa allora un'affermazione ironica che, assieme al gesto di allargare le braccia, intende estendere la relazione anche agli altri clienti presenti in quel momento nella farmacia. Infatti, allargare le braccia guardandosi attorno significa passare a un altro linguaggio, che rompe momentaneamente l'interazione con il F per reagire all'instabilità passionale creatasi e per trovare alleati simbolici. Alla fine però è il F stesso a smorzare i toni, forse temendo un "contagio passionale" fra i presenti. Questo esempio mostra un'interazione particolarmente polemica fra cliente e farmacista, tanto che il rapporto a due sconfinava in una teatralizzazione collettiva.

Dialogo n. 4

1. C: buongiorno, vorrei delle aspirine
2. F: da dieci o da venti?
3. C: da dieci:
4. F: Ecco (*le prende*)
5. C *si guarda attorno e parla sottovoce*
6. C: poi vorrei quelle lì (*indica lo scaffale dietro il farmacista*)
7. F: (*si gira*) quelle cosa, scusi?
8. C: quelle lì (*indica ancora, sporgendosi sul bancone*) (..) >quelle che si danno ai bambini, quelle così < (*e indica una misura tra indice e pollice*)
9. F: i microclismi?
10. C: °sì°
11. F: quelli per bambini o per adulti?
12. C: °adulti°
13. F: ecco qui (*prende la scatola e la mette sul bancone*)
14. C *prende la scatola e la mette in borsa senza nemmeno aspettare di pagare.*
15. F *sorride, si gira e prende un'altra confezione dallo scaffale per vedere il prezzo. C paga*
16. C: grazie ancora, mi scusi:
17. F: di niente, arrivederci

S, perfettamente competente, si rivolge al F destinandogli l'incarico di realizzare la propria congiunzione con l'OV (riga 1). Una volta realizzato il PN, S ne instaura

subito un altro inerente all'acquisto di un altro farmaco (riga 6). Inizia da questo punto un gioco fra simulacri. S costruisce un proprio simulacro modale, recita il ruolo di colui-che-non-sa. Pur essendo modalizzato secondo il sapere, S fa credere di mancare di una conoscenza specifica per attuare il proprio PN e quindi di attendere un aiuto dal F. Da un punto di vista passionale, emerge ben presto l'imbarazzo di S che allestisce una strategia per superarlo. Comincia la *costituzione* patemica di S⁴ (4) il quale si prepara a un confronto con chi assiste alla scena. S "pre-sente" infatti l'arrivo della manifestazione di una vera e propria, specifica passione: la vergogna. All'interno del dialogo è possibile ritrovare tutte le tappe dello *Schema Passionale*, ad eccezione della moralizzazione finale. Infatti, all'agitazione imbarazzata della *costituzione* passionale (riga 5), segue in rapida successione la *disposizione* ad accogliere la vergogna (riga 7). Poi arriva il momento della *patemizzazione* quando si va specificando il nome del farmaco (righe 9-12), per finire con l'*emozione*, quando S nasconde il farmaco in borsa arrossendo (riga 14).

S prova vergogna in vista della pura eventualità di un giudizio negativo sul suo comportamento. Nella realtà, il suo comportamento non viene sanzionato negativamente. Il F infatti, sorridendo, non commenta l'emozione di S. In questo dimostra una competenza specifica nel fronteggiare i casi di imbarazzo o di vergogna così frequenti in farmacia.

Conclusioni: l'interazione in farmacia

L'interazione tra farmacista e cliente presenta complesse sfaccettature ed è difficile trarre delle conclusioni esaustive. Abbiamo tuttavia visto alcune importanti linee di tendenza.

