

AperTO - Archivio Istituzionale Open Access dell'Università di Torino

La comunicazione della salute, fra paradigmi medici e mondo della vita

This is the author's manuscript

Original Citation:

Availability:

This version is available <http://hdl.handle.net/2318/125622> since 2016-06-11T18:59:45Z

Terms of use:

Open Access

Anyone can freely access the full text of works made available as "Open Access". Works made available under a Creative Commons license can be used according to the terms and conditions of said license. Use of all other works requires consent of the right holder (author or publisher) if not exempted from copyright protection by the applicable law.

(Article begins on next page)

La comunicazione della salute, fra paradigmi medici e mondo
della vita

1.

Il sapere medico ha natura pratica, applicandosi a organismi complessi e mirando alla salvaguardia o al restauro di uno stato poco definito, come la “normalità” della fisiologia. Il suo funzionamento dipende dunque da una macchina abduttiva che definisce elenchi di sintomi (“semeiotica”), elenchi di cause possibili per questi sintomi (“sindromi” o “morbi”), che a loro volta sono associazioni di sintomi e dunque possono essere verificate in via ipotetico-sperimentale per associazione ed esclusione, possibili cure per tali condizioni patologiche. A partire dalla “nascita della clinica” però, tale meccanismo autoreferenziale ha trovato fondamento su saperi scientifici (teoretici) dalla fisica alla chimica alla biologia e via via ha “scaricato” la sua macchina abduttiva e i suoi metodi di reperimento degli indizi (“esami sperimentali”) su spiegazioni causali tratte da tali conoscenze. Di conseguenza il sapere medico è diventato, almeno in parte, un tassello di un’immagine scientifica del mondo fondata su una quantità immensa di verifiche sperimentali e operative. I suoi concetti sono stati progressivamente riportati a quelli delle scienze “dure”. La medicina scientifica non è solo un saper-come ma anche un saper-perché.

Le cosiddette medicine alternative non solo non hanno compiuto tale passo, restano puramente abduttive, ma si fondano su concetti e

metodi incompatibili con una fondazione scientifica. In buona parte dei casi la loro verità si ridurrebbe a varianti minori della medicina scientifica (es. agopuntura come sollecitazione al rilascio di endorfine, piuttosto che come azione su misteriosi “meridiani” cinesi, ecc.) oppure richiederebbe la falsificazione delle scienze pure (si veda per esempio l’ostinata battaglia degli omeopati contro il numero di Avogadro e il patetico tentativo di proporre una “memoria dell’acqua”). La loro azione e il loro innegabile successo attuale ha dunque a che fare più coi meccanismi della seduzione e del marketing che con quelli del sapere. In questo le “medicine alternative” si trovano di nuovo alleate con forme di divinazione come l’astrologia, il cui meccanismo rivendica un fondamento puramente abduittivo, ma la cui verità sarebbe incompatibile con la scienza. Un meccanismo semiotico che va studiato nei termini dell’efficacia della comunicazione persuasiva.

Per approfondire tale punto, è necessario studiare nelle diverse società e anche nella nostra della *pratica* medica, ovvero dell'insieme delle tecniche efficaci o meno, fondate o meno, convergenti o meno con una visione generale della realtà. Vi sono pratiche basate sull'efficacia simbolica (Lévi Strauss 1958, cap. IV), pratiche empiriche di diverso tipo che nascono da osservazioni più o meno casuali o organizzate sull'effetto di certe sostanze, pratiche fondate su teorie a loro volta più o meno razionali e dimostrate. Tutte queste pratiche variano sul piano etnografico (cioè in definitiva secondo variabili geografiche) e su quello storico all'interno di ciascuna società.

Che possa esservi una *storia* della medicina e dunque un divenire storico delle malattie e delle cure, non dipende solo dall'evoluzione di

virus, batteri e altri agenti iatrogeni, che modificano la loro azione interagendo con la popolazione umana secondo una dinamica ecologica; né solo dal modo in cui società e persone si raffigurano la malattia, scegliendo certi sintomi come significativi (Shorter 1992) e neppure dal fatto che le tecniche mediche e l'organizzazione sociale delle cure cambiano nel tempo. Vi è anche una storia *concettuale* della medicina, che studia il cambiamento del modo in cui i malesseri sono classificati in malattie, considerati socialmente e di conseguenza curati. Questa concettualizzazione degli stati patologici ha a che fare con una scienza del corpo umano che a sua volta ha una dinamica storica; ma anche col modo in cui questo sapere viene condiviso al di fuori del mondo medico e socializzato, dunque *comunicato*.

