



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MACERATA

CORSO DI DOTTORATO DI RICERCA IN

Umanesimo e Tecnologie

XXXVI° CICLO

Dell'attenzione

Fenomenologia ed etica per la relazione medico-paziente in ambiente digitale

SUPERVISORE DI TESI

Chiar.ma Prof.ssa *Carla Danani*

DOTTORANDO

Dott. *Michele Cardinali*

COORDINATORE

Chiar.mo Prof. *Roberto Lambertini*



ANNO 2024

INDICE

| | |
|------------------------|---|
| <i>OUVERTURE</i> | 5 |
|------------------------|---|

CAPITOLO I

LA PERSONA MALATA

| | |
|--|----|
| Soglia I | 12 |
| 1. Trattare il dolore, reagire con sofferenza..... | 13 |
| 2. La salute nascosta, silenziosa, volgare, completa..... | 21 |
| 3. Dalla malattia all'esperienza di malattia..... | 30 |
| 4. L'esperienza di malattia "prende corpo" | 40 |
| 4.1. Le caratteristiche del corpo vivo..... | 43 |
| 4.2. Dove abita l'esperienza di malattia..... | 52 |
| 4.3. Vivere il dubbio, la malattia è una filosofia incarnata? | 63 |
| 4.4. Per una diversa definizione della malattia, a partire dalle caratteristiche tipiche.... | 68 |
| 5. Per una postura clinica della medicina e nella diagnosi | 78 |

CAPITOLO II

L'ATTENZIONE

| | |
|--|-----|
| Soglia II..... | 89 |
| 1. La riconfigurazione percettiva dello sguardo medico | 90 |
| 2. L'attenzione si dice (e si dà) in molti modi | 100 |
| 3. Una disposizione della percezione: primi elementi fenomenologici..... | 108 |
| 3.1. Husserl: l'attenzione come interesse..... | 109 |
| 3.2. Merleau-Ponty: l'attenzione come creazione | 116 |
| 4. Per una fenomenologia dell'attenzione: ovvero <i>sulla soglia</i> | 125 |
| 4.1. L'attenzione come inter-evento..... | 127 |

| | |
|--|-----|
| 4.2. <i>Commencer ailleurs</i> : differimento temporale e scissione..... | 134 |
| 4.3. (Ripensare) l'attenzione come selezione | 136 |
| 5. L'attenzione come cura e la qualità etica della relazione | 142 |
| 6. Per un'epistemologia dell'attenzione nella clinica | 150 |

CAPITOLO III

NEGLI AMBIENTI DIGITALI

| | |
|--|-----|
| Percepire e prestare attenzione negli ambienti digitali: una questione inedita | 159 |
| 1. La gestazione del cambiamento..... | 161 |
| 2. Tecnica, tecnologia, ambienti digitali: lo statuto della quarta via | 166 |
| 3. Datificazione e riontologizzazione | 176 |
| 3.1. Dal corpo vivo al corpo digitale | 180 |
| 3.2. Dalla salute alla salute digitale | 183 |
| 3.3. Dalla persona malata al paziente digitale | 187 |
| 4. Social, blog, consultazioni online: tra cyberautonomy e cybercondria | 192 |
| 5. Le economie dell'attenzione o <i>quando la ricchezza crea povertà</i> | 199 |
| 6. L'attenzione nelle tecnologie o <i>sull'importanza della relazione</i> | 206 |

| | |
|--------------------------|-----|
| <i>CONCLUSIONI</i> | 216 |
|--------------------------|-----|

| | |
|---------------------------|-----|
| <i>BIBLIOGRAFIA</i> | 223 |
|---------------------------|-----|

| | |
|-----------------------------|-----|
| <i>Riconoscimenti</i> | 263 |
|-----------------------------|-----|

OUVERTURE

Il fatto che tra medici e pazienti divampi uno scontro senza precedenti non ha nulla a che fare con i vizi e le virtù private. I medici non sono né brutali, né avidi, così come i pazienti non sono né stupidi, né isterici. Le origini del conflitto sono da ricercare piuttosto nelle ben più profonde forze storiche di cui sono inconsapevoli gli uni e gli altri.

Edward Shorter¹

La relazione medico-paziente sta vivendo certamente un momento di difficoltà, dove le incomprensioni o le frizioni relazionali sembrano, a volte, maggiori dei momenti di fiducia: crescono i casi di medicina difensiva, i pazienti si lamentano della trascuratezza delle prestazioni ricevute e denunciano una generale freddezza da parte dei professionisti della cura; altrettanto, i medici lamentano turni sfiancanti, numeri crescenti di pazienti da visitare ogni giorno, e sembrano sempre sulla soglia del burnout per le richieste eccessive, i ritmi frenetici o la difficoltà nel rispondere a una realtà sanitaria complessa e a richieste di salute sempre più elevate.

La tecnologia digitale negli ultimi anni si è introdotta all'interno del rapporto clinico, ha assunto la gestione di alcuni aspetti, influito sul modo di organizzare la cura, generando nella percezione comune – sia dei medici che dei pazienti – un'idea ambivalente: di creazione di nuove opportunità ed efficientamento di prestazioni, sia sotto il profilo diagnostico che terapeutico, ma al tempo stesso di inedite difficoltà, quasi effetti collaterali, non sempre immediatamente coglibili. L'idea collettiva si alimenta di questa ambivalenza e si vengono a stratificare percezioni differenti che spesso si riferiscono anche ad usi molteplici delle tecnologie digitali nella medicina.

Da un lato la tecnologia sembra venire in aiuto, promette il raggiungimento di obiettivi mai realizzati o pensati, creando un diffuso senso di aspettativa rispetto al “di più” a cui si può aspirare, ancora e ancora, ogni volta di più. Secondo l'ingenua idea di molti, per fare degli esempi, se è possibile riscrivere con sofisticate tecnologie il proprio codice genetico allora perché non si potrebbe curare e prevenire ogni forma di tumore esistente? Se si può dare una folta e lucente capigliatura a un calvo, allungare di dieci centimetri gli arti di un'aspirante modella – ad oggi, forse, a mala pena in grado di prendere un prodotto dal secondo scaffale del

¹ E. Shorter, *La tormentata storia del rapporto medico-paziente*, trad. it. Feltrinelli, Miano 1986, p. 10.

supermercato – allora perché non si potrebbe, nel prossimo futuro, rendere tecnologicamente fertile anche una persona priva di utero, oppure cambiare il colore degli occhi secondo il gusto giornaliero che accompagna il proprio outfit? Addirittura, secondo un recente studio che ha visto l’impiego di algoritmi predittivi e di imponenti banche di dati clinici, sarebbe possibile anche predire la data della nostra morte²: ma, allora, non si potrebbe altrettanto predire, in ogni minimo dettaglio, le migliori condizioni per vivere una vita in salute, priva di qualsivoglia rischio, malanno o del più lieve raffreddore stagionale?

Questi scenari futuristici sono tutt’altro che fuori dalla portata dei campi di ricerca, anzi animano molti progetti in corso, grazie all’appoggio finanziario pubblico o all’interesse di soggetti privati. Alcuni investitori, inoltre, hanno espresso l’intenzione di provare in prima persona i risultati di queste sperimentazioni bio-tecnologiche: come sta accedendo a un imprenditore americano, alla ricerca della formula per la giovinezza grazie al suo progetto *BluePrint*³. Costui si è sottoposto al controllo giornaliero di una settantina tra parametri vitali e misurazioni fisiologiche, oltre che a rigidi protocolli alimentari e atletici, e la sua équipe sanitaria – composta da una trentina di persone – gli ha iniettato anche un litro di sangue del figlio minorenni nell’idea che giovi al suo miglioramento. I risultati? Secondo le sue dichiarazioni ha ridotto la propria età epigenetica di 5,1 anni, ridotto il tasso di invecchiamento del 24 %, avrebbe lo stato della pelle di un 27enne e il cuore di un 38enne, nonostante l’imprenditore abbia, ad oggi, sui 46 anni⁴. Secondo queste prospettive, tra il serio e l’immaginifico, la tecnologia è quanto di più auspicabile e provvidenziale si possa pensare per il futuro destino dell’umanità.

Al contempo, però, sempre la tecnologia applicata in medicina è vista, e accusata, come una tra le maggiori responsabili nel distorcere la percezione delle persone: condotte a crearsi aspettative insostenibili, a trasformare il modo di condurre e vivere la propria vita con esiti che possono rivelarsi esiziali. La tecnologia darebbe adito a chimere prometeiche tutt’altro che attuabili, per cui molti si sentono legittimati a ricacciarne a piè sospinto l’eccessivo impiego. C’è chi non avrebbe timore alcuno nel gettare alle ortiche ogni progettazione tecnologica e

² La tecnologia impiegata per tale scopo si chiama *Life2vec* e secondo lo studio pubblicato su *Nature* il modello predittivo dell’algoritmo si dimostra nettamente superiore ad altre tecnologie dello stesso tipo, soprattutto per la fascia dai 30 ai 55 anni. Cfr. G. Savcisen, T. Eliassi-Rad, L. K. Hansen, L. H. Mortensen, L. Lillehot, A. Rogers, I. Zettler, S. Lehmann, *Using sequences of life-events to predict human lives*, «Nature computational Science», 4 (2024), pp. 43-56, doi: <https://doi.org/10.1038/s43588-023-00573-5> [consultato il 29.01.2024].

³ Cfr. <https://blueprint.bryanjohnson.com/> [consultato il 29.01.2024].

⁴ Cfr. https://www.corriere.it/cronache/23_gennaio_30/bryan-johnson-ritornare-giovani-2-milioni-dollari-ca6cbdc2-a06d-11ed-b6cb-0e3019005a4f.shtml [consultato il 29.01.2024]. Va precisato, comunque, che restano forti perplessità e dubbi da parte della comunità scientifica, sia rispetto all’impiego di sangue tra consanguinei, sia rispetto ai costi per sostenere tale impresa che si aggirano intorno a 2 milioni di dollari l’anno.

interfaccia digitale: perché sarebbero queste, si dice a gran voce, a turbare il rapporto tra medici e pazienti, o ad allontanare i protagonisti della cura in modo irreparabile, ad esempio quando una visita viene effettuata a distanza, quando uno *smartwatch* misura la pressione o l'ossigenazione sanguinea al posto di un professionista, realizzando molti di quei compiti che, prima, erano propri di un medico. Peraltro la trascrizione digitale delle analisi del sangue, dei referti e ogni altra informazione clinica sulla cartella elettronica sollecitano una considerazione a tutto campo.

Resta comunque un fatto da appuntare in questo scenario con molte sfaccettature: spesso si fa confusione tra quelli che sono gli impieghi specifici di certe tecnologie nella medicina (come la diagnostica assistita o i robot chirurgici per aiutare la minuziosa manualità di un chirurgo umano) e quella che è la più generale infrastruttura tecnologica assunta dalla società nel suo complesso per gestire, organizzare o amministrare le questioni sanitarie. Un conto è considerare il portale con il quale si accede ai servizi della sanità digitale, oppure tramite il quale si prenota una visita; una tecnologia per gestire i richiedenti cura e le pratiche amministrative (e ciò è un modo di strutturarsi e organizzarsi della società). Altra cosa è avere una visione comprensiva dell'insieme delle tecnologie usate per creare nuovi servizi di assistenza e cura della persona, che comprendono non solo macchinari, dispositivi portatili o inamovibili, strumentazioni sofisticate fatte di algoritmi di intelligenza artificiale o veicolate dalle Tecnologie per l'Informazione e la Comunicazione (TIC), ma comprendono anche l'uso di schermi, interfacce, webcam, intermediazioni di un mondo filtrato e ricreato digitalmente: un nuovo ambiente per la cura medica.

Sebbene non si manchi di mettere in luce difficoltà anche nel primo aspetto, in particolare per chi non ha competenze digitali (ad esempio per prenotare una visita online), è chi mette a fuoco il secondo aspetto che si preoccupa di delineare i nuovi scenari, che sollecitano le interrogazioni e i turbamenti della società e della comunità accademica. Si pensi ai servizi di cura erogati a distanza come, ad esempio, le recenti cabine di telemedicina⁵: sono particolari cabine, poco più grandi di una vecchia cabina telefonica (per chi ne ha memoria), collocate in luoghi pubblici o uffici privati, attrezzate di molte apparecchiature (sfigmomanometro per la misurazione della pressione, strumenti per misurare la temperatura corporea o l'ossigenazione sanguinea, ecc.), nelle quali chiunque può entrare. Nella cabina si può avere un teleconsulto con un medico collegato a distanza, forse dall'altra parte del Paese, e si può beneficiare di un

⁵ Le telecabine hanno visto diffusione soprattutto in Francia, a fronte di un territorio vasto e pressoché sguarnito di personale sanitario, ma attualmente stanno avendo ampia diffusione anche altrove. Per l'Italia, ad esempio, si vedano i progetti promossi da *Health4Development* (<https://www.h4d.com/it/>).

check-up nel tempo di 30 minuti. Di fronte a questi servizi, che stanno di fatto riscrivendo le competenze mediche⁶ e le occasioni di incontro tra medici e pazienti, occorre una riflessione critica di ampia portata. Infatti la telecabina viene spesso presentata come un servizio in grado di risolvere il problema della mancata distribuzione di medici sul territorio, ovvero del fatto che pochi medici non potrebbero coprire zone relativamente vaste, e il loro impiego è presentato come vantaggioso in quanto permetterebbe alle persone un accesso in completa autonomia, senza nemmeno dover prenotare, ogni volta che serve. Non è però irrilevante che, per beneficiare della telecabina, occorra mettersi al braccio da soli la fascia per la misurazione della pressione, sapersi predisporre bene il rilevatore della temperatura, apporre alcuni strumenti sul proprio corpo seguendo le istruzioni del medico e, in caso di bisogno, difficoltà o titubanze, non ci sia alcuno a dare un aiuto. Insomma, dietro la promessa di poter accedere autonomamente alla medicina digitale o alla telemedicina⁷ – come nel caso della telecabina – si cela anche la delineazione di una diversa condizione in cui avviene la richiesta di cura.

Secondo alcuni ricercatori da un lato si assiste oggi ad uno spostamento delle competenze, un vero e proprio *lavoro*⁸ portato avanti dalle persone malate e dai loro familiari, di cui spesso né i progettatori delle tecnologie, né i medici tengono sufficientemente conto. Dall'altro, si rileva una problematica trasformazione della relazione di cura, in particolare tra medico e paziente. Ma in gioco c'è anche la percezione di sé, da parte della persona malata, le sue aspettative o l'approccio impiegato nelle diverse opportunità terapeutiche, come di fronte alle *terapie digitali*⁹, che sostituiscono il principio attivo di un farmaco con un algoritmo, magari per rilasciare la giusta dose di medicinale in un organismo, oppure nei casi dei monitoraggi costanti. D'altra parte anche la figura del medico – l'interpretazione della sua professionalità e del suo ruolo – viene a riconfigurarsi.

⁶ Cfr. G. Flodgren, A. Rachas, A. J. Farmer, M. Inzitari, S. Shepperd, *Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes*, «The Cochrane Database of Systematic Reviews», 9 (2015), doi: [10.1002/14651858.CD002098.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD002098.pub2).

⁷ Precisiamo fin da subito la differenza tra questi due termini apparentemente sinonimi: la *telemedicina* rappresenta un settore specifico della *medicina digitale* (si riferisce in particolare ai servizi di cura erogati a distanza e solitamente comprende i *teleconsulti*, la *teleassistenza*, la *tele-expertise* e la *telesorveglianza*), la *medicina digitale*, invece, si riferisce più ampiamente all'uso del digitale e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione in tutti gli aspetti della sanità o della pratica medica. Cfr. P. Simon, *Télémedecine et télésoin. L'essentiel pour pratiquer*, Le Coudrier, Brignais 2021.

⁸ Cfr. A. Mayère., *Patients projetés et patients en pratique dans un dispositif de suivi à distance. Le "travail du patient" recomposé*, «Réseaux», 207 (2018), pp. 197-225.

⁹ Si tratta di tecnologie capaci di offrire trattamenti guidati da sofisticati software e sono veri e propri interventi curativi con effetti clinici attestati. Le possibilità sono molte, da pillole ingeribili all'uso di interfacce basate su terapie cognitivo-comportamentale per riscrivere gli stili di vita della persona. Sebbene in altri paesi rappresentino una realtà già sufficientemente diffusa, in Italia non sono molto conosciuti (non avendo ad oggi nemmeno trovato una regolamentazione e approvazione da parte degli enti sanitari); solo nel 2021 si è tenuto il primo convegno Italiano delle terapie digitali, promosso da *Frontier Health Deep Dive*, col titolo di *Terapie digitali: un'opportunità per l'Italia*.

Ciò che le trasformazioni, con l'intermediazione tecnologica, tendono ad eclissare, è la consapevolezza che il lavoro di cura si muove dentro un orizzonte etico che non può essere trascurato¹⁰ e che anzi, nell'ambiente digitale, assume connotati inediti che incalzano una nuova riflessione. Infatti ogni malattia si riverbera nell'esperienza, nel modo in cui conduciamo la vita e acquista significati mentre turba l'esistenza e la costringe a ripensarsi sotto altre forme: non è solo una questione medica, ma anche (o forse *anzitutto*) una questione etica, di possibilità di "vita buona".