In riferimento al PN "comprare le medicine", il Destinante-giudice finale è solo S. Infatti, si può notare come S decida, in alcuni casi, di acquistare e, in altri, di rifiutare, sanzionando così le spiegazioni persuasive del F. Come si è visto nei casi riportati, il F può assumere diverse posizioni attanziali: Destinante, Aiutante o anche Oppositore. Sicuramente però il ruolo attanziale incontrato più frequentemente nell'analisi è quello di Destinante-manipolatore che deve instaurare una relazione contrattuale di tipo fiduciario. Quasi mai il F parla in modo impersonale e oggettivo, elencando solo le caratteristiche tecniche dei prodotti. Il suo discorso si sostanzia piuttosto di elementi valutativi personali, tanto più che deve far fronte, non di rado, a reazioni di tipo passionale facilmente prevedibili nell'ambito della salute e della gestione del corpo. Nei dialoghi analizzati, emerge con chiarezza che il ruolo del F è messo spesso in discussione dal cliente e la relazione fra i due diventa più che altro una *negoziatura*. Pertanto in farmacia il "discorso della salute" si struttura attorno a una contrattazione tra i saperi di farmacista e quelli del cliente, o tra il sapere del primo e il sentire del secondo, in cui medicalizzazione oggettivante e umanizzazione soggettivante si mescolano in proporzioni alterne.

Note

- ⁽¹⁾ Questa indagine è stata condotta in modo rispettoso delle attuali leggi sulla privacy.
- ⁽²⁾ La provocazione è definita in semiotica come un simulacro negativo che il manipolatore crea per indurre un soggetto a fare qualcosa. Provocazione tipica: "Non sei capace di farlo!", detto per indurre ad agire.
- ⁽³⁾ "Moralizzare" in semiotica non significa giudicare sotto il profilo morale ma semplicemente dare uno statuto finale a un intercorso passionale. Per esempio, dopo la sfuriata di qualcuno, il protagonista della sfuriata o gli astanti possono dire frasi come "si è (mi sono) proprio arrabbiato", o "forse ha (ho) esagerato", ecc.
- ⁽⁴⁾ In semiotica si prevedono diverse fasi nel processo passionale di un soggetto. Lo *schema passionale canonico* prevede: la *costituzione* è la prima, in cui il soggetto si predispone a provare una passione che però è ancora indeterminata; poi vi è la *disposizione*, in cui il soggetto già si indirizza verso un determinato stato patemico; la *patemizzazione vera e propria*, in cui il soggetto diventa consapevole di provare rabbia, amore, delusione, nostalgia, ecc; l'*emozione*, con le manifestazioni corporee della passione; e infine la *moralizzazione*, di cui si è detto alla nota precedente.

Riferimenti bibliografici

- FABBRI P. - MARRONE G. (curatori) (2000), *Semiotica in nuce*, vol. I (*I fondamenti e l'epistemologia strutturale*), Meltemi, Roma.
- GREIMAS A.J. (1970), *Du sens*, Seuil, Paris [ediz. ital.: *Del senso*, Bompiani, Milano, 1974].
- HJELMSLEV L. (1989), *Prolegomènes à une théorie du langage*, Minuit, Paris [ediz. ital.: *I fondamenti di una teoria del linguaggio*, Einaudi, Torino, 1968].
- LANDOWSKI E. (1989), *La société réfléchie. Essais de socio-sémiotique*, Seuil, Paris [ediz. ital.: *La società riflessa*, Meltemi, Roma, 1999].
- MARSCIANI F. - ZINNA A. (1991), *Elementi di semiotica generativa*, Esculapio, Bologna.
- POZZATO M.P. (1994), *La socio-semiotica strutturale. Storia, problemi e prospettive*, pp. 27-35, in GENINASCA Jacques *et al.* (curatori), *A.J. Greimas e la semiotica, documenti di lavoro e prepubblicazioni*, Università degli studi di Urbino, Urbino.
- RADLEY A. (2002), *Portrayals of suffering: on looking away, looking at, and the comprehension of illness experience*, "Body and society", vol. 8, n. 3, 2002, pp. 1-23.
- TURNER B.S. (1992), *Regulating bodies. Essays in medical sociology*, Routledge, New-York.