Vi è una storia e una geografia (o piuttosto un'etnografia ricchissima) sul modo in cui le diverse società hanno classificato, prima ancora di curarle, le patologie sofferte dai loro membri: griglie diversissime corrispondenti a principi eziologici altrettanto disparati, anche se naturalmente il corpo umano varia solo in piccola parte fra le diverse culture e così i possibili morbi (anche se naturalmente la prevalenza di malattie da raffreddamento o di morbi tropicali (veicolati da parassiti come la zanzara anofele vincolati a climi caldo-umidi) non possono che variare assai fortemente fra la Scandinavia e la regione dei Grandi Laghi africani. Questa variabilità non dipende però solo dalla geografia, ma anche dalla storia.

Com'è stato ampiamente dimostrato ed facilissimo da riscontrare in testi anche letterari, la società europea ha coltivato teorie estremamente diverse sull'origine e la classificazione delle malattie. Lasciando fuori dalla nostra riflessione tutto il pensiero magico o religioso sulle possessioni diaboliche, l'intarantolamento, il malocchio ecc. è facile distinguere una lunga fase pre-moderna in cui prevale la

teoria antica dei temperamenti e dei fluidi (sangue, flegma, bile gialla, bile nera), a loro volta collegati ai quattro elementi e a tutta la narrazione astrologica o alchemica della realtà. Le malattie deriverebbero da squilibri fra questi fluidi, magari provocati a loro volta da “in-flussi” esterni, per esempio dai “vapori” o “miasmi” che caratterizzano la “mal-aria”.

La medicina moderna a vocazione scientifica nasce fra il Seicento e il Settecento con l'affermarsi di una doppia teoria dell'osservazione: quella dell'anatomia e quella della “clinica”. In un'opera di cinquant'anni fa che è rimasta un classico del pensiero “archeologico” sulle pratiche e sui saperi, Michel Foucault (1963) distingue tre tappe, in realtà non rigidamente cronologiche, in questa “nascita della clinica”: la medicina delle “specie”, quella dei “sintomi” e quella dei “tessuti”. La prima costituirebbe una sorta di classificazione linneana delle malattie, intese come essenze immutabili che si esprimono in vari modi, a seconda della costituzione del malato, dell'ambiente ecc., ma resterebbe sempre se stessa. La seconda prende come oggetto reale i “segni” che il medico rileva sul paziente, di cui alcuni, quelli decisivi, sono “sintomi” che colpiscono la funzionalità dei vari organi. La terza infine, basata sull'anatomia patologica, passa dalla nozione di organo (tridimensionale e individuato in una certa parte del corpo) a quella di tessuto (bidimensionale e spesso presente in più organi). Secondo questo terzo approccio le malattie attaccherebbero in maniera caratteristica i tessuti, con effetti analoghi anche quando essi si trovano in parti diverse del corpo e per la stessa affezione (per esempio l'infiammazione delle membrane) producono sintomi diversi.

Non intendo discutere qui della fondatezza dell'analisi storica di Foucault e delle analisi successive che sono state prodotte intorno a questo tema. Mi interessa solo prendere in considerazione il legame

che si ritrova fra ontologia medica e pratiche cliniche. A seconda che si considerino "reali" (cioè originariamente esistenti) i quattro "umori", le malattie come essenze, i sintomi o i tessuti, cambia lo sguardo del medico, la sua relazione col paziente, gli strumenti di indagine che utilizza, la diagnosi o la cura. La medicina dei sintomi richiede per esempio un ascolto del paziente ben più dettagliato di quella delle specie, che si limita a individuare la malattia nella grande sistematica dei morbi o di quella dei tessuti, che si basa sull'osservazione dei cadaveri per riconoscere nel paziente i tessuti compromessi.

Questa determinazione è vera ancora oggi, dopo che sono trascorsi, nella medicina scientifica dell'ultimo secolo e mezzo, diversi altri paradigmi ontologici, innanzitutto quello degli agenti microscopici, poi quello delle alterazioni cellulari, quello evolucionistico, quello genetico, quello biochimico che considera basilari le modificazioni fisico-chimiche che avvengono a un ordine di grandezza più "basso" della cellula, per esempio nei suoi organelli o nella superficie della membrana che la delimita. Non sempre i diversi approcci si contraddicono o si eliminano a vicenda: l'individuazione del bacillo di Koch risolve l'"essenza" tubercolosi nell'azione di un certo microorganismo; ma non elimina la considerazione dei suoi sintomi; la conoscenza del funzionamento fisico-chimico della reazione immunitaria alle infezioni non rende meno pertinente il loro carattere batterico o virale, né toglie il legame fra tessuti attaccati e sintomi.