La nostra ricerca vorrebbe contribuire a far uscire dall'eclissi tale dimensione, creando uno spazio di riflessione per sporgersi su questa realtà complessa, cercando di entrare nell'esperienza concreta delle cose, senza perdersi magari nella fascinazione della potenza dell'artificio. Nel riferimento all'esperienza e in una prospettiva che non sia soltanto un sorvolo del pensiero, l'approccio scelto per queste riflessioni sarà fenomenologico-ermeneutico e di etica della cura: rivolto alla relazione medico-paziente, alle semantiche e alle vicende che li coinvolgono nelle trasformazioni degli ambienti digitali. Lo sforzo di radicarsi nel cuore dell'esperienza situata confidiamo possa esserci d'aiuto a non affidarci mai ad una concettualizzazione astratta, né tanto meno ad un'astrazione ideologica. Dentro questa cornice proveremo a focalizzare, in particolare, una domanda: *come cambiano, negli ambienti digitali, la percezione e l'attenzione che un medico può riservare a un paziente?*

Per articolare la questione attraverseremo un percorso scandito in alcune tappe. Cercheremo dapprima di riflettere sui modi di percezione e sui significati dell'attenzione che connotano la relazione tra medici e persone malate e di comprendere, quindi, quali forme prendano e quali difficoltà insorgano negli ambienti digitali. Si precederà secondo tre passaggi: nel primo capitolo cercheremo di delineare una fenomenologia della persona malata e della sua relazione con il medico; nel secondo svolgeremo una riflessione per mettere a fuoco cosa voglia dire prestare attenzione, in particolare da parte di un medico ad un paziente. Questi due primi capitoli possono essere approcciati in modo autonomo o come momenti di attraversamento, sono infatti introdotti da due *Soglie* che ne delineano gli obiettivi, ponendosi come il passaggio in una continuità *tra* le questioni. Infine, nel terzo capitolo, cercheremo di delineare lo statuto della tecnologia digitale nel suo riscrivere la relazione medico-paziente quando si esprime, ed è intermediata, negli ambienti digitali.

¹⁰ Come già sottolineava Jaspers: «Solo il medico che si relaziona ai singoli malati adempie all'autentica professione medica. Gli altri praticano un onesto mestiere, ma non sono medici. [...] Tutte le riforme possono avere successo solo se alle loro spalle si trova un *ethos* efficace» (K. Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 1991, p. 50).

Pur svolgendosi attraverso tre tappe ed un proprio progetto di riflessione, ritagliandosi cioè un ordine all'interno di un campo vastissimo, la ricerca avrà la necessità di riprendere temi, di ritornare su questioni, di spostarsi su livelli differenti: d'altra parte solo così potrà davvero andare incontro, toccare con mano, e accettare la provocazione di quella che chiamiamo *esperienza viva*.

CAPITOLO I

La persona malata

Soglia I

Ogni forma di cura si presenta sempre dentro un'asimmetria: di percezioni, linguaggi, saperi, gesti e competenze. Asimmetria che non sottrae le occasioni di reciprocità, né tanto meno implica una differenza ontologica tra chi la cura la offre e chi la riceve. Semmai, talvolta, permette la nascita del gesto di cura stesso: perché chi ha bisogno, trovandosi in una posizione di svantaggio, vulnerabilità, difficoltà nel rispondere alle proprie necessità e a realizzare i propri desideri, solleva una domanda verso chi, al contrario è capace di rispondergli, oppure di converso perché chi, accorgendosi di poter offrire una risposta a chi non l'ha, si sporge a porgerla.

Prestare attenzione e comprendere le istanze da cui si è sollecitati è forse il primo passo da cui nasce la cura: di sé, degli altri e del mondo. E ciò è tanto più vero nell'ambito medico e di assistenza alla persona, dove asimmetria e attenzione attraversano due prospettive ben distinte: quella del medico e quella del paziente. È bene tener conto di questo darsi molteplice dell'esperienza di cura: che obbliga a distinguere, articolare, risemantizzare versanti eterogenei, per comprendere meglio, e riuscire a mantenere in armoniosa sinergia, ciò che, pur distinto, non è tuttavia separato.

Questo primo capitolo, perciò, è dedicato a mettere a fuoco la complessità dell'intreccio in cui le conoscenze e le tecniche proprie del *to cure* incontrano le pratiche comunicative e le istanze etiche del *to care*, trattando di quella duplice vettorialità sopra menzionata.

È nella malattia che ci rendiamo conto che non viviamo soli ma incatenati a un essere d'un altro regno, dal quale ci separano degli abissi, che non ci conosce e dal quale è impossibile farci comprendere: il nostro corpo.

Marcel Proust¹

1. Trattare il dolore, reagire con sofferenza

È raro incontrare una persona che non abbia provato un'esperienza di dolore o sofferenza. Il dolore si presenta quasi sempre a gamba tesa e con l'impertinenza di chi vuole la massima attenzione su di sé, senza condizione alcuna. Similmente, la comparsa della malattia turba quell'equilibrio esistente che si era dato per scontato e che si era chiamato "salute", spingendo l'essere umano a toccare la propria vulnerabilità e finitezza.

Certo non per questo ogni malattia comporta dolore, né ogni dolore implica una malattia: esistono malattie silenziose, striscianti all'ombra della coscienza o che vivono nel tacito silenzio degli organi; malattie di cui il soggetto non è consapevole o che addirittura lo rendono inconsapevole, perfino della minaccia del dolore: è il caso di «chi, in seguito alla lesione di certe aree cerebrali, non prova adeguatamente gli stimoli dolorosi, va costantemente protetto anche da se stesso, perché tende ad assumere atteggiamenti autolesionistici in modo inconsapevole»². Esistono dolori inevitabili, acuti o lievi, che rinviano ai limiti del corpo, come quando l'acido lattico brucia nelle gambe del ciclista che esaspera i suoi muscoli nella salita, senza per questo comportare la presenza di una patologia, e dolori che avvertono del confine, del punto di contatto o separazione tra il nostro essere e l'essere del mondo, come quando si batte la testa contro un soffitto troppo basso e diventa chiaro d'un tratto, nel colpo, dov'è il vertice estremo del capo, che finisce, e la parete del soffitto, che inizia: il dolore ricorda, a volte, quanto il confine del corpo, tra corpi, non debba essere confuso.

Esistono anche dolori salvifici o naturali, come il grido di chi viene al mondo ed espande a pieni polmoni il primo respiro, o di chi sente spuntare un dente; dolori che *servono* o di cui il corpo *si serve* per manifestare o incentivare processi di cambiamento³, senza che ciò legittimi

¹ M. Prosut, *Le côté des Guermantes (I Guermantes)*, in *Alla ricerca del tempo perduto*, trad. it. Newton Compton Editori, Roma 2011, p.1387.

² C. Danani, *La politica tra contenimento del dolore e condizioni per la felicità*, in L. Alici (ed.), *La felicità e il dolore. Verso un'etica della cura*, Aracne, Roma 2010, p. 135.

³ Questo sembra vero non solo da un punto di vista fisiologico, ma anche psicoterapeutico. Infatti, sostiene Lang: «se nei confronti dei dolori provocati da una malattia psicosomatica vi fosse un intervento farmacologico immediato e drastico, il paziente perderebbe verosimilmente ogni possibilità di affrontare e risolvere i problemi psichici, o meglio psicosociali, che sono forse trasferiti nella sfera organica» (H. Lang, *Postfazione* in H. G.

alcun approccio sadico o dolorista, perché, come crede Gadamer: «nella vita la funzione del dolore consiste nell'indurre la sensazione soggettiva a richiamare l'attenzione su un disturbo presente in quell'equilibrio ordinato del movimento vitale in cui consiste la salute»⁴.

Ci sono dolori che, quindi, riflettono la salute di un corpo che sente, interagisce, muta; dolori che si danno “grazie” alla salute del corpo, difendono la sua causa, e che non per questo vanno considerati come mali da combattere⁵. A seguito di una frattura ossea, non è il dolore a rappresentare un male in sé, bensì lo è il danno causato all'arto di cui il dolore è espressione. Avvertiamo la conseguenza di un effetto di cui il dolore non è la causa, ma sempre e solo una manifestazione accompagnatrice. Ciò che va combattuto, allora, è il male provocante il dolore, e in esso contenuto, ma non sempre anche la possibilità di provare il dolore.

Diverso è il caso in cui il dolore assume la forma negativa di un male. Come quando, ad esempio, è indotto, provocato sotto forma di tortura, oppure nei casi in cui la sua sola presenza martellante diventa un impedimento pratico nello svolgimento dell'esistenza, facendola precipitare in un problema. Nella sua forma più estrema, la vita viene percepita come qualcosa di penoso, di avverso, una negatività vissuta in cui il dolore comporta una costante *esperienza del non*: è il non sopportabile, non esprimibile, non meritato, non cercato, non comprensibile, non replicabile, non vivibile. Il corpo sembra divenire cosa tra le cose, inchiodato nel morso, ed è il momento in cui «ci troviamo pietrificati dinanzi alla nostra stessa passività, al nostro poter essere scambiati con inutili oggetti, incapaci di svolgere e assolvere alle più ordinarie mansioni della nostra vita»⁶.

D'altra parte, è pur vero che il dolore, così come la malattia, spesso si accompagna ad un'esperienza di sofferenza che va a formare una percezione del mondo e di chi sta vivendo una certa esperienza dolorosa. La pratica medica si scontra costantemente con queste esperienze e percezioni, in cui dolore, sofferenza e malattia si rimescolano e rendono precario il dinamico equilibrio della salute. Spesso dolore e sofferenza vengono considerati sinonimi e anche il linguaggio ordinario non tiene salde le differenze reciproche di questi concetti che, pure,

Gadamer, *Il dolore. Valutazioni da un punto di vista medico, filosofico e terapeutico*, trad. it. Apeiron, Sant'Oreste, Roma 2004, p. 48).

⁴ H. G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 1994, p. 118.

⁵ Sostiene Baird Callicott: «Un mammifero che non sperimentasse mai il dolore sarebbe un essere gravato da una letale disfunzione del sistema nervoso. L'idea che il dolore è male, e deve essere minimizzato o eliminato, è una nozione talmente primitiva, che potremmo paragonarla al comportamento del tiranno che fa uccidere i messaggeri che gli recano cattive notizie, supponendo così di incrementare il suo benessere e la sua sicurezza» (J. Baird Callicott, *La liberazione animale: una questione triangolare*, in M. Tallacchini (ed.), *Etiche della terra. Antologia di filosofia dell'ambiente*, Vita e Pensiero, Milano 1998, p. 224).

⁶ D. Pagliacci, *L'io nella distanza. Essere in relazione, oltre la prossimità*, Mimesis, Milano-Udine 2019, p. 176.

esistono. Come afferma Ricoeur, *la souffrance n'est pas la douleur*⁷ e occorre esserne consapevoli, anche affinché un medico possa offrire un efficace intervento terapeutico, sapendo ciò verso cui direzionare l'attenzione e l'azione. Si tratta allora di rintracciare delle strade di riflessione che interrogano queste differenze al fine di comprendere come si riverberano nell'esperienza di malattia dei pazienti.

Ad uno sguardo trasversale, una distinzione *sui generis* sembra essere sottilmente presente nella letteratura scientifica, ma non del tutto calata nel piano concreto dell'esperienza, soprattutto perché i termini del confronto sono stati posti su un fuorviante e poco convincente asse di confronto “cartesiano” che, dividendo corpo e mente, da una parte relegherebbe il dolore al corpo, alle sue funzioni e attributi, alla dimensione della *zoé*, della pura vita organica, fisiologica o dell'oggettività impersonale, in cui il dolore è localizzabile, avvertito *qui o là*, oggetto di valutazione quantitativa tale da promuovere anche la nascita delle cosiddette scale per la misurazione del dolore⁸. Dall'altra, invece, la sofferenza verrebbe prontamente ascritta al mentale, allo psichico, alla forma di vita culturalmente denotata come *bios*, a una percezione soggettiva scaturita dalla sfera emotivo-affettiva e poiché la sofferenza si darebbe in una forma avvolgente, da sembrare *ovunque e in nessun luogo*, allora essa, secondo questa visione, acquisterebbe anche un carattere qualitativo imponderabile.

Questo asse di confronto, nella cesura netta tra corpo e mente, sembra purtuttavia mancare proprio la stessa partita di chiarezza che intendeva mettere in campo, restituendo una separazione poco credibile: non solo perché ogni analisi di opposizione tra mentale e corporeo si dimostra, ad oggi, profondamente fragile e debole a una reale comprensione dell'esistenza – soprattutto dal punto di vista della tradizione fenomenologica⁹ – ma anche perché, accogliendo le parole di Natoli, «non esiste un'esperienza di dolore separata dalla totalità dell'esperienza»¹⁰.

Non esiste, cioè, un'esperienza del dolore che non si riverberi anche nella cognizione e nella sfera dei significati umani, come se fosse solo la questione di un corpo-oggetto e non

⁷ Cfr. P. Ricoeur, *La souffrance n'est pas la douleur*, «Psychiatrie française», numero speciale di giugno 1992; ad oggi il testo è presente anche in *Souffrances*, «Autrement», 142 (1994) e in C. Marin, N. Zaccari-Reyners (ed.), *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricoeur*, Presses Universitaires de France, Paris 2013, pp. 13-34.

⁸ Le scale di misurazione del dolore si dividono in *unidimensionali* o *multidimensionali*: mentre le prime si concentrano nella valutazione dell'intensità percepita – tra le metodologie utilizzate ricorrono la *Visual Analogue Scale* (VAS), la *Numeric Pain Rating Scale* (NPRS) e la *Verbal Rating Scale* (VRS) –, le seconde tentano di analizzare gli ulteriori piani che ne caratterizzano l'esperienza e che mutano nel corso del tempo – ricorrono qui questionari o metodologie come il *McGill Pain Questionnaire* (MPQ), il *Brief Pain Inventory* (BPI) e il *Pain Assessment in Advance Demenzia* (PAINAD).

⁹ Merleau-Ponty crede che il dolore acquisti il carattere di una «voluminosità primitiva» e afferma: «“Ho male al piede” non significa: “io penso che il piede è causa di questo male”, ma: “il dolore viene dal piede” o anche “il mio piede ha male”» (M- Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, trad. it. Bompiani, Milano 2019, p. 145). Il corpo non è semplicemente una sede del dolore, ma è il corpo stesso ad essere vissuto in modo doloroso.

¹⁰ S. Natoli, *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*, Feltrinelli, Milano 2016, p. 15.

anche della vita della coscienza che “sente”, esprime, interroga ed esperisce attraverso quel corpo. Anche Marinelli, riflettendo sull’idea del *dolore profondo*, crede che il dolore «travalichi le dimensioni fisiche del corpo e non sia comprensibile solo attraverso lo studio fisiopatologico delle vie afferenti ed efferenti del dolore che si fa consapevole, ma investe l’uomo nella sua totalità»¹¹.

Pure le scale di misurazione del dolore dovrebbero epistemologicamente essere problematizzate a partire da questa prospettiva. Molte figure sanitarie, infatti, ne evidenziano l’importanza nella fase anamnestica, ma con la consapevolezza che diversi e molteplici sono i fattori da considerare nel loro impiego, come la scelta specifica di quale scala di misurazione adottare, il fatto che la percezione o la sopportazione del dolore cambia da persona a persona¹² – o nella stessa persona nel corso del tempo –, oppure da un contesto culturale all’altro¹³; anche l’ambito di valutazione in cui vengono adottate le scale del dolore non è influente perché, cambiando la situazione o il contesto, mutano pure le modalità di percezione e quindi diverso è “misurare” il dolore nella medicina di emergenza, nella cronicità, nell’età adulta¹⁴ o pediatrica. Tanti aspetti che non permettono di vedere il dolore semplicemente come una questione del solo corpo e invitano ad accogliere le osservazioni critiche di Good quando crede che «il dolore resiste ad ogni oggettivazione da parte dei test medici ordinari»¹⁵.

Nel resistere ad ogni presa oggettivante, è significativo che l’*International Association for the Study of Pain*, dopo più di quarant’anni dalla sua prima definizione del concetto di dolore offerta nel 1979 – e che lo intendeva come «un’esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta in rapporto a tale danno» –, abbia formato nel 2018 una *Task Force* per procedere alla revisione della stessa definizione, considerando la precedente limitata, incompleta o capace di escludere alcune categorie non in grado di descriverne il danno apportato, come neonati, anziani o animali. Successivamente la definizione è stata arricchita di sei note integrative che tuttavia, pur facendo riferimento ai diversi aspetti che ne influenzano l’esperienza, indicano semplicemente quali

¹¹ M. Marinelli, *Trattare le malattie, curare le persone. Idee per una Medicina Narrativa*, FrancoAngeli, Milano 2015, p. 36.

¹² Cfr. J.S. Carpenter, D. Brockopp. *Comparison of patients' ratings and examination of nurses' responses to pain intensity rating scales*, «Cancer Nursing», 4 (1995), pp. 292-298.

¹³ Cfr. L. Portis, *Il dolore e le sue componenti culturali*, in V. Agnoletti, A. Stievano (a cura di), *Antropologia culturale, infermieristica e globalizzazione*, FrancoAngeli, Milano 2001.

¹⁴ Per un approfondimento sulla questione si veda O. Karcioğlu, H. Topacoglu, O. Dikme, O. Dikme, *A systematic review of the pain scales in adults: Which to use?*, «The American Journal of emergency medicine», 4 (2018), pp.707-714.

¹⁵ B. J. Good, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, trad. it. Einaudi, Torino 2006, p.192.

effetti il dolore comporti sul benessere della persona o il rispetto da tenere nei confronti di chi lo vive. E quindi lasciando ancora buchi rispetto a una sua definizione convincente.