3. Domande dei lettori, risposte dei medici e istanza mediatica⁽¹⁾

François Provenzano

Fond national de la recherche scientifique (FNRS) – Université de Liège (ULG)

1. Il corpus e la metodologia

L'oggetto di questa ricerca è costituito da un corpus di sessantatré domande sulla salute o sul corpo malato, estratte dalle rubriche che le riviste specializzate dedicano alla corrispondenza dei lettori⁽²⁾.

Questo "discorso sulla salute" rivela una messa in scena molto specifica del rapporto tra il paziente e il medico, che ne fa emergere i principi strutturanti più fondamentali. L'analisi di tale discorso ci porta quindi necessariamente a identificare una serie di domande, che delimitano il campo d'investigazione di questo saggio: come si formula lo stato di malattia? è necessariamente "malato" chi si rivolge a un medico? la sua domanda è guidata solo dalla prospettiva della cura? che relazione lo unisce con il suo oggetto di sofferenza? come cerca di creare l'interazione col medico? A sua volta, come quest'ultimo inserisce il suo discorso nella logica personale del paziente? che modalità enunciazionale assume l'esposizione scientifica di un'analisi o di un rimedio? Infine, le caratteristiche di questo nostro corpus mi hanno portato a interrogarmi sul ruolo dell'istanza mediatica (in questo caso, la rivista di salute di volgarizzazione) nel (ri)codificare l'interazione tra una persona comune e un'autorità scientifica.

Alcuni dei concetti e delle categorie della semiotica e della sociosemiotica mi sono stati utili per inquadrare quest'oggetto attraverso una metodologia precisa e sistematica. Cercando sempre di considerare e di rispettare tutte le specificità del mio corpus, ho così elaborato una griglia d'analisi che disseziona il testo di ogni lettera di un lettore in diciotto diverse categorie:

1. Unità testuali
 - 1.0. Prima unità di contatto
 - 1.A. (Auto-)presentazione del soggetto di sofferenza (sociale, biologica, psicologica)
 - 1.B. Presentazione dell'oggetto di sofferenza
 - 1.C. Ultima unità di contatto
2. Principi strutturanti
 - 2.A. Articolazione logico-sintattica
 - 2.B. Puntuazione
 - 2.C. Regime modale
 - 2.D. Distinzione *psicologico-somatico*

3. Risorse discorsive
 - 3.A. Narrazione (aspettualizzazione temporale)
 - 3.B. Nominazione
 - 3.C. Illustrazione
 - 3.D. Dimensione patemica
 - 3.E. Scelte lessicali non neutre
 - 3.F. Riproduzione esplicita di un discorso scientifico precedente
4. Altre isotopie
 - 4.A. Ignoranza / bisogno di sapere
 - 4.B. Preoccupazione di normalità
 - 4.C. Coscienza dell'inconfessabile
 - 4.D. Storia privata

Non posso entrare qui nei particolari di queste diverse voci. Esse mi sono servite, soprattutto, per identificare le varie sequenze testuali ricorrenti, i principali principi strutturanti (sia logici che tipografici, modali o semantici), per elencare le risorse discorsive più frequenti e infine per capire la loro economia nell'uso privato, personale, insomma non specialistico, del discorso sulla salute. Nel corso dell'analisi effettiva, alcune di queste categorie si sono rivelate più significative di altre. Nell'esposizione che segue, dovendo sintetizzare un lavoro più vasto, ho cercato di articolare solo le più pertinenti.

2. Prime osservazioni sul corpus

Prima di proporre un'interpretazione di queste caratteristiche testuali, alcune osservazioni generali sul corpus possono già darci indicazioni interessanti. Le rubriche delle riviste riproducono un rapporto epistolare tra il paziente e il medico. Dimostrano tuttavia una forte inquadratura giornalistica di questo rapporto, nel presentare la parola del richiedente come collettiva, poco distinta dall'anonimato sociale. In molti casi, la breve richiesta è presentata con la semplice firma "Un lettore". Quando viene identificato, il richiedente lo è dal solo nome, mai dal nome e cognome e mai, ovviamente, da una fotografia personale. In pochi casi si indica la città di provenienza.