Quel che muta è la focalizzazione dello sguardo del medico e il sistema esplicativo che egli adotta. Lo sviluppo dell'AIDS può essere spiegato con le interazioni fra certi frammenti del retrovirus e la struttura chimica delle membrane cellulari; oppure come una

competizione fra sistema immunitario e virus invasori, o ancora, a livello dell'organismo, con l'insorgere di certe malattie secondarie che "approfittano" del deperimento del sistema immunitario, o ancora secondo schemi statistici con i meccanismi caratteristici delle epidemie.

2.

Foucault ripercorre il discorso medico specialistico usando come fonti soprattutto trattati universitari. Evita cioè di prendere in considerazione il discorso popolare e folkloristico sulla malattia, che probabilmente ai tempi che sono oggetto del suo libro era il solo altro grande sistema discorsivo sulla medicina, facendo corpo con quello dei "ciarlatani" che vendevano rimedi popolari. Il linguaggio medico era allora ed è ancora in parte volutamente ermetico, non di quell'incomprensibilità truffaldina che prendeva in giro già Molère nel *Malato immaginario*, ma chiuso in un'esigenza di precisione tanto più importante quanto più l'immagine scientifica della malattia si staccava da quella popolare e le denominazioni dovevano essere precise, dunque linguisticamente artificiali.

Di malattia, medicina ecc. si parla nelle famiglie, nei luoghi tipici del discorso interpersonale (gruppi di amici ecc.), naturalmente negli ospedali. Vi sono diverse grandi modelli sociali del discorso: malati che parlano ad altri della loro malattia e delle relative competenze (cure, effetti, medici, ecc.), sani che parlano a sani della malattia di altri conoscenti comuni (prognosi, commozione), sani che parlano a malati (incoraggiamento ecc.), malati che parlano a sani (lamentele, propositi). La relazione si specifica e si modifica quando i sani sono "supposti sapere" (Lacan): fra medici e malati vi è incoraggiamento,

prescrizione, qualche volta spiegazione e previsione,; fra medici e sani vi è spiegazione e previsione; sani e malati si rivolgono entrambi ai medici con quesiti, richieste ecc., sia pure con tono diverso. Esiste poi il discorso fra medici, che normalmente resta protetto nel "retroscena" (Goffman), non accede al discorso sociale generale (né a quello mediatico, a parte le riviste specializzate): oggettivo, tecnico ecc.

Ma questo discorso interpersonale è a sua volta oggi in buona parte influenzato, se non determinato da quello mediatico, il quale ha a suo volta ripreso temi, nomi, sintagmi, atteggiamenti, da quello medico. Vi è stata insomma una *naturalizzazione* del discorso medico, collaterale alla sua *diffusione*; il discorso personale risulta dipendente da quello mediatico, il quale discende, in maniera più o meno diretta da quello medico, anche se tende ad accettare altre fonti "alternative". Oggi però le cose sono molto diverse. Vi è un grande discorso sociale intorno a questi temi: giornali, film, siti, libri, ecc. Un discorso mediatico che produce continuamente testi di natura molto diversa. E' necessario dunque cercare di capire se vi sono costanti relative al discorso al di là dei singoli testi. Il discorso sulla salute ovviamente viene prima dei media, sia sul piano ontogenetico del singolo paziente (quale tutti siamo prima o poi) sia su quello collettivo della vita sociale condivisa. Ma nella società mediatica li segue, nel senso che termini, ragionamenti, criteri di prova, ontologie che entrano in questo discorso sono trasmessi dai media. Questo accade in molti modi, dalle fiction televisive ai romanzi fino all'informazione più "seria". Ma certamente il modo più facile oggi per vedere i contenuti di questa dipendenza sono i media specializzati. Nel seguito di questo paper proporrò una ricognizione di tre pagine web specializzate di quotidiani italiani. Si tratta di un sondaggio di superficie, che si basa

solo su un'edizione di queste pagine e non può avere perciò carattere statistico; ma nondimeno permette di illustrare tendenze e strutture di pensiero.

3.