Nella costellazione di esperienze eterogenee, il dolore attesta il lato della passività umana, in cui si subisce, si è soggetti *al* mondo e ci si scontra con la sua verità tautologica: *il dolore è il dolore che si sente* ed è vero nella misura in cui avvertiamo la sua acuminata realtà, perché «possiamo anche non sapere nulla di un dolore che colpisce, né quale sia la sua causa né dove davvero stia mordendo, ed essere anche ben lontani dal poterne dire un senso, ma la sua esistenza si sente; per affermarlo non abbiamo bisogno d'altro che di sentirlo»¹⁶. Nella misura in cui il dolore *si sente*, esso non reclama ragioni, non va spontaneamente alla ricerca di un senso, né si domanda quali cause l'abbiano generato: resta solo inchiodato al proprio sentire. Dopo una ferita, un colpo o una lacerazione, non ci si interroga spontaneamente sul perché sia capitato a noi, semmai si patisce quella sensazione di offesa come una consegna non richiesta, nel segno di una prova provante: *mi duole*. Nel dolore improvviso, lancinante o pervasivo non si esperisce altro che quello.

Diverso è quando quel dolore viene assunto, “afferrato”, preso in carico al fine di non restarne spettatori muti, ma protagonisti capaci di dargli parola, scriverlo o esprimerlo per restituirne il morso. Molteplici sono allora le strade che, pur distinguendo concettualmente il dolore e la sofferenza, non separano l'esperienza sull'asse del mentale e del corporeo.

Mentre il dolore vive nell'interpunzione sensibile e nella presa che trattiene il proprio sentire, la sofferenza si dimostra in grado di “formare” la manifestazione e l'esperienza di questo sentire sotto forma di una prassi da abitare, di una certa percezione del vissuto, che porta ad agire o reagire, resistere o arrendersi, lasciarsi schiacciare o cercare vie di sopportazione. In questo senso, afferma Danani, «se il dolore è passività, passione, allora esso non va confuso con la sofferenza: la sofferenza è attività. Soffrire vuol dire, ascoltando l'esperienza che si è sedimentata nella parola stessa – *sub-fero* – “portare su di sé”, sopportare: dice del dolore non semplicemente come subito, ma piuttosto della reazione ad esso, che l'elabora, dice della risposta per dargli una certa forma»¹⁷.

L'etimologia della sofferenza dimostra inoltre un'affine e stretta parentela anche con la tolleranza – da *tolerare* – che rimanda ugualmente al “sopportare”, “sostenere su di sé”, “portare su”, come quanto si trasporta un peso sulle spalle facendo leva con le gambe, con un impiego di energia, e quindi di sforzo, che richiama più una semantica dell'attività che non della pura

¹⁶ C. Danani, *Un tempo senza tempo: l'esperienza del dolore*, «Cosmopolis. Rivista di cultura», Università di Perugia, 2 (2014), p. 4.

¹⁷ Id., *La politica tra contenimento del dolore e condizioni per la felicità*, cit., p. 135.

passività. Così la sofferenza può anche interrogare il dolore, e persino se stessa nella misura in cui, come afferma Lewis, «ogni infelicità è in parte, per così dire, l'ombra o il riflesso di se stessa: non è soltanto il proprio soffrire, ma è anche il dover pensare continuamente al proprio soffrire»¹⁸. La sofferenza può anche assumere il dolore come luogo di significato e così cercare i modi attraverso i quali comprenderlo, combatterlo, affermarlo o negarlo senza contraddire la verità della sua esistenza: «si tratta quindi di trovare modi perché la persona abbia la capacità di “soffrire” il dolore patito, di assumerlo e portarlo oltre se stesso. [...] Soffrire è un certo “mettersi a riparare”: che può essere trasformativo, e finanche rigenerativo. È un modo dell'esercizio del “prendersi cura” di sé, quando la ferita è accaduta»¹⁹. Sotto questo aspetto, per dirlo con Le Breton, «la sofferenza è ciò che una persona fa del proprio dolore»²⁰ e, nel farlo, lo può fare anche con il corpo, con atti oggettivi o azioni performanti che, ancora volta, denunciano come illegittimo l'esilio della sofferenza al solo ambito del mentale.

Soffrire il dolore significa pure cercare le vie per tollerarlo; a volte *nonostante* esso. Ed è in questo senso che un paziente si rivolge ad un medico, affinché questo possa non solo silenziare il dolore e affrontare il male di cui è manifestazione – quando ciò risulta possibile – ma costruire pure dei percorsi per abitare diversamente la sua presenza. Se il dolore è il modo passivo dell'essere soggetti *al* mondo, la sofferenza è la possibilità di reazione per continuare ad essere soggetti *nel* mondo. Anche quando eliminare un dolore risulta impossibile, magari per l'insorgenza di una cronicità, resta comunque aperta la strada della sua sopportazione che rende il dolore qualcosa di tollerabile o perlomeno “amministrabile”: sia per chi il dolore lo sente in prima persona, sia per chi, accanto al malato, è costretto ad assistere al dolore altrui e viverne un certo “riverbero”, seppur mai del tutto equivalente.

Ne sono un esempio i percorsi di cure palliative che si rivelano capaci non solo di attenuare la percezione del dolore nel malato grazie alla somministrazione analgesica, che riconfigura il modo in cui questo soffre la propria condizione, ma attraverso un'assistenza comunicativa e relazionale, che si svolge parallelamente alla somministrazione analgesica, sono in grado di offrire pure ai familiari una diversa percezione sul decorso del malato, affinché questi possano soffrire diversamente la condizione di malattia che investe il proprio caro. A proposito della rilevanza della componente comunicativa, diversi studi hanno evidenziato come «il dolore e le

¹⁸ C. S. Lewis, *Diario di un dolore*, trad. it. Adelphi, Milano 1990, p. 16.

¹⁹ C. Danani, *Tra passività e attività: perché distinguere tra dolore e sofferenza* in C. Danani, D. Pagliacci, S. Pierosara (ed.), *Nel segno della cura del bene. Scritti in onore di Luigi Alici*, Eum, Macerata 2022, p.220.

²⁰ D. Le Breton, *Esperienze del dolore. Fra distruzione e rinascita*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2014, p. XXIV. Va tuttavia evidenziato che Le Breton non adotta la differenza semantica qui proposta rispetto alla sofferenza.

parole che utilizziamo per descriverlo interagiscono vicendevolmente, con conseguenze sia a livello comportamentale che a livello neuronale. Per esempio si è visto come l'uso di parole associate al dolore aumenti l'incidenza del dolore stesso [...] arrivando a contribuire alla sua cronicizzazione»²¹.

Viene qui ad aprirsi una finestra che intercetta direttamente la relazione medico-paziente, perché se la sofferenza costituisce una messa in forma del dolore è proprio questa forma che viene consegnata al medico, il quale incontra da un lato una malattia, dall'altro il dolore che essa causa, almeno nel modo in cui è vissuto dal paziente sotto forma di sofferenza. Il dolore sentito resta nel corpo del paziente, ma soffrire significa pure esprimere, dar voce, condividere quella percezione e mettere in parola il proprio dolore, comunicarlo a un possibile curante.

Mentre il dolore *si sente* in prima persona, la sofferenza *si può assumere* anche da parte di una seconda persona: sia nel senso del farsene carico, sia nel senso di riconoscerla, a volte viverla sotto forma di riverbero, come spesso, appunto, accade ai familiari. La sua assunzione, allora, può divenire un terreno di scambio intersoggettivo, in cui si agisce o reagisce insieme, si affronta o si sopporta con qualcuno. Mentre il dolore va trattato, la sofferenza si può abitare, che vuol dire anche modellare, insieme, le forme per affrontare il dolore.

È in questo modo che intervengono le differenze culturali, individuali o collettive, le difformità sociali, linguistiche, di sviluppo tecnologico, religiose o simboliche che costruiscono le diverse percezioni, considerazioni ed esperienze di sofferenza²². Quelle stesse differenze che un medico deve saper individuare, raccogliere, contestualizzare per impostare le basi della comunicazione col paziente: è attraverso la relazione clinica che si può letteralmente *fare la differenza*, comprendendo la domanda del paziente sulla sua condizione e accompagnandolo a ripensare nuove configurazioni di senso, possibilità e quindi a soffrire in modo differente.

La narrazione gioca un ruolo imprescindibile, in quanto è capace di esprimere il proprio dolore, consente l'incontro e il dialogo, e quando viene condivisa può attivare pure occasioni di un diverso soffrire che riconfigurano l'esperienza di malattia. Risulta problematico, perciò, accogliere appieno la riflessione di Ricoeur quando crede che la sofferenza sia un attacco alla

²¹ E. Bandieri, M. Luppi, L. Potenza (a cura di), *L'attenzione e la grazia. Esperienze di Comunicazione nelle Cure Palliative Precoci in Oncologia ed Ematologia*, Edizioni Artestampa, Modena 2022, pp. 20-21. Per un approfondimento, si veda a questo proposito l'interessante lavoro citato di ricerca/formazione promosso da *Open Life Project Caregivers*, confluito in una pubblicazione che riunisce contributi di riflessione e materiali audiovisivi di interviste fatte ai familiari di pazienti sottoposti alle cure palliative.

²² Secondo Buzzi, che ripercorre l'argomentazione di Hauerwas, «la sofferenza è un'esperienza universale, ma, in senso stretto, "non naturale", cioè non solo non è riducibile alla dimensione organica, ma non è neppure uniforme e generalizzabile e varia da un contesto interpretativo all'altro» (E. Buzzi, *Etica della cura medica*, Editrice La Scuola, Brescia 2013, p. 88); Cfr. anche S. Hauerwas, *Souffering Presence: Theological Reflection on Medicine, the Mentally Handicapped, and the Church*, T. & T. Clark, Edinburgh 1986.

funzione della narrazione²³, perché sembra piuttosto il dolore a disarticolare il linguaggio, strozzare la parola e scacciare l'interrogazione di senso. Quando il dolore si dà in modo indicibile, esprime il proprio sentire nel modo del grido primitivo, di una smorfia muta o infante che sfugge alla logica o la sovverte; come pure crede Le Breton «il dolore è uno scacco radicale del linguaggio»²⁴. È la sofferenza, piuttosto, che, nel metter mano al dolore, crea i modi per assumerlo, “maneggiarlo” e, grazie alla parola, diviene una delle sue possibili espressioni. La sofferenza non attacca la narrazione, come invece fa il dolore, ma se ne serve per dar parola al dolore stesso. Molta narrativa di malattia, racconti di infelicità, una certa letteratura nostalgica o di perdite amorose, possono essere viste proprio come il tentativo di dar voce al dolore attraverso la scrittura, sofferente e sofferta.

Il dolore sfugge al linguaggio, ma «la sofferenza ha una grammatica»²⁵ e, per dirlo con Natoli, in questo modo «la via del dolore diviene, allora, nella forma interiorizzata della sofferenza, la via dell'intelligenza, della comprensione del mondo sotto il segno del patire»²⁶. La sofferenza raccontata dal paziente si fa intellegibile, narrativa e richiede una grande attenzione da parte del medico interpellato nel contribuire a ri-formarla – darle cioè nuova forma e al contempo riordinarla – accompagnando il paziente a non essere semplicemente soggetto passivo, ma, laddove si può, anche attivo.

Nella sua dibattuta riflessione, influenzata dal lavoro clinico di Paul Vogler, Gadamer crede che il dolore possa essere anche un monito affinché il paziente, con l'aiuto del medico che gli presta attenzione, trovi intrinsecamente le energie necessarie a far fronte al dolore stesso per resistergli, contrastarlo attivamente – noi diremmo per *saperlo soffrire* diversamente – perché «rafforzare la vita e, grazie allo slancio che ne deriva, riscoprire le proprie capacità e i propri successi è ciò che pone anche il dolore di fronte a una questione fondamentale: quella della sua vitalità».²⁷

Sulla stessa linea, Schiltenwolf in risposta a Gadamer, afferma:

Non siamo affatto certi che il trattamento del dolore effettuato a prescindere dal paziente, come se fosse una sorta di intervento meccanico su un oggetto inanimato e da riparare, possa fornire risultati apprezzabili. Bisogna accostarsi al paziente considerandolo un soggetto attivo, ed è necessario che egli comprenda i vari aspetti della terapia: farmacologica e operativi, fisici e psicologici che siano.

²³ P. Ricoeur, *La souffrance n'est pas la douleur*, cit., p.14.

²⁴ D. Le Breton, *Antropologia del dolore*, trad. it. Meltemi, Roma 2007, p. 37.

²⁵ S. Natoli, *L'esperienza del dolore*, cit. p. 17. Natoli afferma pure che «la sofferenza si fa linguaggio ed acquista una notazione comune tra chi soffre e chi non soffre: nello stesso tempo, sia pure nella più grande intimità, la sofferenza segna lo scarto incolmabile tra gli uomini» (Ivi, p. 16).

²⁶ Ivi, p. 36.

²⁷ H. G. Gadamer, *Il dolore*, cit., p. 30.

Solo grazie a tale comprensione gli individui sofferenti potranno contribuire alla cura dei propri dolori: il loro apporto è un presupposto fondamentale per poter avviare i processi terapeutici.²⁸

Il dolore può diventare perciò anche un modo per attivare la messa in forma della sofferenza, perché il paziente va ad attingere a risorse di reazione di cui potrebbe rivelarsi, fino a quel momento, inconsapevole; anche se ciò, occorre ribadirlo di nuovo, non vuol dire legittimare incondizionatamente la permanenza del dolore né tanto meno incentivare approcci doloristi. Qui si vuol solo evidenziare quanto la sofferenza del malato, che assume la propria situazione, possa delineare secondo una diversa prospettiva lo statuto del paziente: attivo nel suo patire. Forse un paziente agente che, nella percezione ed esperienza della propria sofferenza, si dimostra *im-paziente* di dire, reagire e curare la propria condizione.

2. La salute nascosta, silenziosa, volgare e completa

Approfondire di quali significati la parola *salute* si faccia carico significa non solo offrire un contributo alla pratica medica, ma anche cercare di comprendere le istanze che provengono dalla prospettiva dell'essere umano quando ne va alla ricerca. Mantenere la salute o tentare di ridare salute, cioè, comporta capire a quale senso di salute ci si riferisca. Da parte della persona malata potrebbe esserci un'aspettativa eccessiva o riferita a uno stato di salute ideale e non realistico; il medico, invece, potrebbe promuovere solo un'idea di salute informata da paradigmi scientifici, che andrebbero indagati. Questi aspetti perciò spingono a riflettere sulla portata di questo concetto. Tuttavia, va anche rilevato che, nel tentativo di interrogare i termini della salute e della malattia, proprio questi si rivelano sfuggenti, incerti, esitanti ad ogni pretesa descrittiva e non del tutto risolti nelle definizioni ultime.

In particolare, la salute sembra darsi in modo scivoloso o mancare ogni volta l'incontro chiarificatore con il concetto. Su questo versante almeno due possono essere i principali riferimenti con i quali approcciare il suo carattere problematico: in primo luogo Kant che nel *Conflitto delle facoltà*, recidendo ogni legame immediato tra *sensazione* e *sapere* sulla salute, dichiara che «ci si può *sentire* sani (a giudicare dalla piacevole sensazione della propria vita), ma non si può mai sapere di esserlo. [...] Perciò, la mancanza della sensazione [di essere malato] non consente all'uomo di dir altro del suo stato se non che egli è *all'apparenza* sano»²⁹. In secondo luogo Gadamer, che ci restituisce un profilo nascosto della salute, come la natura

²⁸ Ivi, p. 11.

²⁹ I. Kant, *Il conflitto delle facoltà*, trad. it. a cura di D. Venturelli, Morcelliana, Brescia 1994, p. 185.

nel noto frammento di Eraclito, poiché «la salute non si dà a vedere»³⁰, ma sfugge ad ogni rappresentazione sostanziale, lasciandosi cogliere di riflesso. Ciò è tanto più vero se si pensa al fatto che essere in salute, a volte, significa non prestarle attenzione, dimenticarsene, perché quando la si ha alla salute non si pensa. È quando la si perde che ci si accorge di averla avuta sotto gli occhi fino a poco fa.

Non per questo la riflessione filosofica deve arrestarsi di fronte alla sua natura nascosta, ma anzi cercare una concettualizzazione possibile che, se non definitiva, sia quanto meno capace di rinviare alle sue sfaccettature esperienziali e di senso. In questo caso, il paradosso da notare è che, pur non potendo darne una rappresentazione diretta, né tanto meno confonderla con il suo contrario, è rintracciando i legami, gli scambi, i punti di contatto e difformità tra malattia e salute che quest'ultima può essere approcciata e tematizzata.

Per molto tempo i due concetti sono stati pensati secondo una reciproca esclusione: la salute intesa come l'assenza di malattia e la malattia come la scomparsa della salute. Secondo questa visione, avrebbe detto René Leriche, «la salute è vita nel silenzio degli organi»³¹. Questo approccio, definito *neutralista*, ha tuttavia mostrato varie problematicità sotto il profilo epistemologico: in primo luogo perché «l'assenza di malattie, comunque queste siano concepite, non sarebbe sufficiente ad individuare lo stato di salute»³², a darne cioè conto e tracciarne il profilo, ma solo a dire che, nel caso considerato, la malattia non è presente. In secondo luogo perché, anche nella condizione di malattia più o meno grave, non è detto che non si possano rintracciare capacità o risorse che sarebbero normalmente indice di una persona sana: come la capacità di azione, valutazione, giudizio, l'abilità di parola e relazionale o anche la possibilità di continuare il proprio lavoro quando si può tenere la malattia sotto un certo grado di controllo. Inoltre, come evidenzia Buzzi, esistono pure malattie che non compromettono la salute, o non in modo diretto, ma anzi implicano un rapporto di complementarità³³ in cui salute e malattia non si escludono a vicenda:

³⁰ H. G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, cit., p. 117.