A questa rappresentazione della dimensione privata si contrappone una rappresentazione specializzata, professionalizzata, del medico che risponde. I segni della sua autorità scientifica specifica sono chiaramente identificabili: l'indicazione del suo titolo (Dottore, Dottoressa), il nome e il cognome, la specialità medica praticata, a volte anche l'ospedale in cui lavora o la fotografia con il camice bianco. Tuttavia, è anche importante notare che la rivista si autorizza a non rispettare strettamente la terminologia medica nei titoli delle sue rubriche. Le etichette specialistiche come "neurologia", "dermatologia", o "ginecologia" si trovano così

in vicinanza di categorie del senso comune, come “benessere”, “lato oscuro” o “salute”. Il medico, ovvero l’istituzione medica, sembra così rinunciare a conservare la sua sistematizzazione discorsiva per inserirsi, in qualche modo, in un discorso “fuori legge”.

3. *La domanda del lettore: alcune caratteristiche*

Vediamo adesso come questa distinzione si traduca nell’uso di tale o tal altro procedimento discorsivo, specialmente da parte del lettore che scrive.

La sequenza testuale principale delle lettere è sicuramente quella in cui il richiedente espone il suo oggetto di sofferenza. Una delle strategie interessanti da rilevare è quella che chiameremo strategia di *nominazione*, che consiste nell’introduzione di un vocabolario medico nel discorso non-medico. In questo caso, la carica semantica della domanda porta su una (o su varie) unità nominale e i verbi introduttori sono semanticamente neutralizzati e poco diversificati (si tratta esclusivamente di “soffro di” o di “ho”; ad esempio: “ho la vitiligine”, “soffro di psoriasi”). Il discorso personale adotta così una razionalità sistematica (e non processuale) e dimostra la capacità di integrare il vocabolario medico.

Oltre a questa possibilità (la semplice appropriazione), la nominazione può derivare dalla citazione esplicita delle parole di un medico (ad esempio: “Il neurologo mi ha detto che probabilmente si tratta di ‘dolore neuropatico da neuroma d’amputazione’”). Come si vede, in questo caso, il paziente non si prende la responsabilità di assumere la diagnosi del medico e mantiene una certa distanza tra il suo universo di credenze e l’enciclopedia medica. Così, oltre a notare la presenza significativa di un vocabolario medico nel discorso di non-medici, è anche importante distinguere le varie modalità di questa presenza: se il lettore è sempre più permeabile alla razionalità scientifica nell’esprimere la sua esperienza quotidiana, non sembra disposto tuttavia a condividere tutti i tipi di contenuti.

Oltre alla nominazione, le lettere analizzate presentano altre strategie d’espressione dell’oggetto di sofferenza. Questi altri procedimenti possono compensare un’incapacità a usare la sistematizzazione concettuale della razionalità scientifica. Si notano così tantissimi scarti espressivi rispetto a un modo convenzionale o “neutro” di rendere conto di una propria esperienza: l’approssimazione (ad esempio: “una specie di”, “una forma di anoressia”, “strani pensieri”, “un problema strano”), l’accentuazione (“sono ingrassata tantissimo”, “un dolore immenso”, “continue crisi”), l’iperbole (“dorme sempre”, “mai stata libera”) e l’uso di un linguaggio metaforico (“Sto morendo dentro, piano piano. Mi trovo in una gabbia [...] soffoco!”, “come una mosca fastidiosa su una bella torta”). A gradi diversi, questi procedimenti costituiscono un modo personale e accessibile di “semantizzare” l’esperienza patologica con mezzi diversi della concettualizzazione.