La pagina del *Corriere della sera* dedicata alla salute (<http://www.corriere.it/salute/index.shtm>) è un vero giornale o sito ben organizzato. Nell'edizione che ho studiato (ultimo accesso 4.11.12, tutte queste pagine cambiano molto di frequente e quindi le analisi non possono rilevare se non tendenze che possono modificarsi anche sensibilmente di giorno in giorno) contengono 18 titoli di articoli, 5 canali tematici, uno "sportello degli specialisti", tre forum, due blog, e sette "altri titoli". Le rubriche hanno un prevalente carattere di servizio e sono affidate a medici specialisti. Gli articoli riguardano consigli clinici come la necessità della riabilitazione dopo le fratture, argomenti di benessere come il sonno disturbato dalle pale eoliche o il problema dell'ansia per la matematica, il consiglio di fare ginnastica prima di colazione o la necessità di mangiare lentamente per dimagrire, temi politici come le cure minime garantite dopo i tagli alla spesa pubblica e il cambiamento della struttura ospedaliera o la protesta dei disabili, argomenti di ricerca più o meno rilevanti come la funzione dell'ormone relaxina, l'invenzione di nuovi cerotti "che non fanno male" o l'aumento del numero delle terapie disponibili per la sclerosi multipla, allarmi sociali come il fatto che un tredicenne su quattro comprerebbe psicofarmaci online, storie di vita come quella di una donna che ha ricevuto un trapianto di mani.

Anche quello di *Repubblica* è un sito autonomo (<http://www.repubblica.it/salute/>, consultato l'ultima volta il 4.11.12).

Nell'edizione che ho consultato presenta sedici articoli, tre "blog d'autore", sette "risposte di esperti" e vari altri servizi come "visite gratuite" obesimetro, etilometro, uno schema del corpo umano su cui puntare per verificare i propri sintomi, diversi test e rubriche interattive ecc. Per quanto riguarda gli argomenti, si parla più della dimensione "politica" della medicina (i primi due titoli sono sulla protesta dei malati di SLA e sulle cause di risarcimento per gli errori medici, poi ce n'è uno sul legame fra uso del cellulare e tumori cerebrali, uno sui "regali delle case farmaceutiche ai medici, uno sul ritiro dei vaccini antinfluenzali), e di problemi personali (gli effetti del fumo, il modo di smettere, il disagio di una persona vaccinata con un vaccino inadatto), ma anche di ricerca (Glioblastoma, premio nobel per la medicina) e di benessere (farmaci "verdi", afasia, problemi psicologici degli ascensori), curiosità (rappresentazioni del tumore nel cinema).

La Stampa (<http://www.lastampa.it/scienza/benessere/salute>, consultata l'ultima volta il 4.11.12) ha invece una pagina riassuntiva degli articoli pubblicati nell'ultimo periodo, in cui sono presenti soprattutto avvertenze e consigli (sulla possibilità di aver avuto un ictus senza accorgersene, sull'utilità dei legumi a tavola, sui danni del bere, sui rischi della terapia sostitutiva ormonale per la menopausa, sul rapporto fra cataratta e funo, sugli antiossidanti che possono bloccare il cancro alla prostata, sui vantaggi del vaccino antinfluenzale. Anche qui sulla pagina si aggiungono blog e risposte di esperti.

Come si vede, le articolazioni delle pagine sono piuttosto diverse: più politica quella di *Repubblica*, più di servizio quella del *Corriere*, più giornalistica quella della *Stampa*. Questo dipende naturalmente

dalle diverse impostazioni generali dei rispettivi giornali e anche dal ruolo in cui i supplementi specializzati sono progettati secondo il marketing di ciascuna testata, in definitiva dal "contratto di lettura" (Veron 1984).

Sempre da Eliseo Veron, e in particolare dalla sua proposta di studio delle identità delle reti radiofoniche, può essere utile riprendere un criterio di analisi dei testi complessi nel senso di estrarne delle "figure" che caratterizzano lo stile dell'emittente: "dei caratteri salienti, delle asperità, dei tratti di identità delle comunicazioni" (Fouquier e Veron 1986). Innanzitutto vanno elencate le figure che "organizzano la rappresentazione" rispettivamente dell'emittente, del ricevente e del mondo, per esempio secondo quei parametri o "strategie testuali" (come li considera Eco) che si chiamano autore modello, emittente modello, enciclopedia di riferimento. Vi sono però poi secondo gli autori delle altre figure che caratterizzano aspetti più complessi del testo. Così troviamo:

- le *figure d'allocuzione* che "specificano i rapporti messi in scena fra l'emittente costruito e il ricevente costruito") come quelle che vi costituiscono già prima della lettura "una relazione pedagogica, ludica, connivente, persuasiva, ecc.",