³¹ La citazione è presente in diversi lavori: R. Leriche, *Introduction générale; De la santé à la maladie; La douleur dans les maladies; Où va la médecine?*, in R. Leriche (ed.), *Encyclopédie française*, vol. VI, Comité de l'Encyclopédie française, Paris 1936. Va anche precisato come la formula di Leriche non possa essere pienamente accolta da un punto di vista medico data la natura silente di alcune patologie le quali, pur senza farsi sentire o essere percepite coscientemente dalla persona malata, sono purtuttavia presenti.

³² G. Federspil, P. Giaretta, N. Oprandi, *Salute e malattia* in A. Pagnini (ed.), *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica e diritto*, Carocci, Roma 2010, p. 52.

³³ Evidenziando come lo sviluppo di malattie risenta anche dell'adattamento evolutivo tra specie e ambiente, pure Luigi Tesio afferma a questo proposito che «un esempio classico insegnato in tutti i corsi di medicina è quello dell'anemia falciforme, o talassemia, in forma *minor*. La malattia è frequente in popolazioni esposte alla malaria poiché essa protegge dall'infestazione. Un altro esempio classico è quello opposto [...] della poliglobulia che affligge e protegge al tempo stesso le popolazioni andine» (L. Tesio, *I bravi e buoni. Perché la medicina clinica può essere una scienza*, Il pensiero Scientifico Editore, Roma 2015, p. 75).

Per esempio: contrarre il cosiddetto vaiolo bovino (*cowpox* o *Vaccinia Virus*), una malattia virale ma piuttosto lieve della pelle, rende immuni rispetto al ben più grave e spesso mortale virus del vaiolo (*Variola virus*), e in questo senso può dunque condurre alla salute; una malattia “lantanica”, di cui il soggetto non sia consapevole e della quale non abbia alcun segno né sintomo, come potrebbe essere l’ipertensione o l’ipercolesterolemia, non compromette affatto la salute del soggetto (perlomeno non nell’immediato); una condizione patologica come l’essere eterozigoti per il gene dell’anemia falciforme può proteggere da una malattia assai più grave come la malaria, sebbene possa altresì creare dei problemi in situazioni di scarsità di ossigeno. In tutti questi esempi, dunque salute e malattia coesisterebbero senza problemi.³⁴

Peraltro negli scenari odierni, nei quali si dispone di maggiore capacità tecnologica, si ha la capacità di diagnosticare e rintracciare predisposizioni genetiche ad alcune malattie senza che queste abbiano ancora comportato sintomi o siano state effettivamente contratte dalla persona. Di fronte a questi scenari, la domanda sembra spontanea: in questi casi particolari la persona è sana o malata? Non ancora già malata e tuttavia mai del tutto sana? È sicuramente complesso rispondere alla domanda specifica – che in parte esula qui dalla nostra riflessione – ma questi aspetti incentivano ancora una volta a rifiutare la via dell’esclusione reciproca tra salute e malattia poiché essa non aiuta a cogliere ciò che propriamente appartiene e costituisce l’esperienza di salute.

A questo proposito l’Organizzazione mondiale della sanità, nel 1948, ha tenuto a ribadire che la salute corrisponde ad «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste solo nell’assenza di malattia o di infermità»³⁵. Salute e malattia potrebbero anche coesistere in una certa misura, senza confondere la differenza che pure esiste tra l’una e l’altra. Alla definizione è stata proposta una modifica nel 1998, anche se mai arrivata all’Assemblea Generale, in cui si intendeva la salute come «uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale e sociale» dove l’aggiunta dell’aggettivo *dinamico* avrebbe meglio evidenziato quel carattere mutevole in cui la salute è, intimamente, alla ricerca di un equilibrio da raggiungere o di un’armonia da conquistare, non pensando che essa si offra in modo integrale una volta e per sempre.

Certo, nella definizione ufficiale restano problematiche aperte, soprattutto rispetto all’aggettivo *completo* che pare promuovere un ideale di benessere troppo vago e al contempo troppo performante se lo si intende come un insieme di parametri da dover compensare tutti in modo egualmente soddisfacente e totale, senza alcuno scarto o margine di manovra. Come se la salute fosse uno stato compatto, pieno, senza pieghe o increspature, e non vivesse di una possibile gradualità. Questa prospettiva tende non solo ad allargare i compiti propri della

³⁴ M. C. Amoretti, *Filosofia e medicina. Pensare la salute e la malattia*, Carocci, Roma 2016, p. 30.

³⁵ World Health Organization, *Constitution of the World Health Organization*, 1948 (consultabile al link: <https://www.who.int/about/governance/constitution>).

medicina, chiamata a realizzare una completezza di benessere, ma anche ad accrescere l'aspettativa dei pazienti attorno al desiderio di una salute totale. Così, da entrambi i versanti, sembra alimentarsi un fenomeno di pervasiva *medicalizzazione* che cerca di trattare ogni aspetto dell'esistenza come fosse un problema medico, anche quando non lo è, e ciò per garantire tale stato di completo benessere di cui «gli esempi sono innumerevoli: si va dalla medicalizzazione della gravidanza, spesso percepita come una condizione invalidante, come una sorta di malattia, alla medicalizzazione della sessualità, dell'invecchiamento, della stessa vita emotiva»³⁶. Inoltre, se l'aggettivo *dinamico* – proposto nella successiva revisione – rimanda all'idea di un movimento, lo stato *completo* sembra invece colmare ogni spazio di manovra irrigidendo e compattando il movimento in modo asfissiante.

Da qui la necessità di approfondire e semmai ripensare o reinterpretare la semantica dell'aggettivo *completo*, che non può voler dire pieno, saturo o esaustivo se non si vuole cadere in un'immagine idealizzata della salute. La definizione dell'OMS ha avuto il merito, semmai, di evidenziare quanto il concetto debba essere articolato da molteplici prospettive, in cui possono concorrere dati fisici ma anche elementi psicologici, sociali e culturali, essendo l'essere umano un essere propriamente relazionale, che esperisce la propria vita nello scambio e nella continua interazione con l'ambiente e ciò che lo circonda.

Si rivela poco convincente anche l'approccio *naturalista* che ha cercato di intendere la salute come un concetto privo di spessore valoriale, da dover semplicemente ricavare a partire da parametri e regolarità. Secondo il naturalismo, infatti, esisterebbero delle norme fisiche (biologiche o fisiologiche) a partire dalle quali discriminare lo stato “normale” della salute e di conseguenza le eventuali anormalità. La salute corrisponderebbe al buon funzionamento della “macchina corporea”, al buon assolvimento di tutte le funzioni organiche, al mantenimento di ogni parametro statistico nelle misure definite. Questo approccio, derivato dalla medicina positivista, ha poi trovato successivi sviluppi odierni ed è approdato nella maggior parte dei paradigmi biomedici, come nella teoria biostatica di Boorse che tenta di ricavare il concetto di salute a partire da una classe di riferimento statistico³⁷.

³⁶ A. Da Re, *Salute si dice in molti sensi. Aspetti epistemologici ed etici*, in L. Alici, S. Pierosara (ed.), *Riduzionismo e complessità. Ritrovare l'umano, umanizzare la cura*, Aboca, Sansepolcro 2022, p. 40. Per un approfondimento sul concetto della medicalizzazione si veda M. Foucault, *Crisi della medicina o crisi dell'antimedicina?* in A. Dal Lago (a cura di), *Archivio Foucault 2. Poteri, saperi, strategie*, Feltrinelli, Milano 1997, pp. 202-2019.

³⁷ Boorse in tal senso crede che «la salute in un membro della classe di riferimento è un'abilità funzionante normalmente: la prontezza di ogni parte interna a eseguire tutte le sue funzioni normali in occasioni tipiche con almeno un'efficienza tipica» (C. Boorse, *Health as a Theoretical Concept*, in «Philosophy of Science», 44 (1977), p. 562, trad. nostra).

Questa posizione lascia delle perplessità, sia dal punto di vista epistemologico, sia dal punto di vista dell'esperienza dell'essere umano, o dei pazienti che invocano di poter recuperare la propria salute, almeno per due ordini di ragioni. In primo luogo perché, ammesso che esistano “normalità”, non si può ignorare come queste scaturiscano da un giudizio di valore, lo stesso che spinge a giudicare in modo *positivo* un certo equilibrio della salute e in modo *negativo* il suo contrario. Dire che c'è un buon equilibrio significa ammettere che questo è positivo e ha valore. Infatti, sotto il profilo epistemologico, «se si identifica il normale con lo stato di equilibrio e si prescinde dal valore positivo che è naturale attribuire all'equilibrio, il normale e il patologico non possono essere considerati eterogenei»³⁸. Così, pur fondandosi su una norma statistica, si deve al contempo ammettere che il concetto di salute sarebbe pregno di una qualità di senso e valore attribuito dall'umano, che eccede la norma “statistica”³⁹ e non può essere quantificato se non si vuole ridurre l'esperienza di salute per come essa viene vissuta dal punto di vista della persona.

In secondo luogo perché, in questa prospettiva, si lascia supporre che nel caso di malattia una norma non vi sia. Se la salute fosse il mantenimento equilibrato di una norma statistica, allora la malattia sarebbe lo squilibrio o l'assenza di norma. In questo caso si devono a Canguilhem le approfondite analisi de *Il Normale e il Patologico* in cui ha mostrato, al contrario, come proprio questa idea sia errata sul piano pratico, dato che anche nello stato di malattia è possibile riscontrare delle norme, diverse ma comunque presenti, perché «lo stato patologico o anormale non consiste nell'assenza di qualunque norma. La malattia è anch'essa una norma di vita, ma è una norma inferiore, nel senso che essa non tollera alcun allontanamento dalle condizioni in cui vale»⁴⁰. Per chiarire con un esempio di Canguilhem, si è notato che le persone affette da osteoartrite tubercolotica vedono il proprio ginocchio irrigidirsi in modo scorretto, ma questa posizione, in realtà, permette ai muscoli di esercitare meno pressione sulle articolazioni. Il che significa che la malattia crea un nuovo ordine e «la posizione può dirsi scorretta solo in rapporto a un uso dell'articolazione che ammetta tutte le possibili posizioni»⁴¹, cosa che nel caso specifico non è possibile. La malattia ha imposto una nuova norma al corpo.

³⁸ G. Federspil, P. Giaretta, N. Oprandi, *Salute e malattia*, cit., p. 54.

³⁹ Pure Buzzoni, a tal proposito, sottolinea che: «l'accertamento mediante rilevazioni statistiche su ciò che è e ciò che non è 'normale' dipende chiaramente da convinzioni e valori, che possono essere conosciuti soltanto mediante un esercizio di tipo ermeneutico. Ogni media statistica dipende da interessi o valori che variano da persona a persona e da società a società» (M. Buzzoni, *Dalla valutazione clinica alla ricerca biomedica e ritorno: la medicina come scienza umana*, in L. Alici, S. Pierosara (ed.), *Riduzionismo e complessità. Ritrovare l'umano, umanizzare la cura*, Aboca, Sansepolcro 2022, p. 51).

⁴⁰ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, trad. it. Einaudi, Torino 1998, p. 148.

⁴¹ *Ibidem*.

Perciò, seppur i parametri statistici si dimostrino uno strumento utile al paradigma biomedico, e rispondente al riduzionismo metodologico che contraddistingue la medicina basata sulle evidenze, questi non restituiscono la complessità del concetto di salute per come viene esperito. La salute si dà anche come un valore qualitativo nell'esperienza della persona, risponde ad una certa percezione della propria condizione e non può essere ridotto ad una mera funzionalità biologica o alla descrizione di condizioni "normali". Il necessario riduzionismo metodologico della ricerca biomedica – necessario in quanto tenta di inserirsi in una complessità a partire da una certa prospettiva – non deve capovolgersi in un riduzionismo concettuale dell'esperienza e del significato di salute per come esso viene vissuto nell'esistenza delle persone.

Sembrerebbe così di trovarsi di fronte a un'*impasse*, poiché tanto nella prospettiva *neutralista* quanto in quella *naturalista* la salute continua ad essere nascosta⁴². Verrebbe quasi da ammettere, sulla scorta di Canguilhem, che «la salute non è un concetto scientifico, bensì un concetto volgare. Il che non significa triviale, ma soltanto comune, alla portata di tutti»⁴³. Ma d'altra parte, proprio perché comune, si possono rintracciare e sciogliere quelle stratificazioni di senso condivise collettivamente, nelle quali ci riconosciamo come *esseri umani in salute*.

Ciò che manca, alle impostazioni finora richiamate, è proprio la considerazione della persona che vive, percepisce la precarietà della propria salute o sente di averla perduta e per questo si rivolge ad un medico curante. Ciò che manca, e pertanto l'orizzonte si rivela riduttivo, è la prospettiva esperienziale, che sposterebbe il tema da un punto di vista impersonale e in terza persona – dove la salute è concepita come un'entità misurabile, "afferrabile", quasi una cosa tra altre cose – ad un punto di vista in prima persona, dove la salute non può essere intesa a prescindere dalla percezione che se ne ha, dal fatto di poterne "disporre" senza mai possederla nel senso della proprietà privata, perché *la salute si può avere ma non possedere*.

Dal punto di vista del vissuto umano, l'essere sani è molto più che avere un'ottima salute: è anche avere la capacità di perseguire un progetto di vita, dar forma al proprio poter essere, dirigersi intenzionalmente verso il mondo, realizzare desideri e iniziative per la propria crescita

⁴² Afferma Stegenga: «Il neutralismo ritiene che Lila ed Elena siano ugualmente sane. Poiché nessuna delle due ha una malattia, e poiché il neutralismo sostiene che la salute è semplicemente l'assenza di malattia, entrambe sono sane. Ma si noti il richiamo al benessere nella definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Se pensate che Elena sia più sana di Lila, in virtù del fatto che il benessere generale di Elena è migliore di quello di Lila, allora potreste essere attratti da un concetto positivo di salute. Ma se si pensa che siano ugualmente sane, perché entrambe prive di malattie, allora si potrebbe essere attratti dal neutralismo [...] allineato con un'altra visione della salute, chiamata naturalismo» (J. Stegenga, *Care and Cure. An Introduction to Philosophy of Medicine*, The University of Chicago Press, Chicago 2018, p. 21, trad. nostra); cfr. anche J. Stegenga, *Medical Nihilism*, Oxford University Press, Oxford 2018.

⁴³ G. Canguilhem, *La salute: concetto volgare e questione filosofica*, in Id. *Sulla medicina. Scritti 1955-1989*, trad. it. Einaudi, Torino 2007, p. 25.

personale o partecipando attivamente a quella di una comunità, avendo, perciò, cura della fioritura dell'esistenza propria e altrui. Nell'esperienza concreta, che talvolta deve anche scontrarsi con elementi che la minacciano, la salute è un fine da conquistare, mantenere, e al contempo un mezzo grazie al quale favorire ciascuno degli aspetti nei quali prende forma l'esistenza.

Si aprono in tal modo ulteriori scorci di senso, nei quali la salute acquista un carattere tanto normativo quanto valoriale: essa rappresenta un valore in sé, attraverso cui si scoprono e promuovono ulteriori valori, e un bene da proteggere, coltivare e incentivare sul piano personale e sociale attraverso buone pratiche. Non sarebbe tanto il risultato di un parametro statistico quanto l'ingiunzione di una condizione da perseguire come bene che abilita al perseguimento di altri beni.

Anzi, si tratta di far sì che ciascuno possa beneficiare appieno di prassi salutari alla salute stessa che non solo siano capaci di respingere o debellare gli elementi *patogeni* che la minacciano, ma siano in grado pure di incentivare quelli che potrebbero essere elementi *salutogeni*, secondo la proposta di Aaron Antonovsky⁴⁴, come la libertà di scelta, il soddisfacimento dei bisogni primari, e ancora «la curiosità, l'ottimismo, l'adattabilità, il senso dell'umorismo, la capacità di amare e di stabilire una relazione intima e duratura con una creatura simile, sia essa un essere umano o un animale»⁴⁵.

La promozione della salute vissuta dalla persona, inoltre, come richiamato dalla definizione dell'OMS, passa anche attraverso la società e gli organi istituzionali che veicolano una certa percezione pubblica o culturale circa le condizioni della sua realizzazione, spesso legata all'idea di una vita felice. Infatti, come crede Dadà:

Il raggiungimento del benessere e della felicità non è soltanto una questione del singolo, bensì coinvolge tutta la comunità in un lavoro di *promozione della salute*. Nel 1986, nella *Carta di Ottawa* si chiarisce il modo in cui ciò può realizzarsi: costruire una politica pubblica per la tutela della salute; creare ambienti capaci di offrire sostegno; rafforzare l'azione della comunità; sviluppare le capacità personali; riorientare i servizi sanitari. La salute viene così intesa non tanto come un obiettivo, bensì come una risorsa per la vita intera, che coinvolge fattori politici, sociali e di cooperazione. [...] Ne consegue che non solo l'aspetto sociale entra in gioco nella determinazione della salute individuale, bensì è la stessa idea di salute ad avere una componente collettiva e relazionale.⁴⁶

⁴⁴ Cfr. A. Antonovsky, *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*, Jossey-Bass, San Francisco 1987.

⁴⁵ R. Mordacci, R. Sobel, *Health: A Comprehensive Concept*, in A. L. Caplan, J. J. McCartney, D. A. Sisti (eds.), *Health, Disease and Illness Concepts in Medicine*, Georgetown University Press, Washington DC, 2004, p. 108 [trad. nostra]; l'articolo è disponibile anche in «The Hastings Center Report», 28 (1998), pp. 34-37.

⁴⁶ S. Dadà, *Etica della vulnerabilità*, Morcelliana, Brescia 2022, 105.

Essere in salute significa pure poter continuare a coltivarla in un ambito favorevole che non sia il solo ambiente sano, non inquinato, respirabile e vivibile, ma un contesto che ne garantisce il mantenimento o l'accrescimento, la promozione e la valorizzazione.