In questi casi, è l'oggetto di sofferenza stesso che focalizza l'espressione patemica. Ciò nonostante, un'altra caratteristica particolare della lettera del lettore si nota nei casi in cui il conflitto patemico verte sulla relazione tra il soggetto e l'oggetto di sofferenza. Il nucleo semantico "soffrire", neutralizzato come abbiamo visto nei casi in cui la carica semantica si concentra sul termine specializzato, si trova qui diviso in varie componenti patemiche: paura, inquietudine, incertezza, ricerca, abbandono, imbarazzo (ad esempio: "non ce la faccio più", "questa situazione mi imbarazza.", "ho tanta paura", "sono perplessa", "la cosa mi ha sconvolto", "non riesco a trovare", "ho provato di tutto"). Come si vede, questi stati non sono specificamente correlati con lo stato di malattia, ma riflettono piuttosto la difficoltà del soggetto a posizionarsi rispetto alla propria sofferenza. Davanti alla sua assenza di competenze (tradotta in questo caso in incertezza terminologica), il richiedente pone al centro della sua richiesta i suoi sentimenti di paura, disturbo, angoscia. Quindi, alla correlazione di base */stato fisiologico difettivo > sofferenza > richiesta al medico/* si aggiunge quella tra */sentimento d'incompetenza > stato psicologico difettivo > richiesta al medico/*.

D'altra parte, nel formulare la sua domanda, il lettore assume quasi sempre un *programma narrativo*. Questa forma espressiva *processuale*, e non *concettuale*, sembra un altro modo quasi spontaneo e familiare di parlare di sé e, perciò, un mezzo efficace per risolvere l'incapacità a dominare il sistema terminologico medico. Senza poter entrare nei particolari delle diverse modalità possibili di questo programma narrativo, ne sottolineiamo la costante *difettività*. "È così?", "cosa posso fare?", "cosa devo fare?", "mi può aiutare?", "cosa sbaglio?", "ma è vero?", "a che cosa potrei andare incontro?": quasi sempre, il racconto della storia della malattia si arena su un malessere psicologico, sulla constatazione d'incompetenza. La domanda del lettore è quindi una richiesta di aiuto per riprendere un filo narrativo interrotto oltre che per capire, spiegare, o cambiare il suo stato di salute. Queste osservazioni sono confermate dai numerosi indicatori temporali: il loro elenco ci fa notare la presenza sistematica di un *terminus a quo* ("anni fa", "da tre mesi", "dal 1986"), che ci porta fino a un "adesso" ("oggi", "ora", "in questo momento"), però che non si chiude mai con un "alla fine". La difettività del programma narrativo del richiedente prende chiaramente la forma della duratività.

Alcuni degli esempi citati ci portano ad analizzare un altro parametro di questo tipo di discorso: quello dell'enunciazione. Uno dei procedimenti più evidenziati è quello dell'*embranchage*: in domande di portata molto ampia, il richiedente fa chiaramente apparire la sua situazione di enunciazione nel suo enunciato, costruendo il discorso intorno alla propria esperienza, messa in scena attraverso esempi concreti e situati sull'asse spazio-temporale. Ad esempio:

«Ho 35 anni e ho un serio problema di attacchi d'ansia e di panico. Tutto è iniziato due anni fa, durante un concerto di canto corale, un hobby che per me è la vita. Da allora prendo i farmaci in continuazione e sto bene, ma sono ingrassata tantissimo e non ce la faccio più a imbottirmi di medicinali ansiolitici e antipanic. Che cosa posso fare?»

Evidenziandosi in quanto soggetto di sofferenza, l'enunciatore non chiede altro che un oggetto verso il quale tendere in un processo patologico-terapeutico (cf. anche *supra*: "cosa devo?", "cosa posso?").

In altri casi però (*débrayage*), il richiedente elimina al massimo i segni della sua posizione enunciativa soggettiva e tende al contrario a proporre, in modo completamente impersonale, un discorso scientifico già prodotto (ad esempio: "mi è stato diagnosticato", "alcune scoperte recenti hanno", "è emerso che ho", "hanno scoperto che ho", "i medici dicono che è un problema nervoso"). Queste formulazioni dimostrano un riconoscimento dell'istanza *istituzionale* della disciplina medica, presentata come un sapere che sembra necessariamente *meta*-individuale. Tuttavia, questo *débrayage* enunciazionale nella presentazione preliminare della malattia si combina spesso con un *embrayage* nella formulazione stessa della richiesta, in cui troviamo l'ausiliario *volere* alla prima persona del condizionale ("vorrei"), al posto di un "cosa devo?" o "cosa posso?" Così, dopo aver oggettivato la propria malattia ed averla sistemata in un programma narrativo che lo include come soggetto, il richiedente enuncia un *voler fare* che implica ulteriori competenze mediche.