- le *figure di modalizzazione* le quali danno forma ai rapporti che legano l'emittente (sempre costruito) alla "realtà di cui si parla" o "mondo costruito": per esempio "entusiasmo o distanza" esibiti in qualche modo dal locutore nei confronti del suo oggetto;

- le *figure di implicazione* che caratterizzano i rapporti che il testo propone al ricevente di prendere riguardo alla realtà costruita (e sono naturalmente per lo più analoghe alla precedente, ma implicano anche degli atteggiamenti descritti nel testo per i simulacri del ricevente, come partecipazione, commozione, applausi del pubblico;

- le *figure d'espressione*, che descrivono le relazioni dell'emittente rappresentato col proprio messaggio, per esempio il livello di rivendicazione autoriale, la pretesa "artistica", il gioco delle citazioni ecc.;

- le *figure di percezione* che costituiscono le relazioni proposte fra il ricevente e il messaggio, per esempio il suo grado di interazione e di libertà interpretativa;

- le *figure della rappresentazione*, che descrivono i rapporti fra il messaggio e il mondo

(beninteso sempre costruito), per esempio il grado di “realismo” del testo o il rapporto fra “notizia” e “commento”.

Queste proposte di Veron sono preziose, perché ci permettono di capire meglio la funzione della stampa sul tema che ci interessa. Vi sono in genere tre figure di allocuzioni presenti: quella dominante, che caratterizza il tono di questi supplementi è quella dell'alleato sollecito che intende aiutare, ma ha anche l'autorità necessaria per stabilire ciò che è utile e ciò che è dannoso, ciò che conviene e ciò che danneggia, ciò che avvicina e ciò che allontana dall'oggetto di valore che è la salute. La seconda voce, inclusa nella prima, produce un'allocuzione più autoritaria e paterna. E' la presenza dei medici che possono parlare da soli ma più spesso rispondono a domande di un lettore o di un intervistatore; essi sono in possesso di una verità che non deve essere giustificata e hanno il diritto, anzi il dovere di consigliare; la terza allocuzione e la meno frequente è quella tipica del giornalista, cioè in termini semiotici di un attante informatore che riferisce sul funzionamento del mondo medico. Altrettanto importanti sono le figure di implicazione: il lettore è costruito come un soggetto più o meno ansioso, ma comunque interessato ad agire per la salute e il benessere proprio o dei propri cari, magari segretamente un po' restio o pigro, dunque bisognoso di incoraggiamento e di ammonizione, ma tendenzialmente rispettoso e obbediente, timoroso dei mali esposti nella rappresentazione testuale, mentre secondo le figure di modalizzazione il giornale e i medici sono presentati come impegnati a lottare contro la malattia. Insomma, il contratto di lettura è molto diverso da quello giornalistico generale: non si tratta qui di informare, ma di guidare e di guarire, di imparare a stare meglio.

E' molto significativo infatti che tutti e tre i supplementi presi in

esame si intitolano alla "salute" (o addirittura alla salute e al "benessere") e non alla medicina o alle malattie. Non si tratta solo della scelta ovvia di un discorso in positivo, ma anche dell'assunzione della centralità del punto di vista del lettore, che non si pensa interessato a un rapporto intellettuale oggettivo con la medicina, come quello che può avere il lettore di un supplemento scientifico generale, né naturalmente un interesse di curiosità e di informazione, come per lo sport o gli esteri, ma è invece implicato nell'oggetto, come e più del lettore modello dell'economia. Chi legge questi supplementi per il semplice fatto di leggerli, è inteso come qualcuno che desidera "stare meglio", che sia malato o semplicemente interessato a migliorare il proprio benessere. Dunque si tratta, entro certi limiti, di parlargli di sé, di ciò di cui soffre o potrebbe soffrire, di come prevenire o curare. L'ottimismo è naturalmente inevitabile, data l'assunzione del punto di vista di questo lettore e così il privilegio per il mondo "dolce" delle terapie "naturali".

Questo è il punto più significativo di scostamento fra il discorso giornalistico e quello medico (da cui il primo in definitiva deriva la propria autorità). Anche quando non vi è una difesa esplicita delle terapie "alternative", come accade abbastanza spesso su *Repubblica*, si nota comunque una mescolanza fra pratiche terapeutiche vere e proprie e quell'ambito vasto e piuttosto indefinito che ha a che fare col "benessere": terme, massaggi, creme ecc. Il centro di interesse non consiste infatti nel nesso malattia/cura, né nella diagnosi, che in fondo è il primo obiettivo della clinica, ma piuttosto verso il desiderio del "vivere meglio" che non naturalmente è solo del malato ma coinvolge chiunque, e non riguarda solo la dimensione fisica ma anche quelle psicologica e "spirituale".