In quest'ottica, negli ultimi anni, si parla sempre più non solo di *salute dell'individuo*, o di *salute pubblica* – laddove si intende con questa espressione soprattutto la salute di una determinata società o di una determinata nazione – ma si avverte l'esigenza di parlare, e indagare, le condizioni di *salute globale*, o meglio *one health*. Si tratta di un approccio metodologico di tipo olistico, in cui la salute dell'individuo è ugualmente importante a quella dell'intero pianeta in cui vive e che risponde a dinamiche globalizzate di interrelazione e interdipendenza, necessitando perciò di un approccio internazionale, dato che alla sua promozione possono concorrere le organizzazioni sanitarie e statali, le politiche sociali e pubbliche, gli accordi internazionali, nonché il patrimonio culturale e tecnologico. Come se il concetto di salute di cui si va alla ricerca non fosse che unico nella persona, nella comunità, nel pianeta. Si potrebbe pensare un individuo sano in un mondo malato? E si potrebbe affermare che la salute della parte, costituita dalla persona, prescindere da quella dell'intero pianeta?

La prospettiva normativa e valoriale, richiamata pure nell'ottica della *one health*, chiama in causa, così, anche un carattere morale della salute che rimanda, pur nelle variegate ricostruzioni etimologiche che si sono fatte carico del termine, al comportamento retto e virtuoso, alle azioni buone da conseguire, alle attività moralmente sane da compiere, fino all'idea della salvezza come sembra indicare l'etimologia neolatina del termine *salus*, che indica *salvo, salvato*⁴⁷. In questo senso, come sottolinea Galvagni, «il concetto di salute porta con sé un importante significato morale dal momento che si parla di ben-essere e di “buona” salute, rimandando così alla dimensione del vivere bene e della vita buona, concetti, questi, tipicamente morali»⁴⁸. Una vita in salute, o la salute della vita, non può essere prospettata e considerata a prescindere dalle modalità di espressione della vita stessa che si alimentano delle condizioni di una vita buona. In questo senso la vita sana è anche salutare.

Queste prospettive molteplici, se da una parte permettono di non ridurre la salute ad una constatazione meramente organicistica, dall'altra consentono di attestare il suo carattere prismatico. Come affermano Mordacci e Sobel, «non vogliamo solo essere consapevoli che

⁴⁷ «La radice anglo-germanica *hal*, ad esempio, collega il vocabolario *whole*, intero, a *health*, salute, a *healing*, cura, e a *holy/heil*, santità, così come i termini greci *hygeya* e *euexia* si riferiscono esplicitamente alla “vita buona”. Le lingue neolatine aggiungono un'ulteriore sfumatura semantica congiungendo nel termine *salus* salute e salvezza: la salute è anche un bene fragile e precario, continuamente esposto alla prova della malattia, che perciò deve essere “salvato”» (E. Buzzi, *Etica della cura medica*, cit., p. 79).

⁴⁸ L. Galvagni, *La salute: ma cos'è?*, «Punto Omega. Salute, globalizzazione e federalismi sanitari», 17 (2005), p. 11.

esistono tante costituzioni di senso in cui salute e malattia potrebbero essere iscritte; vogliamo piuttosto costruire *un senso che possiamo ritenere vero* e che possiamo comunicare agli altri come qualcosa di credibile, sufficientemente ragionevole e proporzionato alla nostra volontà di acconsentire»⁴⁹.

Queste considerazioni ci invitano a ripensare la semantica del *completo* benessere di cui si era fatta portavoce l'OMS nella definizione di salute, da intendere più come uno stato comprensivo, integrato e, al contempo, ogni volta da compiere e completare nel dinamismo relazionale del corpo che vive nella molteplicità delle interazioni sociali, fisiche e morali.

Ovvero, come la sofferenza costituisce una certa messa in forma del dolore, una sua assunzione capace di trascendere e riproporre diversamente l'affezione del patire, altrettanto il concetto di salute invoca una costante opera di formazione, non ricavabile dal solo piano fisiologico-organico, ma implementata e compiuta nell'accordo delle relazioni che la persona ha con il proprio corpo e con il mondo. Essere in salute non è questione definitiva e solamente privata, ma un processo di relazione in cui concorrono molteplici aspetti che, nel corpo, trovano il riscontro della vita in salute. In questa prospettiva, come crede Marin, la salute «non è oggettiva, né soggettiva, né globale, ma semmai il dinamismo di tutti questi fattori che trovano il loro punto di convergenza proprio nel corpo, che è a sua volta l'interazione tra oggetto-soggetto-ambiente»⁵⁰.

Così, riaffidandoci al pensiero di Gadamer, nonostante il suo carattere segreto e nonostante a volte essa conviva pure con il suo contrario che è la malattia, scopriamo che sul piano dell'esperienza vissuta in prima persona «quando siamo intraprendenti, aperti alla conoscenza, dimentichi di noi e quasi non avvertiamo neppure gli strapazzi e gli sforzi: questa è la salute [...che] non è precisamente un sentirsi, ma un esserci, un essere nel mondo, un essere insieme agli altri uomini ed essere occupati attivamente e gioiosamente dai compiti particolari della vita»⁵¹.

In questo senso la salute non indica semplicemente uno stato, una condizione, la fotografia istantanea di certe caratteristiche e parametri assolti dall'organismo, ma restituisce l'esserci dell'essere nell'apertura degli orizzonti e delle possibilità vitali. Nella costellazione di esperienze e nella stratificazione semantica del concetto possiamo allora tentare una differente definizione che vede *la salute come la percezione tacita di poter realizzare il proprio poter*

⁴⁹ R. Mordacci, R. Sobel, *Health: A Comprehensive Concept*, cit., p. 109, corsivo degli autori [trad. nostra].

⁵⁰ F. Marin, *L'agenda della bioetica. Problemi e prospettive*, Il Poligrafo, Padova 2019, p. 53.

⁵¹ H. G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, cit., p. 122.

essere o compiere il proprio progetto di vita a partire da quelle condizioni psico-fisiche, socio-ambientali e politico-culturali che ne consentono il buon perseguimento.

Un paziente malato che chiede ad un medico di tornare in salute non chiede propriamente che le sue alterazioni biologiche rientrino nei termini di una norma statistica; non chiede solamente che la malattia venga debellata o che cessi una disfunzione, soprattutto laddove ciò non sembra possibile, come nei casi di cronicità. Un paziente chiede il compimento di un certo “ideale” di salute, chiede di poter “disporre” di sé dentro occasioni in cui vivere, progettare, essere in relazione con le possibilità del proprio corpo; chiede un’apertura verso il mondo in cui l’intenzione personale si dirige per realizzare la propria esistenza, a volte anche in concomitanza con gli attacchi della malattia perché «è la salute, la salute militante, che ne esce quasi sempre vittoriosa»⁵². *Un paziente in cerca di salute non chiede semplicemente una vita nel silenzio degli organi, ma una vita capace di “parlare” a se stessa e agli altri. Una vita da continuare a compiere, sempre e ancora.*

3. Dalla malattia all’esperienza di malattia

Non solo la salute richiede di essere ben compresa, non ridotta alla buona funzionalità degli organi o all’assolvimento di parametri statistici, ma anche la malattia impone di essere approfondita. Per farlo occorre partire da un’idea cardine: una *malattia* è qualcosa di profondamente diverso dall’*esperienza di malattia* che se ne può avere. Tra le due esiste uno scarto fatto di conoscenze, linguaggi, percezioni, pratiche. Una differenza che la medicina dovrebbe saper cogliere non solo per un apporto di consapevolezza, ma per saper accogliere e comprendere l’esperienza del paziente.

Una *malattia* può essere considerata come la disfunzione di un organo, la scomparsa di una funzionalità, la perdita di un principio osmotico che crea equilibrio nella fisiologia corporea, oppure come la comparsa di un corpo estraneo e parassitario che va a danneggiare le funzionalità e la vita stessa del corpo umano che abita. Sotto questi profili, come si parla di un approccio *naturalista* al tema della salute, altrettanto si potrebbe parlare di un *naturalismo della malattia* che la intende in termini prettamente organici o in rapporto ad un funzionamento anatomico e bio-fisiologico. È così che per Boorse – rappresentante del modello biostatico e già richiamato nel precedente paragrafo – «ciò che accomuna tutte le condizioni patologiche è

⁵² O. Sacks, *L’uomo che scambiò sua moglie per un cappello*, trad. it. Adelphi, Milano 1986, p. 161.

la (potenziale) disfunzione biologica di qualche parte o del processo di un organismo»⁵³ oppure un'anomalia statistica laddove si riscontri, in un individuo, uno scarto e una differenza di misura tra le sue capacità e funzionalità e i livelli tipici della sua specie di appartenenza.

Appare però problematico considerare la malattia soltanto come il frutto di un'anomalia statistica o l'alterazione biologica di un precedente "ordine" del corpo: perché se ci arresta ad un'analisi prettamente statistica per discriminare cosa sia malattia da cosa non lo è, come vorrebbe Boorse, bisognerebbe riflettere sul fatto che pure «il cuore di un'atleta può divergere dalla media statistica conservando, tuttavia, il carattere di salute»⁵⁴; così non ogni digressione da una media di riferimento implica la presenza di una malattia, né può essere identificata automaticamente come condizione patologica. Nel corpo esistono anche oscillazioni dalla media, per difetto o per eccesso, che comunque corrispondono al pieno funzionamento del corpo e ne dimostrano una capacità autoregolativa: alterazioni statistiche a cui l'organismo è sottoposto senza che ciò implichi una loro patologizzazione. Ad esempio «durante la digestione, il numero dei globuli bianchi aumenta. Lo stesso capita all'insorgere di un'infezione. Di conseguenza, questo fenomeno – crede Sigerist – è tanto fisiologico che patologico, a seconda della causa che l'ha provocato»⁵⁵. Si tratta di esempi che non solo evidenziano i contorni sfuggenti del concetto di malattia se intesa unicamente in tal senso, o secondo una prospettiva naturalista, ma che lo rivelano problematico proprio laddove vorrebbe discriminare una soglia tra normale e patologico.

Certamente, così presentata, la considerazione della malattia è rispondente al modello biomedico basato sull'evidenza e ad un certo riduzionismo metodologico: nella misura in cui la patologia costituisce un ente, un'entità più o meno identificabile e "afferrabile", un'essenza quasi autonoma dal paziente, e in cui, si potrebbe quasi dire, «il malato diviene il contenitore della patologia»⁵⁶. In questo caso la cura del paziente malato potrebbe perfino prescindere dalla considerazione del paziente stesso che lamenta i sintomi dato che, in fondo, è solo del "contenuto" che ci si dovrebbe occupare. Ignorare la persona malata non sarebbe incoerente in un tale approccio, perché la vera protagonista alla ribalta dello sguardo medico sarebbe la

⁵³ Ch. Boorse, *Concepts of Health and Disease*, in F. Ghiffor (ed.), *Philosophy of Medicine*, Elsevier, Amsterdam 2011, p. 27 [trad. nostra].

⁵⁴ V. Costa, L. Cesana, *Fenomenologia della cura medica. Corpo, malattia, riabilitazione*, Morcelliana, Brescia 2019, p. 89.

⁵⁵ H.-E. Sigerist, *Introduction à la médecine*, Payot, Paris 1932, p. 109. Questa citazione di Sigerist è stata attinta dall'analisi di Canguilhem nel punto in cui problematizza la visione sperimentale di Comte nello studio della patologia. A questo proposito, si veda G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, cit., p. 28.

⁵⁶ M. Marinelli, *Trattare le malattie, curare le persone*, cit. p. 23.

malattia intesa come un'entità quantificabile, misurabile e che tratteggia lo stato dei fatti di una certa condizione (patologica).

In questo quadro concettuale anche la concezione del corpo malato sarebbe problematicamente compromessa in una accezione riduttiva e fuorviante, perché il corpo non sarebbe altro che un dispositivo soggetto a leggi fisico-causali o principi materiali, in una facile e ingenua analogia tra il corpo umano e la macchina⁵⁷. Se fossero solo i rapporti di causa-effetto a dominare il corpo, allora questo non sarebbe molto diverso da un dispositivo meccanico in cui per evitare un effetto patologico si debba solo modificare la causa dannosa che ne è all'origine. Così la malattia sarebbe l'incapacità del corpo-macchina a portare avanti il suo compito di macchina e la medicina diverrebbe la scienza tecnica che ristabilisce, sostituisce o muta le parti compromesse che ne impediscono il funzionamento⁵⁸.

A questo proposito, Leder afferma:

Di fronte, per esempio, a un paziente che soffre di una malattia cardiaca, il medico può prescrivere un farmaco che provocherà molteplici cambiamenti fisiologici. Può essere raccomandato l'esercizio fisico per rafforzare il muscolo cardiaco, insieme a una dieta per regolare la pressione sanguigna e la progressione aterosclerotica. Se è necessario un intervento chirurgico, il corpo viene aperto e alcuni vasi possono essere sostituiti. In ogni caso, il medico utilizza mezzi che modificano il corpo come si farebbe con un oggetto meccanico, sostituendo parti, modificando gli input e gli output e regolando i processi. [...] il corpo vivente non può essere trattato in modo diverso da una macchina.⁵⁹

E sebbene «questo modo di pensare – sostengono Costa e Cesana – avrà infinite variazioni, [...] l'ontologia che sorregge i differenti modi di intendere la medicina resta immodificata. L'assunto di base non conosce alterazioni in quanto a priori: il corpo è una macchina e il mondo esterno agisce su di esso attraverso cause di ordine fisico»⁶⁰.

Certo, bisogna anche sottolineare che «i medici e il personale sanitario sanno che si debbono rapportare a persone e non a macchine, ma [...] di fatto si continua ad essere gentili con le persone di cui si aggiusta il corpo, pensando che, comunque, la persona sia *altra dal*

⁵⁷ L'analogia del corpo con la macchina, o considerato come mero esecutore macchinico, nella modernità trova una prima teorizzazione nel pensiero cartesiano in cui viene posta una netta separazione tra la *res cogitans* della mente e la *res extensa* del corpo. Per un'agile analisi si veda il paragrafo dedicato "Il corpo ridotto a macchina" in E. Lisciani-Petrini, *Le avventure del corpo. Con Merleau-Ponty verso una "nuova ontologia"*, «Teoria. Rivista di Filosofia», 41 (1/2021), pp. 189- 207.

⁵⁸ A questo proposito, ripercorrendo l'analisi degli studi anatomici che hanno caratterizzato la medicina nella tarda modernità, Costa e Cesana sostengono che «il corpo poté essere interpretato in analogia come la macchina in quanto in anatomia iniziarono ad essere usati strumenti meccanici [...] si potevano usare nuovi strumenti per provare a "ricreare" il funzionamento di parti del corpo, e le parti del corpo del cadavere potevano essere considerate come parti meccaniche, sicché il cadavere rappresentava l'anello intermedio tra gli organismi viventi e le macchine fatte dall'uomo» (V. Costa, L. Cesana, *Fenomenologia della cura medica*, cit., pp. 30-31).

⁵⁹ D. Leder, *A Tale of Two Bodies: The Cartesian Corpse and the Lived Body*, in D. Leder (ed.) *The Body in Medical Thought and Practice*, Springer, Dordrecht 1992, p. 22-23 [trad. nostra].

⁶⁰ V. Costa, L. Cesana, *Fenomenologia della cura medica*, cit., p. 31.

corpo che si cura»⁶¹. La persona continua ad essere non solo un contenitore, ma quasi una presenza collaterale rispetto alla malattia che nel suo corpo cresce. La medicina dovrebbe continuare ad occuparsi delle parti del corpo, oppure del corpo intero ma visto come un insieme di parti e aggregati, perché la conoscenza scientifica e la tecnologia medica è a queste parti, e ai rapporti causali che le legano, che si rivolge.

Se questa visione rispondesse totalmente al fenomeno della malattia, anche lo statuto della medicina e il ruolo della pratica clinica ne sarebbero connotati, perché compito della medicina sarebbe solamente quello di aumentare il bagaglio di conoscenze, rafforzare il proprio apparato tecno-scientifico e impiegarlo in modo massiccio sulle cause che danneggiano la macchina del corpo, nell'idea che questi fattori sarebbero sufficienti a porre un rimedio alla condizione patologica e bypassando così ogni possibile riferimento a competenze comunicative o a capacità relazionali.

Questa visione unidimensionale della medicina, considerata come “la scienza che aggiusta le cause dannose”, può spingersi fino al paradosso che la vedrebbe superflua di fronte a certe situazioni particolari perché, ad esempio, in casi di cronicità o malattie inguaribili, si dovrebbe dire che il compito della medicina sarebbe concluso a priori: a fronte di una causa non più modificabile e di un effetto irreversibile la pratica medica non potrebbe far altro che decretarsi inutile, sancire la propria sconfitta e lasciare la macchina malata del corpo in balia di sé.

Ma se la medicina non vuole cadere vittima di un riduzionismo assoluto – che paragonerebbe la figura del medico a quella di un tecnico (seppur gentile), la relazione clinica ad un impersonale rapporto fatto di domanda e offerta e il sistema sanitario a un generico erogatore di servizi – occorre intercettare differenti modelli e approcci che, senza negare ciò che questa modalità di “accesso” al corpo del paziente mette in luce, modalità che ha caratterizzato per molti anni la medicina, e senza ignorare nemmeno una certa efficacia di alcune forme di riduzionismo metodologico proprio della ricerca medica, sappiano anche comprendere l'esperienza della malattia. Sia per non dimenticare che è alla persona umana che la clinica si rivolge, prima ancora che a un sintomo, a un disfunzionamento o a un'anomalia fisiologica o statistica; sia perché la considerazione dell'esperienza di malattia può aiutare, proprio sul piano clinico, a raccogliere elementi anamnestici importanti per definire una migliore diagnosi e delineare un piano terapeutico più aderente allo stile di vita della persona malata; sia perché, come crede Marinelli, «conoscere perfettamente una patologia, sino nei più riposti meccanismi eziopatogenetici, non significa automaticamente essere in grado di

⁶¹ Ivi, p. 40

curare»⁶². La sola conoscenza medica dell'ente malattia sotto il profilo scientifico, per quanto necessaria, non è sufficiente per parlare di cura della persona: occorre problematizzare le visioni tecniche e riduttive, tanto della medicina che della malattia.