Questi due tipi di strutture enunciazionali, così come i loro correlati modali, ci indicano anche due tipi di rapporti di competenze tra paziente e medico. Nel primo, quello storicamente più convenzionale, il paziente-Soggetto si rivolge a un medico-Destinante, competente nella determinazione del suo oggetto (sia patologico che terapeutico). Nel secondo caso, il paziente-Soggetto cerca ad appropriarsi delle competenze mediche per avanzare nel suo programma narrativo: il medico sarà un Aiutante, anziché un Destinante.

4. La risposta medica: alcune caratteristiche

Le varie caratteristiche della risposta medica ci portano a questo punto essenziale: essa non elimina la difettività del programma narrativo proposto dal lettore. La prima ragione è semplicemente che non adotta un regime narrativo, ma didattico. Invece di continuare il processo presentato dal richiedente, estrae gli elementi presenti per risitarli in un sistema astratto. Infatti, il medico non fa spesso altro che tradurre, riformulare, l'esperienza di sofferenza nei termini sistematizzati da un'enciclopedia di sapere, o da una serie di possibilità. Ad esempio, a un ragazzo di 25 anni che accusa disturbi fisici legati alla masturbazione e domanda "sono normale?", il medico risponde:

«L'autoerotismo può essere praticato sempre, anche se forse è più frequente quando non si ha una partner [...] Può essere presente, però, anche quando si hanno rapporti sessuali regolari [...] Si parla di problematicità quando viene avvertito come un obbligo tale che si diventa incapaci di rimandare il desiderio oppure quando rappresenta l'unico modo per provare piacere [...] La sua storia fa più pensare a un'esigenza transitoria legata a uno stato di solitudine».

D'altra parte, anche quando il medico cerca di colmare la richiesta di senso della persona che scrive, non può fare altro che rinviarla a una vera visita da uno specialista. Questa è la seconda ragione che spiega la difettività sistematica di questo tipo di programma narrativo patologico-terapeutico. Si potrebbe dire che alla *duratività* del programma del lettore risponde, nel migliore dei casi, l'*incoatività* del programma medico.

Queste osservazioni ci permettono di chiarire le modalità enunciazionali di questo discorso medico. Infatti, è importante notare che non c'è una vera interazione tra i due protagonisti dello scambio: non è prevista la possibilità di risposta del richiedente dopo la risposta del medico. Né Destinante, né Aiutante in dialogo col Soggetto nel suo processo, il medico si attorializza in quanto istituzione di sapere e si svela solo parzialmente, senza entrare nella dinamica modale dello schema narrativo.

5. Conclusioni

Mi sono interrogato sulla formulazione dello stato di malattia. Durante quest'analisi, ho tuttavia notato che molte richieste presentavano il racconto di una, o varie, micro-esperienze, senza carattere patologico evidente, ma vissute come sofferenze (sia psicologiche che somatiche) per l'individuo. D'altra parte, anche nei casi in cui si identificava chiaramente una *malattia*, non era proprio lo stato di *salute* a preoccupare il richiedente. Quest'ultimo cercava piuttosto di migliorare un suo stato psico-somatico generale. Alla tradizionale dicotomia *salute/malattia* sembra così sostituirsi uno stato di *tensione verso il benessere* e la tensione viene espressa a sua volta come sofferenza. Questa paura, angoscia, incertezza – chiamiamola *sofferenza cognitiva*, per distinguerla di quella psico-somatica –, sembra procedere da un sentimento d'incompetenza della persona comune rispetto al proprio corpo, e questo determina un atteggiamento più partecipativo.