Questa caratteristica ci permette di tornare a considerare i

paradigmi medici considerati all'inizio seguendo la suggestione dell'analisi di Foucault. Anche in questo caso la situazione non è univoca. Gli articoli informativi sulle recenti scoperte medicobiologiche non possono che rispondere a una medicina contemporanea dunque *biochimica e genetica*, dove gli elementi considerati fondamentali sono *molecole* di vario tipo, enzimi,, siti genetici ecc. I medici che danno consigli ragionano per lo più nei termini di una medicina *degli organi e dei sintomi*: come curare un fegato che mostra certi problemi, quando fare la fisioterapia per certe fratture ecc. Gli articoli che si occupano di sanità pubblica non possono che declinarla in termini epidemiologici, cioè sulla base della vigenza di certe *malattie*, cioè le *specie* foucaultiane, magari ricondotte alla diffusione di microrganismi.

Tutte queste informazioni riguardano il corpo così com'è considerato *oggettivamente* dalla medicina, cioè quel che la fenomenologia (Husserl 1931 §44) chiama *Koerper*, o ancor più un corpo medio, reso uniforme dalla statistica. Ma il punto di vista dei lettori è diverso, riguarda un'esperienza corporea individualizzata più vicina al *Leib* husserliano o ancor più alla *chair* di Merleau Ponty (1945). Per toccare questa esigenza, pur restando ancorati alla dimensione diegetica dell'articolo di giornale (dunque sempre allontanata da un *débrayage* molto evidente) questi articoli riportano volentieri storie individuali o parlano degli effetti di cure e trattamenti in termini sensoriali, e dunque hanno bisogno di risalire indietro a prima dello sguardo metonimico della cura, a un'integralità dell'esperienza corporea che non può essere quella della medicina scientifica e tecnologica. Vi è dunque, nel discorso medico dei media e nelle sue ricadute nel parlare comune, una fondamentale incongruenza, una difficoltà di cogliere l'oggetto che tende

continuamente a scomporsi in due parti: da un lato ciò che emerge dagli "esami" e dalle terapie secondo modalità sempre più sottoposte a "protocolli" standardizzati; e dall'altra l'*esperienza* dell'individuo, nella sua irriducibile complessità. Una contraddizione che non viene mai risolta del tutto, ma solo giocata, rimandando la seconda tematica alla prima e applicando la prima alla seconda, nello spazio di oscillazione (di gioco) consentito dalla narrazione.

Ugo Volli

Università di Torino

BIBLIOGRAFIA

Fischer, Sophie e Veron, Eliseo

1986 "Théorie de l'énonciation et discours sociaux", in *Etudes de lettre*, Univ. de Lausanne, 4 ; trad. it. "Teorie dell'enunciazione e discorsi sociali", in Semprini 1990

Foucault, Michel

1963 *Naissance de la clinique*, PUF, Paris; trad. it. *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino 1969.

Fouquier, Eric e Veron, Eliseo

1986 "Stratégies du langage radiophonique des stations périphériques et des radios locales privées", in *Les medias*, Irep, Paris ; trad. it. "Strategie del linguaggio radiofonico delle radio nazionale e della radio private locali", in Semprini 1990.

Husserl, Edmund

1931 *Cartesianische Meditationen und Pariser Vorträge*, in *Husserliana: gesammelte Werke*, M. Nijhoff, Den Haag, vol. I, p. 128, tr.ad it. *Meditazioni cartesiane*, Bompiani, Milano 1989.

Levi Strauss, Claude

1958 *Anthropologie structurale*, Plon, Paris; trad. it *Antropologia strutturale*, Il Saggiatore, Milano 1966.

Merleau-Ponty, Maurice

1945 *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris; trad.it *Fenomenologia della percezione*, Bompiani, Milano 2003³.

Shorter, Edward

1992 *From Paralysis to fatigue*, Free Press, New York, trad. it. *Psicosomatica*, Feltrinelli, Milano 1933

Veron, Eliseo

1984 "Quand lire, c'est faire: l'énonciation dans le discours de la presse écrite", *Semiotique II*. IREP, Paris, pp. 33-56.