Si tratta, cioè, di integrare la cura con la prospettiva del paziente malato, il quale non è un semplice *portatore o contenitore* della malattia, ma una persona che vive l'esperienza particolare della propria condizione e che ogni giorno si rapporta al mondo a partire dalla mediazione che il proprio corpo (malato) gli consente o impedisce, gli sollecita oppure gli ostacola.

In tal senso, l'approccio fenomenologico si è offerto nel corso del Novecento come un paradigma fortemente antiriduzionista che, senza negare la dimensione organica e fisiologica, non esaurisce tuttavia l'analisi o il discorso sulla considerazione della malattia a queste componenti. Un paziente malato vive qualcosa di intimamente più complesso di una disfunzione biologica o di un'anomalia statistica, proprio come una persona sana sente di essere molto di più della somma degli organi, dei tessuti, dei processi organici o delle buone funzionalità psico-fisiologiche che ne compongono il corpo.

Per tali motivi, evidenzia Danani, «si deve certo riconoscere che la concezione meccanicistico-materialista ha portato la medicina anche a dei successi, ma non si può trascurare che la pratica medica ne ha subito anche limitazioni e distorsioni, e che una diversa prospettiva di indagine, che non rimanga cieca a un complesso di altri fattori di carattere 'esistenziale', può offrire maggiore successo diagnostico e terapeutico»⁶³.

Indagare questa prospettiva, comprendere la dimensione vissuta ed esperienziale della malattia, significa riconoscere non solo alla malattia ma anche al corpo malato uno statuto differente: quello di essere il *centro di convergenza e propagazione in cui abita l'esperienza di malattia*. O meglio, potremmo dire, in cui l'esperienza stessa "prende corpo". Non un apparato di organi e funzioni ma il polo nel quale, e per mezzo del quale, la nostra esperienza del mondo accade. Un corpo umano che non permette semplicemente di sentire, percepire e vivere attraverso esso come fosse un qualsivoglia mezzo, ma più propriamente nel quale la sensazione, la percezione e la vita si incarnano. Un corpo che non rivela necessariamente o solamente la vita di una malattia al suo interno, ma nel quale e attraverso il quale la vita malata si esprime.

Si tratta allora di abbandonare l'ontologia del corpo-macchina – cioè di un corpo decontestualizzato, non situato, considerato come fosse privo di mondo, riconosciuto solamente

⁶² M. Marinelli, *Trattare le malattie, curare le persone*, cit., p. 18.

⁶³ C. Danani, *La persona ammalata e i luoghi di malattia*, in L. Alici, S. Pierosara (eds.), *Riduzionismo e complessità: ritrovare l'umano, umanizzare la cura*, Aboca, Sansepolcro 2022, pp. 63-64.

nei suoi apparati o come mera estensione – cercando invece di «pensare il corpo a partire dal corpo vivo, dal corpo che abita il mondo in quanto insieme di possibilità, di significati e di sensazioni in cui si sente vivo»⁶⁴.

Nella diversa considerazione di un corpo vivo e situato, la malattia cessa di essere un ente impersonale e oggettivo, misurabile quantitativamente, ma diviene un insieme di impedimenti, difficoltà e modificazioni vissute qualitativamente. Il corpo non è una macchina indifferente e autonoma rispetto al contesto, né l'esperienza di malattia prescinde dagli scenari particolari nei quali essa ha luogo, come potrebbe esserlo un veicolo rispetto alla strada che sta percorrendo; anzi, sono anche questi scenari a costituire delle ulteriori influenze nella stessa esperienza di malattia.

La persona malata è coinvolta e si confronta con i contesti particolari in cui vive, siano essi contesti *sociali, politici o ambientali* che influiscono sulla sua esperienza. Nella misura in cui il corpo vivo della persona malata è situato in una trama di relazioni e di ambiti, questi condizionano l'esperienza e influenzano i modi peculiari in cui una malattia viene vissuta, sebbene la malattia del paradigma medico sembri restare "identica" a se stessa: ad esempio soffrire di bassa pressione arteriosa in un ambiente caldo non è lo stesso che soffrirne in un ambiente freddo o refrigerato, perché in un caso il contesto si rivela un aggravante, una fatica per la persona, che sente di avere poche energie nel condurre la propria vita; nell'altro caso, un contesto rinfrescato potrebbe costituire un potenziale beneficio (*contesto ambientale*)⁶⁵.

Oppure, l'esperienza dell'urgenza di rimuovere un tumore potrebbe non essere la stessa per un paziente che vive in un paese con un sistema sanitario pubblico rispetto a un paese in cui la sanità è privata e dove sarebbe costretto a sostenere direttamente il costo dell'intervento: nel primo caso potrebbe subito procedere a rimuoverlo, vivendo quell'esperienza come qualcosa di sgradevole ma accidentale e momentanea; nel secondo potrebbe essere costretto a compiere una scelta tra pagare l'intervento o la cena da mettere in tavola per la propria famiglia, o magari dover convivere col tumore fin quando non troverà i soldi necessari per sostenere l'operazione,

⁶⁴ V. Costa, L. Cesana, *Fenomenologia della cura medica*, cit., p. 33.

⁶⁵ In particolar modo, se ci si concentra nell'analisi dei contesti ambientali ed ecologici, è oramai acclarato come questi influiscano non solo sull'esperienza di malattia ma anche nella malattia intesa in senso stretto e biomedico. A questo proposito, in un'appassionata ricostruzione storica che da Ippocrate arriva a i nostri giorni, per un approfondimento si rimanda al capitolo dedicato a "Ecologia e Medicina" di Cosmacini, nel quale afferma: «L'ambiente esterno, dunque, è stato per secoli considerato essenziale per concepire salute e malattia non come realtà "ontologiche", ma come manifestazioni "fenomenologiche" della buona o della cattiva qualità della vita. Tale qualità, oggi, viene intesa come se sia dovuta all'influenza dell'ambiente di appartenenza non meno che del patrimonio genetico. Il che trova riscontro nella nota equazione: fenotipo = genotipo + ambiente» (G. Cosmacini, *La medicina non è una scienza. Breve storia delle sue scienze di base*, Raffaello Cortina, Milano 2008, p. 70).

così che la presenza di quel corpo estraneo viene a riverberarsi e a “trascinarsi” in modo particolare e inedito nell’esperienza quotidiana (*contesto politico*).

O ancora, soffrire di epilessia può non avere la stessa rilevanza in un contesto sociale che la considera una malattia neurologica, rispetto ad un altro che la considera una forma di possessione sovranaturale⁶⁶: in un caso la persona potrebbe essere ben propensa ad affidarsi alle cure di uno specialista, perché in fondo percepisce quella condizione come un qualcosa a cui poter porre rimedio tramite una figura sanitaria; nell’altro potrebbe esitare a cercare aiuto per non essere mal vista, per non essere considerata un’indemoniata o, al contrario, per non perdere lo *status* di persona “eletta spiritualmente” ad accogliere un certo messaggio sovranaturale (*contesto sociale*). In tal senso ha ragione Carel nel credere che «la presenza della malattia [...] è problematica in due modi: riduce radicalmente la nostra capacità di controllare ciò che gli altri pensano di noi e pone la relazione, almeno inizialmente, nell’ombra della malattia»⁶⁷.

Così, pure Tesio evidenzia che nella caratterizzazione delle malattie

anche fattori “esterni” esclusivamente sociali sono all’opera. [...] Ogni società contribuisce a modellare culturalmente e socialmente il suo menù di patologie per le quali diviene difficile invocare un determinismo analogo a quello dei terremoti o delle glaciazioni. Nella storia della medicina, fin dai tempi non così remoti di un’ingenua attribuzione delle malattie a congiunzioni astrali, il ruolo degli ambienti di vita e di lavoro, in una parola il ruolo del mondo “esterno”, non ha mai cessato di dare sostegno ad una visione alternativa a quella tutta “interna” della patologia.⁶⁸

Questi sono esempi che, in prima battuta e in modo generale, mostrano quanto *l’esperienza di malattia viva dell’influenza di ulteriori fattori che eccedono la componente organica e al contempo la implicano in un’interazione reciproca tra organismo e mondo della vita*. Il corpo costituisce non semplicemente un sostrato biologico, ma il punto di raccordo in cui l’interazione col mondo si incarna e diviene esperienza vissuta.

L’esperienza di malattia rappresenta, per questi motivi, un’entità prismatica, non riducibile alla descrizione fisiologica di un malfunzionamento. Può essere approcciata e analizzata secondo differenti prospettive che talvolta si sovrappongono e aggrovigliano, sebbene nel corpo malato sembrino “addensarsi” nella forma di una natura oggettiva o in un “oggetto naturale”, come potrebbe essere un cancro. Per indicare le diverse prospettive possibili e le differenti

⁶⁶ A questo proposito, si pensi ad un’indagine condotta in Italia e tesa a indagare le considerazioni comuni attorno al fenomeno dell’epilessia. L’indagine ha rilevato che per il 56.1% degli intervistati l’epilessia è una malattia psicologica o psichiatrica, per il 36.5% una forma di pazzia e per il 4.1% una forma di possessione demoniaca. Cfr. O. Mecarelli, G. Capovilla, A. Romeo, G. Rubboli, P. Tinuper, E. Beghi, *Past and present public knowledge and attitudes toward epilepsy in Italy*, in «Epilepsy & Behavior», 18 (2010), pp. 110-115.

⁶⁷ H. Carel, *Malattia. Il grido della carne*, trad. it. Ariele, Milano 2013, pp. 60-61.

⁶⁸ L. Tesio, *I bravi e i buoni*, cit., p. 75.

connotazioni di malattia, la letteratura chiama in causa solitamente quei termini inglesi che, pur potendo essere tradotti tutti con *malattia*, rimandano a significati eterogenei e si fanno carico del profilo multidimensionale che caratterizza la malattia stessa.

Ad esempio, il termine *disease* indica la malattia intesa come un'alterazione fisiologica o organica, un ente indagabile tramite le conoscenze e gli strumenti tecnologici di cui la scienza medica dispone. Il termine può essere tradotto con *patologia, morbo, sindrome* costituendo, di volta in volta, «un'etichetta nosologica nei saperi della medicina occidentale in base a segni e sintomi interpretati da un punto di vista esterno al corpo del sofferente»⁶⁹. Questo è il senso di *malattia* per come l'abbiamo descritto nella prima accezione e che risponde perfettamente al paradigma biomedico della medicina basata sulle evidenze.

Diverso è il caso della *illness* che indica, invece, la dimensione vissuta della malattia per come essa viene percepita dalla persona sotto il profilo del vissuto emotivo, percettivo-coscienziale, del sentire corporeo, compresi il senso e il significato che il paziente gli attribuisce; altrettanto indica la considerazione delle implicazioni pratiche che la comparsa di una malattia hanno sulla vita della persona malata, come il non riuscire a svolgere un certo compito o a realizzare un certo desiderio. Si potrebbe tradurre con *malessere, malore, affezione* ed è in questo senso che «la malattia viene vista non solo come fonte di sofferenza ma anche come momento di smarrimento “ontologico”, in cui la perdita di salute corrisponde a una scomparsa del senso della propria esistenza»⁷⁰. Dentro questa diversa accezione possiamo parlare, e scavare il significato, di *esperienza di malattia* o dei modi in cui una malattia viene vissuta⁷¹.

Ma non solo. Se il primo significato sembra rimandare ad una dimensione oggettiva e il secondo ad una dimensione soggettiva, occorre anche sempre tener conto delle interpretazioni e delle considerazioni sociali, religiose, culturali e politiche che incidono nell'identificazione

⁶⁹ G. Piza, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma 2005, p. 84

⁷⁰ F. Trentanove, *Disease, illness, sickness*, in M. Marinelli (ed.) *Dizionario di Medicina Narrativa. Parole e pratiche*, Morcelliana, Brescia 2022, p. 128.

⁷¹ Cassel riflette su questa differenza terminologica e la interpreta anche rispetto al caso della cronicità, affermando: «La *disease* cronica e la *illness* cronica si distinguono l'una dall'altra. Le *diseases*, per la nostra discussione, sono specifiche entità caratterizzate da disturbi nella struttura o nella funzione di qualche parte, organo o sistema del corpo. Le *illnesses*, invece, affliggono l'interezza delle persone e sono l'insieme di funzioni disturbate, sensazioni corporee e sentimenti tramite cui le persone sanno di non stare bene. Le *diseases* devono essere intese come nomi di categorie che includono solo uno della serie di eventi che costituiscono la malattia cronica. La *disease*, per come è definita dalla medicina scientifica, è quella dimensione del processo che ha luogo all'interno di parti del corpo (organi o molecole). Mentre le *diseases*, così come sono state concepite classicamente, sono limitate al corpo e alle sue parti, la *illness* di una persona può essere accompagnata da un disturbo nel sistema esteso di quella persona – per esempio, i colleghi, la famiglia o anche la comunità» (E. J. Cassel, *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*, Oxford University Press, Oxford 2004, p. 47. [trad. nostra]).

pubblica, nel trattamento di una malattia e quindi anche nella modalità propria secondo cui può essere vissuta dal paziente.

Si parla propriamente di *sickness* per indicare il modo in cui la malattia viene connotata da parte di una società, che si forma una particolare percezione pubblica della persona malata. Ogni cultura può offrire un'immagine differente di una certa malattia, oppure può inscrivere all'interno di una propria gestione politico-sanitaria che altrettanto muta da contesto a contesto, da società a società. Ecco perché, come sostiene Trentanove, la considerazione sociale della malattia rappresenta «un momento socialmente e simbolicamente connotato in cui [...] la persona malata e il sistema di cura vengono collocati all'interno di un ampio macrocontesto in cui entrano in campo diverse forze sociali (economiche, politiche, istituzionali) che plasmano l'esperienza stessa di malattia e di cura»⁷².

Si può parlare in tal modo anche di *immaginario di sickness* per intendere l'insieme delle credenze, dei giudizi pubblici o delle rappresentazioni mediatiche che vengono veicolate di una patologia, come anche le forme pubblicitarie per la sua prevenzione o cura. Tutti questi fattori non restano estranei al malato, ma vanno, ancora una volta, a caratterizzare la percezione della propria condizione, del proprio *status* sociale di essere una “persona malata” e così la propria esperienza⁷³.

D'altra parte è bene evidenziare anche come queste differenti semantiche, mutuata dalla lingua inglese, non indichino una ipotetica tricotomia, o una tripartizione ontologica della malattia, ma diverse prospettive dalle quali approcciare il tema. Insomma, pur avendo tre specifiche semantiche, come tre modalità di “accesso” alla malattia, queste si riferiscono ad un unico referente laddove la distinzione terminologica non corrisponde ad una effettiva scissione del fenomeno nella vita vissuta del paziente, ma alle combinazioni possibili di accenti che si scontrano o incontrano, si stratificano o si mescolano.

Con Maturo⁷⁴, infatti, scopriamo che esistono sempre dimensioni plurime in relazione alla peculiarità delle malattie, o agli “incastrati” possibili tra la percezione medica, la percezione sociale e la percezione soggettiva del paziente, il quale “concentra” in sé anche le altre dimensioni, in modo tale da poter avere i seguenti casi:

⁷² F. Trentanove, *Disease, illness, sickness*, cit., p. 129.

⁷³ A tal proposito, anche Carel afferma: «Il modo in cui la persona malata viene percepita dagli estranei, dagli amici e dai conoscenti darà forma alla sua esperienza di malattia. La stigmatizzazione può essere incredibilmente costosa per l'individuo stigmatizzato in termini di relazioni sociali, ma anche di prospettive di lavoro, reddito e reti di sostegno» (H. Carel, *Phenomenology of Illness*, Oxford University Press, Oxford 2016, p. 75 [trad. nostra]).

⁷⁴ Cfr. A. Maturo, *Sociologia della malattia*, Franco Angeli, Milano 2007.

- a) *Disease* e *sickness*, senza *illness*: è il caso in cui una malattia viene riconosciuta tale sia dalla medicina, sia dalla società di appartenenza, ma resta asintomatica e non percepita dalla persona che ne è affetta: ad esempio in caso di valori anomali nelle analisi sanguinee o la scoperta improvvisa di un tumore;
- b) *Disease* e *illness*, senza *sickness*: la malattia è riconosciuta sia dalla nosologia medica sia dalla persona malata, ma non è considerata come tale dalla società di appartenenza, per esempio nel caso di raffreddori lievi o denti cariati;
- c) *Illness* e *sickness*, senza *disease*: è il caso in cui la persona prova malessere e la società dimostra attenzione, comprensione o considerazione pubblica di questo stato, ma la medicina si ritrova nell'incapacità di accreditare o certificare scientificamente la sua natura, come nel mal di testa o nel colpo di frusta;
- d) *Disease* senza *illness* e senza *sickness*: una qualsiasi malattia che comporta una mutazione fisiologica ma che non viene esperita dalla persona malata, né considerata tale socialmente e perciò non implicherebbe nemmeno un mutamento di *status* sociale derivante da quella malattia⁷⁵.
- e) *Illness* senza *disease* e senza *sickness*: non viene riconosciuta né dalla medicina né dalla società sebbene rappresenti per la persona una condizione invalidante e di malessere, come in molti casi di disagio psicologico, di ansia o in cui si prova senso di insoddisfazione o incompetenza;
- f) *Sickness* senza *disease* e *illness*: casi in cui pur non essendoci un'evidenza scientifica né una percezione di malessere o disagio da parte della persona, la malattia è il frutto di una costruzione prettamente sociale e culturale, con possibili conseguenze anche politiche, come ad esempio è accaduto per l'omosessualità⁷⁶ (in alcune società ancora oggi è considerata un reato), oppure per la masturbazione, nel corso delle differenti epoche storiche.