Così, un'altra delle conclusioni che si possono trarre da quest'analisi concerne la destabilizzazione del rapporto paziente-medico e il ruolo dell'istanza mediatica in questo processo. Inizialmente distinte, per facilità di presentazione, la sfera privata, "profana", e quella medica, specialistica, s'interpenetrano; la prima tendendo ad appropriarsi dei codici e delle competenze della seconda (quella *medica*) nella gestione dello stato psico-somatico. Ci sono, ovviamente, sfumature importanti, ma mi inducono comunque a dire che la relazione paziente-medico non risponde più a uno schema canonico, ma si diversifica a seconda delle situazioni.

Nei discorsi, queste tensioni appaiono soprattutto tramite la configurazione attoriale. Infatti, mentre la funzione epistolare comune tende a riprodurre un rapporto da individuo a individuo, le domande e le risposte analizzate qui presentano quasi una sparizione del singolo. Nel caso del lettore che scrive, il soggetto si fonde nell'anonimato della parola sociale, oppure si parcellizza in

una o varie micro-esperienze problematiche; nel caso del medico che risponde, il soggetto si attorializza in uno o in vari specialisti, oppure si assimila all'istituzione di sapere condivisa dall'insieme del corpo medico. Così, liberato dai codici dell'interazione inter-individuale, il discorso sulla salute amplia il proprio campo di circolazione.

Questa estensione implica anche una certa forma di mediazione, o di (ri)codifica. Ovviamente, l'inquadramento giornalistico è quello specifico al nostro corpus. Tuttavia, le conclusioni di quest'analisi possono forse chiarire anche l'economia generale del discorso sulla salute oggi. Infatti, il mezzo giornalistico – in questo caso la rivista di salute – dimostra una grande efficacia nell'organizzare le frontiere tra il *dicibile* e il *non dicibile*. Così, a lato dei titoli "Neurologia" o "Dermatologia", troviamo una serie di domande sotto la voce "Il tuo lato oscuro": *l'intimo* o *l'inconfessabile* sono così stabiliti come categorie pertinenti per classificare il discorso sulla salute. Il rapporto privilegiato, di confidenza, che caratterizzava la relazione paziente-medico, viene così recuperato dall'istanza mediatica, che ovviamente ne trae un beneficio: senza nessuna competenza che la giustifichi, la funzione di confidenza è diventata anche una qualità del mezzo giornalistico.

Infatti, da una preoccupazione privata, formulata in termini individuali, la *salute* (o la *sofferenza*, o il *benessere*) sembra diventata una preoccupazione pubblica che può essere espressa solo collettivamente. Oltre al soggetto di sofferenza e all'istituzione medica, si aggiunge quindi un terzo attante: l'opinione pubblica, rappresentata nel nostro caso dalla comunità dei lettori della rivista. Davanti a questa destabilizzazione del rapporto medico-paziente, l'istanza mediatica sembra alla fine la più codificata, la più codificante, ovvero: la più potente istituzionalmente.

Note

⁽¹⁾ Questo saggio rielabora una relazione tenuta al Congresso Aiss, *Il discorso della salute, Spoleto, 29 ottobre - 1 novembre 2004*. La ricerca è stata realizzata nel contesto del Corso di sociosemiotica tenuto dalla prof. Maria Pia Pozzato, da me seguito durante il mio anno di studio presso l'Università degli studi di Bologna.

⁽²⁾ Ho analizzato il mensile "Starbene" (n. 6, luglio 2003 / n. 8, agosto 2003 / n. 9, settembre 2003 / n. 10, ottobre 2003 / n. 11, novembre 2003 / n. 12, dicembre 2003), il settimanale "Viversani & Belli" (anno 12, n. 48, 28.11.2003 / anno 12, n. 50, 12.12.2003 / anno 12, n. 51, 19.12.2003 / anno 12, n. 52, 27.12.2003 / anno 13, n. 1, 02.01.2004 / anno 13, n. 2, 09.01.2004) e il mensile "Riza Psicosomatica" (n. 269, luglio 2003 / n. 270, agosto 2003 / n. 271, settembre 2003 / n. 272, ottobre 2003 / n. 273, novembre 2003 / n. 275, gennaio 2004).