⁷⁵ Sebbene Maturò non faccia un esempio, possiamo qui pensare al caso del *situs inversus*, una condizione congenita dove gli organi della persona sono invertiti in modo speculare rispetto alla loro posizione usuale (così da avere il fegato a sinistra, la milza a destra e una cosiddetta dextrocardia). Se non si presentano casi di cardiopatie congenite, questi soggetti sono fenotipicamente sani e possono condurre uno stile di vita del tutto normale.

⁷⁶ Si ricordi che la depatologizzazione dell'omosessualità come malattia mentale dal DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) è stata fortemente voluta dal movimento di liberazione sessuale unitamente all'*American Psychiatric Association* dal 1973 – era stata inserita nel 1952 – ma la effettiva derubricazione è avvenuta solo nel 1990, e così rimossa dal IV volume del DSM che sarebbe entrato in vigore nel 1994. Nel corso degli anni la sua patologizzazione ha subito differenti connotazioni che l'hanno vista, in un primo momento, come una forma di “disturbo socio-patico di personalità”, poi una forma di “deviazione sessuale” equiparabile alla pedofilia, alla necrofilia o al feticismo e infine un disturbo psichiatrico conseguente ad una mancata o distorta accettazione di sé.

Questi esempi mostrano non solo quanto l'esperienza di malattia possa venire connotata da molteplici fattori, ma anche quanto lo stesso fenomeno "malattia" riveli, al proprio interno, dimensioni plurime, tali da renderlo una realtà "policroma". Si tratta insomma di un'esperienza che nel corpo si concentra, e attraverso esso si esprime, ma che non origina soltanto da quest'ultimo ma dall'incontro continuo e dalla relazione costitutiva tra il corpo vivo e il corpo del mondo, in quanto «la vita del corpo non è qualcosa che accade all'interno di un perimetro, ma [è] il punto di incontro con il mondo, un chiasma originario»⁷⁷; anzi, «*la vita del corpo è questa unità col mondo*, poiché è questo scambio chiasmatico col mondo a renderlo vivo e senza questa relazione originaria cessa di essere corpo vivo»⁷⁸.

Ma, soprattutto, questi esempi sollecitano a ripensare più specificatamente l'esperienza di malattia dal punto di vista del corpo vivo, a rintracciarne qui le caratteristiche peculiari e ripercorrere quel profilo chiasmatico tra il corpo vivo e il mondo. Se l'esperienza di malattia (*illness*) non corrisponde alla malattia (*disease*), almeno per come essa viene comunemente intesa nell'approccio biomedico-scientifico, allora si tratta di andare oltre questa prospettiva e approfondire quell'esperienza: come si offre e si incarna nel corpo vivo, su quali basi si struttura, così da delineare, infine, anche una differente comprensione e definizione della malattia stessa.

4. *L'esperienza di malattia "prende corpo"*

Quando si abbandona l'idea del corpo come "corpo macchina", di un corpo inteso come aggregato di parti, e lo si intende come corpo vivo, allora si possono cogliere le caratteristiche e le dimensioni della corporeità umana, di fronte alle quali, altrimenti, si rimarrebbe ciechi. Rintracciare queste caratteristiche è rilevante in quanto, se da una parte restituiscono un'immagine molto più aderente all'esperienza – e quindi permettono di ripensare anche l'approccio clinico che non guarda semplicemente a una macchina di organi –, dall'altra sono proprio ciò che si altera nel caso di una malattia, oppure ciò che viene rimodulato a seconda del particolare tipo di condizione patologica e va poi a costituire l'esperienza di malattia.

La riflessione fenomenologica inaugurata da Husserl e proseguita nelle originali interpretazioni di Merleau-Ponty offre un'utile distinzione preliminare grazie alla quale indagare l'esperienza di malattia. Con la fenomenologia occorre distinguere, anzitutto, tra il

⁷⁷ V. Costa, L. Cesana, *Fenomenologia della cura medica*, cit., p. 33.

⁷⁸ *Ibidem*.

corpo proprio, ovvero il corpo in quanto sperimentato dalla persona quotidianamente, che viene vissuto già in modo pre-riflessivo, senza una concettualizzazione o una tematizzazione da parte del soggetto, e il *corpo oggettivo* che viene invece appreso a livello riflessivo, può essere tematizzato come un'entità materiale tra le tante altre cose del mondo, percepito e considerato alla stregua di un oggetto⁷⁹. Grazie alla riflessione husserliana possiamo parlare, da una parte, del *Körper* (*corpo oggettivo*) che tutti gli esseri condividono, pur nelle differenze specifiche che caratterizzano ciascun corpo; il corpo *che si ha*, che occupa uno spazio, ha un'estensione e un insieme di proprietà misurabili quantitativamente, come il peso e l'altezza, che si dà come un sostrato biologico, anatomico e fisiologico. Questa modalità di apprensione può farlo intendere come qualcosa di estraneo o alieno anche in rapporto a se stessi: come quando ci si guarda allo specchio e non ci si riconosce, oppure quando lo si "maneggia" in modo impersonale (si preme la carne, si scruta un angolo della schiena mai troppo considerato, si afferra la pelle cadente pensandola quasi come un eccesso di stoffa, ecc.) e sembra essere quasi il corpo di un'altra persona. Per dirlo con Proust, citato in esergo a questo capitolo, «è nella malattia che ci rendiamo conto che non viviamo soli ma incatenati a un essere d'un altro regno, dal quale ci separano degli abissi, che non ci conosce e dal quale è impossibile farci comprendere: il nostro corpo»⁸⁰. E proprio perché lo cogliamo come il "nostro" corpo quasi ci sembra una cosa estranea, eppure a noi vicina.

Dall'altra, possiamo parlare di *Leib* (*corpo vissuto o corpo proprio*): un corpo incarnato, esperito nella sua interezza, non nelle singole parti che lo compongono, ma che anzi viene già da sempre sperimentato nella sintesi di un'unità che vive, si anima, si muove, prova sensazioni, incarna delle percezioni *nel* mondo, *del* mondo e *col* mondo⁸¹. Dal punto di vista del corpo vissuto nessuno può propriamente dire di *avere* un corpo, né tanto meno di *possedere* o *dominare* un corpo, perché ciascuno è *il proprio corpo* in una maniera tale da non percepire distinzione alcuna tra il corpo e se stessi.

Se al livello del *Körper* possiamo pensare al nostro corpo come un oggetto tra altri, manipolabile e afferrabile alla stregua di una qualsiasi altra cosa, a livello del *Leib* possiamo

⁷⁹ La celebre distinzione operata dalla fenomenologia trova in Husserl e in Merleau-Ponty terminologie differenti sul piano del lessico, ma non sostanzialmente diverse su quello concettuale: ciò che per Husserl sarà il *Körper* e il *Leib*, in Merleau-Ponty sarà il *corps objectif* e il *corps propre* o *corps vécu*.

⁸⁰ M. Prosut, *Le côté des Guermantes (I Guermantes)*, in *Alla ricerca del tempo perduto*, trad. it. Newton Compton Editori, Roma 2011, p.1387.

⁸¹ Così Husserl lo presenta: «Tra i corpi propriamente intesi di questa natura trovo poi, in quanto dotato di una salienza peculiare, il mio corpo vivo in quanto esso è l'unico a non essere mero corpo-oggetto ma appunto corpo vivo, l'unico oggetto all'interno del mio strato astrattivo del mondo al quale io ascrivo esperienzialmente campi di sensazioni, seppure in diversi modi di appartenenza (il campo delle sensazioni tattili, il campo del caldo-freddo ecc.), l'unico corpo "in" cui io "regno e comando" direttamente» (E. Husserl, V Meditazione §44, *Le conferenze di Parigi. Meditazioni Cartesiane*, trad. it. Bompiani, Milano 2020, p. 285).

invece percepirci come un soggetto intenzionale, coscienza incarnata o corpo coscienziale, che agisce e si riconosce in quanto soggetto, proprio perché *io sono il corpo che ho*.

Ovviamente questa distinzione non corrisponde a un dualismo ontologico, né contrappone due diverse istanze, ma si riferisce alla diffrazione di uno stesso fenomeno, di uno stesso “movimento” incarnato, un’unità duale che «non è suggellata da un decreto arbitrario tra due termini esteriori, uno oggetto, l’altro soggetto. [Poichè] In ogni istante essa si compie nel movimento dell’esistenza»⁸². Esiste tuttavia una differenza nel modo in cui si esperisce il proprio corpo: quando lo si tematizza in quanto corpo-cosa, può divenire un’esperienza estraniante, come un oggetto “afferrabile” e soggetto agli accadimenti del mondo; se *vivo il mio corpo vivo* lo colgo come ciò che sono e tramite cui mi percepisco soggetto di intenzioni e desideri: non semplicemente soggetto passivo *al* mondo, ma contemporaneamente soggetto attivo e passivo *nel* mondo.

Quando penso o sento il mio corpo come un oggetto, è allora che inizio a considerarlo come l’apparato delle mie funzioni, oppure come una “cosa” che sta al di là della mia soggettività, come se non la riguardasse fino in fondo. In questo senso, riprendendo l’analisi merleau-pontiana, hanno ragione Costa e Cesena nel sottolineare che

Potremmo, in effetti, dire che l’esperienza del corpo è essenzialmente duale, poiché da un lato è corpo tra corpi, un oggetto che dobbiamo imparare a manipolare, dall’altro è il nostro corpo vivo. Da una parte il nostro Io vive nel corpo, è un sé corporeo, dall’altro questo corpo vivo è intrecciato con un corpo fisico che gli può “stare di traverso”, sicché è attraverso il corpo da un lato che ci soggettivizziamo, ma dall’altro ci oggettivizziamo.⁸³

L’esperienza del corpo che si percepisce come oggetto non è tuttavia qualcosa di anomalo, né diviene tale solo nell’esperienza di malattia o attraverso gli occhi di un medico che lo approccia per indagarlo. Può emergere anche in situazioni accidentali o banali, come quando si batte il ginocchio in un angolo, l’alluce urta uno spigolo, quando la fame morde lo stomaco oppure quando, stanchi morti, ci si trascina di peso a letto “come un corpo morto”⁸⁴.

Peraltro nell’esperienza quotidiana e irreflessa del corpo vissuto, il corpo non è solitamente oggetto di attenzione, ma ciò che è perennemente dimenticato e superato, in quanto si dirige a realizzare progetti e idee senza una propria e preliminare autoconsiderazione. Si ritrova a

⁸² M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, cit., p. 138.

⁸³ V. Costa, L. Cesana, *Fenomenologia della cura medica*, cit., p. 116.

⁸⁴ Secondo Gallagher, a questo proposito, il corpo viene tematizzato e considerato dalla coscienza in quanto tale quando si perdono o mutano drasticamente certi rapporti originari tra l’organismo e l’ambiente, come può avvenire in certe situazioni limite quali il dolore fisico, la malattia oppure la danza, la pratica sportiva o nell’eccitazione sessuale. Cfr. S. Gallagher, *Lived body and environment*, «Research in Phenomenology», 16 (1986), pp. 139-170, presente anche in D. Moran, L. Embree (eds.), *Phenomenology: Critical Concepts in Philosophy Vol II*, Routledge, London 2004.

compiere azioni non divenendo mai una presenza per sé o strumentale, né, per così dire, il “mezzo cosciente” tramite il quale realizzarle, perché «mentre il corpo vissuto è presente in ogni azione, esso è “invisibile”»⁸⁵; non è una certa determinata “coscienza del corpo”, ma è dato in maniera immediata e fluida.

Un po' come quando si scrive una lettera, dove la nostra attenzione non è rivolta alla mano, al suo ondeggiare grafico, alla sua capacità di spostarsi nello spazio della pagina o di eseguire un “comando” di scrittura che si riferisce ad un contenuto di significato: più semplicemente *scriviamo*, stiamo nell'intenzione di scrivere, divenendo un tutt'uno con la mano. La nostra attenzione è interamente rivolta e assorbita nel compito da svolgere, dove il corpo non si pensa e la mano non vede sé stessa⁸⁶.

4.1. Le caratteristiche del corpo vivo

Più specificatamente, ripercorrendo l'argomentazione di Kay Toombs, possiamo dire che esistono caratteristiche peculiari che appartengono al corpo vivo nel momento in cui si muove e si esprime nell'esperienza quotidiana: ovvero nel momento in cui è vissuto nella modalità propria del *Leib*. Caratteristiche che ci interessa approfondire, qui, nella misura in cui sono proprio queste che, alterandosi o modulandosi diversamente, costituiscono delle nuove condizioni esistenziali per la persona malata, facendo in tal modo “prendere corpo” ad una particolare esperienza di malattia.

a) Come prima caratteristica del corpo vivo Kay Toombs individua l'*essere nel mondo*, per sottolineare il fatto che il corpo non si dà mai in modo decontestualizzato, desituato o sganciato dai rimandi di senso propri del contesto in cui abita, perché già sempre allocato all'interno di questi, che emergono dal mondo della vita: un corpo impegnato, sollecitato e attratto che, a propria volta, si impegna, sollecita e attrae con la propria presenza.

⁸⁵ S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*, Springer, Dordrecht 1992, p. 52 [trad. nostra].

⁸⁶ L'esempio della mano scrivente è presente a diverso titolo in molti autori, come in Merleau-Ponty, Kay Toombs, Carel, Costa-Cesana, e tra gli altri Sarte, il quale afferma: «io non colgo la *mia* mano nell'atto di scrivere, ma solamente la penna che scrive; ciò significa che io utilizzo la penna per tracciare delle lettere, ma non la *mia mano* per tenere la penna. In rapporto alla *mia* mano, non sono nello stesso atteggiamento utilizzante in cui sono in rapporto alla penna; io *sono* la *mia* mano. Cioè essa è il termine dei rimandi e il loro sbocco» (J.P. Sarte, *L'essere e il nulla*, trad. it. Il saggiatore, Milano 2008, p. 381, corsivi dell'autore).

Poiché già iscritto in una trama di significati pratici, la percezione propria del corpo vivo gioca un ruolo particolare, da non intendere come un'annotazione della mente rispetto al sentire corporeo, né come un mero meccanismo fisiologico o un'impersonale trasmissione di informazioni che dal mondo sensibile passa ai sensi e arriva alla coscienza: «il soggetto della sensazione non è un pensatore che annota una qualità, né un ambito inerte che sarebbe colpito o modificato da essa, bensì una potenza co-nasce a un certo contesto d'esistenza o si sincronizza con esso»⁸⁷. La percezione è già una certa forma di intelligenza sensibile che afferisce al mondo: «la funzione del corpo vissuto può essere compresa solo nella misura in cui il corpo vissuto è essere-nel-mondo»⁸⁸.

Infatti, come afferma Kay Toombs:

É la presenza globale della situazione che dà significato agli stimoli sensoriali [...] la percezione non può essere separata dalla situazione concreta di chi percepisce. Ogni qualità sensibile non solo esiste all'interno di un ambiente specifico (*milieu*), ma è determinata e definita rispetto al "compito da svolgere". Di conseguenza, gli atti corporei devono essere intesi in termini di atti che si svolgono all'interno di una certa situazione avente un certo significato pratico per il soggetto incarnato.⁸⁹

Significati pratici che il mondo esprime e che il nostro *essere nel mondo* ci permette di cogliere tramite la percezione che si orienta e dirige verso questi in quanto «ogni percezione [...] è un sistema di rimandi con un nucleo fenomenico nel quale quei rimandi trovano il loro sostegno»⁹⁰. Il corpo vivo mostra, così, non solo di inserirsi nel mondo, ma di inerire ad esso grazie ai contesti concreti nei quali trova, per così dire, un'attinenza pertinente.

Si può evidenziare, in tal senso, anche una stretta contiguità tra il nostro *essere nel mondo* e *l'essere proprio del mondo*, che non vuol dire non concepire differenza alcuna tra ciò che noi siamo e ciò che il mondo è, ma significa essere consapevoli che se il nostro corpo coglie certi rimandi è perché questi sembrano farsi cogliere in un certo modo, rivolgersi e venire a noi in modo accessibile. Il corpo vivo li *com-prende* poiché il mondo stesso sembra coerentemente renderli *com-prensibili*, in un modo tale che tra la carne del corpo e la "carne del mondo" pare esserci un certo grado di reciprocità o di comunanza⁹¹. O meglio, per dirlo con Merleau-Ponty – al quale si deve l'immagine della *carne del mondo* –, poiché l'essere umano «accede alla

⁸⁷ M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, cit., p. 288.

⁸⁸ S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness*, cit., p. 53 [trad. nostra].

⁸⁹ Ibidem [trad. nostra].

⁹⁰ E. Husserl, *Lezioni sulla sintesi passiva*, trad. it. La scuola, Brescia 2016, p. 77.

⁹¹ Come afferma Luca Vanzago, che ripercorre il concetto di carne in Merleau-Ponty: «La carne, quella del corpo e quella del mondo, che sono sempre reciprocamente interconnesse come i due lati di un foglio, inseparabili e insieme irriducibili, va quindi compresa non solo come somma di enti solidi e identificati, ma anche se non soprattutto come struttura connettiva tra essi, processo di relazioni e di separazioni, sistema di differenze, iati e lacune che viene sistematicamente scavato e colmato, poiché mentre se ne apre uno contemporaneamente altri vengono saldati, in quanto il nesso corpo-mondo (inteso anche come insieme intercorporeo) circonda [...] l'intera esperienza» (L. Vanzago, *Merleau-Ponty*, Carocci, Roma 2017, p. 246).

verità delle cose solo perché il suo corpo è come conficcato in esse»⁹², allora «si potrebbe dire inversamente: è altrettanto il nostro corpo a essere fatto della medesima stoffa sensibile del mondo»⁹³. Il corpo vivo non scopre analiticamente all'esterno dei significati che, successivamente, interpreta come “pratici” o “utili”, ma vivendo ri-trova nel mondo *qualcosa* a cui inerisce in modo significativo e di cui, in una certa misura, è parte.

Anche Georg Northoff, partendo dall'analisi delle componenti neurologiche che sottostanno alla struttura cerebrale, nelle sue ricerche evidenzia la reciproca interrelazione tra cervello e ambiente nel momento in cui un certo dato viene colto dalla percezione sensibile secondo una dinamica interagente. Una relazione costitutiva che rappresenta una condizione necessaria per l'elaborazione degli stimoli sensoriali.

Infatti, secondo Northoff:

Questo è semplicemente il modo in cui il cervello è costruito: non ci consente di elaborare gli stimoli interocettivi provenienti dal corpo in modo indipendente rispetto agli stimoli esteroceettivi provenienti dall'ambiente. E viceversa: il nostro cervello non può elaborare gli stimoli provenienti dall'ambiente senza considerare gli stimoli interocettivi provenienti dai nostri corpi. Tutto ciò che il cervello può fare è processare entrambi gli equilibri, sia intero- che esteroceettivi, che, nella nostra consapevolezza, si manifestano come l'equilibrio tra corpo e ambiente.⁹⁴

b) Come seconda caratteristica del corpo vivo Kay Toombs individua l'*intenzionalità corporea*: intendendo la facoltà del corpo di dirigersi verso certi scopi, gettarsi verso le possibilità presenti nel mondo o suggerite da esso. Ad esempio, gli oggetti sono percepiti come afferrabili, manipolabili, utilizzabili e «le parti del corpo possono essere intese come “fili intenzionali” che si collegano agli oggetti (il mondo) che lo circondano»⁹⁵ per prenderli, farne qualcosa, sfruttarli o abbandonarli⁹⁶.

Le forbici si offrono come il mezzo col quale tagliare, l'argilla come ciò che aspetta di essere modellata e la sedia come il piano d'appoggio su cui riposarsi. Anche in questo caso, la

⁹² M. Merleau-Ponty, *Conversazioni*, trad. it. SE, Milano 2002, p. 29.

⁹³ Id., *È possibile oggi la filosofia? Lezioni al Collège de France 1958-1959 e 1960-1961*, a cura di M. Carbone, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2003, p. 200.

⁹⁴ G. Northoff, *La neurofilosofia e la mente sana. Imparare dal cervello malato*, trad. it. a cura di Andrea Scalabrini, Raffaello Cortina, Milano 2019, pp. 114-115.

⁹⁵ S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness*, cit., pp. 53-54 [trad. nostra].

⁹⁶ In particolare, Heidegger ha insistito sulla correlazione tra la mano e l'*essere nel mondo* attraverso il concetto di *Zuhandenheit* che attribuisce alla mano non solo una capacità prensile, ma un ruolo di mediazione con il mondo e di espressione cognitiva. Nella mano sembra concentrarsi una realtà espressiva del pensiero tramite la quale il mondo diviene manipolabile, comprensibile e, in un senso non troppo lato, “a portata di mano”. Afferma Heidegger: «l'opera della mano è più ricca di quanto non siamo disposti a credere usualmente. La mano non soltanto afferra e prende, non soltanto prende e urta. La mano porge e riceve, e non soltanto le cose, ma anche porge se stessa e riceve se stessa nell'altra mano. La mano trattiene. La mano traccia dei segni, perché probabilmente l'uomo è un segno [...] Ogni movimento della mano in ciascuna delle sue opere si compie attraverso l'elemento del pensiero, in esso si mostra come gesto» (M. Heidegger, *Che cosa significa pensare. Chi è lo Zarathustra di Nietzsche*, trad. it. Sugarco, Milano 1978, p. 109).

percezione rappresenta una dimensione imprescindibile nella costituzione dell'intenzionalità o nella capacità di direzionarsi verso l'oggetto come ciò su cui "agganciarsi". Così come Husserl aveva già evidenziato che «la percezione è un vissuto intenzionale e ha immanentemente, in se stessa, un oggetto intenzionale in quanto senso da essa inscindibile»⁹⁷, Kay Toombs declina tale approccio osservando che «la percezione rivela gli oggetti come "inviti" alle possibili azioni del mio corpo su di essi [...] Di conseguenza, ogni oggetto percepito è inseparabilmente connesso al mio corpo, poiché il mio corpo è il luogo di tutte le intenzioni [...] La coscienza incarnata non è quindi, in primo luogo, una questione di "penso", ma di "posso"»⁹⁸.

Per tornare all'esempio della penna richiamato sopra, Kay Toombs afferma pure che «nell'azione della mano che prende la penna è contenuto un riferimento all'oggetto, non come oggetto rappresentato, ma come cosa altamente specifica a cui miro "per" compiere un'azione. Ogni formula di movimento si presenta al corpo come una possibilità pratica, una sfera di azione»⁹⁹. Il corpo vivo è in tal senso un'*intenzionalità corporea* in movimento che costantemente si dirige a realizzare ciò lo sollecita e attrarre, lo stimola e lo richiama; oppure ad arretrare da ciò che gli ripugna, lo respinge o lo rifiuta, come magari potrebbe essere una penna per scrivere cosparsa di schegge di vetro.

Inoltre, come accennato sopra, nella misura in cui tra corpo e mente esiste un legame costitutivo, una diffrazione duale ma non dualista poiché riferibile a una medesima unità, allora come crede Carel, «si può dire che l'intenzionalità corporea è analoga all'intenzionalità mentale»¹⁰⁰; oppure si può dire che nell'orientarsi dell'intenzionalità, che certo si esprime attraverso un'animazione corporea, un gesto della mano o con un'intenzione di parola – che pure può essere considerata come un'espressione vocale del corpo – non è tuttavia il solo corpo ad attivarsi, bensì è la persona umana nel suo complesso di coscienza-incarnata che intenziona il mondo attraverso un certo movimento corporeo¹⁰¹.

⁹⁷ E. Husserl, *Lezioni sulla sintesi passiva*, cit., p. 72.

⁹⁸ S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness*, cit., p. 54 [trad. nostra].

⁹⁹ Ibidem [trad. nostra].

¹⁰⁰ Carel continua: «alcuni filosofi sostengono che l'intenzionalità corporea è il fondamento di quella mentale. Affermano che non ci può essere intenzionalità mentale senza orientamento corporeo in un mondo: l'intenzionalità mentale è sempre sostenuta dall'intenzionalità corporea. Quali sono le implicazioni di questa intenzionalità corporea? Questo concetto contribuisce a farci vedere il corpo come un'entità intelligente, che pianifica e tende a degli scopi. Il corpo non è una struttura materiale passiva in attesa di comandi mentali, ma è attivamente impegnato in un'intelligente interazione con l'ambiente. Il corpo *sa* come fare molte cose, come compiere azioni precise e complesse, come raggiungere una quantità di scopi, dal pattinare sul ghiaccio a guidare l'automobile. Il corpo esegue azioni che non sono semplicemente movimenti fisici casuali, ma intenzionali, pianificati, volti a uno scopo» (H. Carel, *Malattia. Il grido della carne*, cit., p. 26-27).

¹⁰¹ Esistono pazienti allettati che hanno una mobilità talmente ridotta da rendere difficoltosa la comprensione delle loro intenzioni da parte dei caregivers, soprattutto quando questa non è sostenuta e accompagnata da un'espressione verbale. Se tuttavia non ci si trova di fronte a casi di stati vegetativi radicali, a volte anche un semplice movimento degli occhi del paziente può aiutare il caregiver a comprendere quali siano i bisogni: come

c) Ciò si ricollega anche alla terza caratteristica, quella del *significato primario*: proprio come nel bambino, che apprende la conoscenza del mondo prima attraverso le azioni, le emozioni e le esperienze della percezione sensoriale e solo successivamente attraverso il pensiero razionale, altrettanto si dà in generale «un “sapere primario” che è un “sapere” attraverso il corpo»¹⁰²: potremmo dire un sapere corporalmente intuitivo, in cui l’interpretazione o la concettualizzazione (propri del sapere intellettuale) vengono sempre e solo successivamente.

In prima battuta cogliamo spontaneamente un significato primario che scaturisce dalla relazione tra il corpo e il mondo e sembra darsi in modo naturale. Si coglie, come afferma Merleau-Ponty, un certo “significato immanente”, laddove «la nostra percezione mette capo a oggetti e, una volta costituito, l’oggetto appare come la ragione di tutte le esperienze che di esso abbiamo avuto o potremmo avere»¹⁰³.

d) Ulteriore caratteristica del corpo vivo è la capacità di un’*organizzazione contestuale*, ovvero un sistema complesso e interagente, carico di rimandi reciproci, in cui ogni parte non è semplicemente legata al tutto, ma co-organizzata con l’intero complesso corporeo oltretutto con il contesto in cui il corpo si iscrive¹⁰⁴. Ad esempio, nell’atto di alzare il braccio sinistro la mente non dirige l’arto verso una verticalità che resta estranea al resto del corpo, ma il più generale complesso corporeo si attiva per compiere quel gesto: il fianco si anima, la mano si apre mentre si sporge, la spalla sinistra si deprime per facilitare la sua controparte e più in generale *si esprime l’intenzione* di stiracchiarsi il braccio, allungare la schiena o salutare qualcuno dall’altra parte della strada, rivelando quanto quel gesto nasca da un certo contesto e abbia, per così dire, “preso le misure” per realizzarsi come gesto di senso nella situazione. Per dirlo con Merleau-Ponty io «non raggruppo le parti del mio corpo a una a una. Questa traduzione e questo raggruppamento sono fatti una volta per tutte in me: sono il mio corpo stesso»¹⁰⁵. In tal modo, anche Costa e Cesana, reputano che:

Il corpo vivente è dunque una totalità organizzata e intenzionale riferita al mondo, e ciò che esso compie non può essere inteso a partire da strutture parziali, da parti corporee, ma da una struttura

dare un cenno d’occhi alla finestra (per aprirla o chiuderla) o gettare uno sguardo alle diverse parti del corpo (per pulirle, sistemarle, grattarle o averne cura).

¹⁰² S Kay Toombs, *The Meaning of Illness*, cit., p. 54 [trad. nostra].

¹⁰³ M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, cit., p. 113.

¹⁰⁴ Anche Husserl afferma: «Il corpo vivo funge costantemente come organo percettivo ed è quindi in se stesso un intero sistema di organi percettivi sintonizzati l’uno con l’altro. Il corpo è in sé caratterizzato in quanto corpo vivo percettivo» (E. Husserl, *Lezioni sulla sintesi passiva*, cit., p. 86).

¹⁰⁵ M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, cit., p. 214.

regolata, per cui comprendere il vivente non significa analizzare singole parti (la mano, il linguaggio, il pensiero), ma comprendere la loro sequenza regolata e i loro nessi strutturali. [...] sganciare il sistema motorio dai contesti in cui esso si trova ad operare significa recidere il nesso che lega sistema motorio e mondo in quanto sistema di rimandi tra possibilità.¹⁰⁶

Richiamando pure le considerazioni di Zaner su questa co-organizzazione interagente del corpo con se stesso, e del corpo con il mondo in cui opera, Kay Toombs sottolinea che «il corpo, la coscienza e il mondo si uniscono per formare un insieme unico e complesso, una “complexure”¹⁰⁷, le cui “parti” sono a loro volta rigorosamente dei contesti inseparabili, anche se distinguibili»¹⁰⁸.

Ovvero essi vivono di una relazione costitutiva che in una qualsiasi azione dell’essere umano si può riscontrare come manifestazione visibile, che prende tale o tal altra forma concreta rispetto alle circostanze situate, anche se di fatto risale ad un legame d’innervazione molto più primitivo e profondo tra il corpo, la coscienza e il mondo. Il corpo vivo non è solo parte di un’organizzazione, ma esso stesso un insieme organizzato e co-organizzante di altri elementi.

e) Inoltre, come quinta caratteristica troviamo l’*immagine del corpo*. Dato che la corporeità viva è un sistema integrato capace di distribuire le proprie intenzioni tra le diverse, ma interagenti, parti del corpo, nell’esperienza del movimento ciò sembra rendersi possibile grazie ad una certa *immagine* che il corpo ha di sé.

Come quando ci si ritrova ad aggirare un ostacolo, o a piegare il fianco all’ultimo secondo quando si passa velocemente accanto a uno spigolo particolarmente acuminato: «non osservo le relazioni tra le parti del mio corpo come uno spettatore. Piuttosto, so dove si trovano le mie membra attraverso un’“immagine del corpo” in cui tutte sono incluse»¹⁰⁹. Se aggiro l’ostacolo e schivo all’ultimo lo spigolo è perché ho una certa configurazione del mio corpo che mi permette di metterlo in movimento sapendo della sua estensione nei confronti dello spazio entro cui si muove. Meglio ancora: mi permette di *muovermi* nello spazio che occupo e in cui, di volta in volta, vado ad abitare con la mia presenza corporea. Senza vedere o considerare tematicamente ogni singola parte, si è capaci, in una certa misura – anche se non infallibile – di sapere dove si colloca il confine del proprio fianco rispetto al perimetro degli oggetti. Da ciò «ne consegue che l’immagine corporea non è solo un’esperienza del mio corpo, ma

¹⁰⁶ V. Costa, L. Cesana, *Fenomenologia della cura medica*, cit., p. 65-66.

¹⁰⁷ Il termine è un neologismo di Kay Toombs e non può essere facilmente tradotto. Preferiamo mantenere la parola originale.

¹⁰⁸ S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness*, cit., p. 55 [trad. nostra].

¹⁰⁹ Ivi, p. 56 [trad. nostra].

un'esperienza del mio corpo nel mondo»¹¹⁰, perché vivere l'immagine incarnata del proprio corpo non vuol dire solo metterlo in movimento, ma animarlo e “farlo muovere” nella generale esperienza del mondo.

D'altra parte, però, occorre anche notare che, nel concetto di *immagine corporea*, il corpo non resta sempre trasparente, ma accade una certa tematizzazione. Il corpo riflette su sé stesso, emerge dallo sfondo delle nostre intenzioni come un'estensione o un apparato mobile capace di esprimersi e agire: come quando nella danza ci si concentra nell'eseguire un passo in cui l'azione motoria non è completamente automatica, ma parte di un progetto volontario, costruito artificialmente in modo più o meno riflessivo. Il corpo non è completamente dimentico di sé, ma anticipatamente, o in modo concomitante, pensato nella sua esecuzione gestuale. Quando Kay Toombs afferma che «la mia immagine corporea è la consapevolezza totale della mia postura nel mondo intersensoriale»¹¹¹, lascia inoltre anche una certa ambiguità concettuale. Se il corpo vivo è caratterizzato da una certa trasparenza, nella quale il corpo supera se stesso, per definizione esso non potrebbe comprendere una “consapevolezza totale” della postura.

Così è con Gallagher che forse possiamo cogliere meglio il concetto, a partire da una distinzione fondamentale tra *immagine corporea* e *schema corporeo*. Sembra infatti che, per molto tempo e in differenti ambiti disciplinari, questi due concetti siano stati confusi, sovrapposti o considerati alternativamente come sinonimi¹¹², quando in realtà una loro distinzione è necessaria. Per Gallagher: «L'immagine corporea è un contenuto intenzionale della coscienza che consiste in un sistema di percezioni, atteggiamenti e credenze relative al proprio corpo. Uno schema corporeo è un sistema pre-noetico (automatico) di processi che

¹¹⁰ Ibidem [trad. nostra].

¹¹¹ Ibidem [trad. nostra].

¹¹² Infatti, per Gallagher: «La traduzione di "schema corporeo" in "immagine corporea" è problematica e sintomo di una lunga tradizione di confusione terminologica e concettuale. I concetti di immagine corporea e di schema corporeo hanno una lunga storia di utilizzo che risale agli anni Novanta del XIX secolo. Potrei citare numerosi esempi di come questi termini siano stati e continuino a essere definiti e utilizzati in modo confuso in tutta la letteratura. [...] In breve, nella letteratura esistente lo schema o l'immagine del corpo è alternativamente caratterizzato come una funzione fisiologica, un modello cosciente o una rappresentazione mentale, un'immagine inconscia, un modo di organizzare le esperienze corporee, un riflesso indotto artificialmente, un insieme di pensieri, sentimenti o ricordi, un insieme di posizioni fisiche oggettivamente definite, una “mappa” neuronale o una rappresentazione corticale e un'attività ideativa/concettuale. Sebbene sia un dato di fatto che lo schema corporeo (o immagine) sia concettualmente complesso, è improbabile che sia contemporaneamente o anche in momenti diversi tutte queste cose. La varietà di usi suggerisce che, piuttosto che un concetto complesso con una pluralità di nomi, esiste, oltre all'ambiguità terminologica, una confusione concettuale di base» (S. Gallagher, *Dimension of Embodiment: Body Image and Body Schema in Medical Contexts*, in S. Kay Toombs (ed.), *Handbook of Phenomenology and Medicine*, Springer, Dordrecht 2001, p. 148 [trad. nostra]). Per un approfondimento sulla distinzione tra *immagine corporea* e *schema corporeo*, cfr. anche: Id., *Body image and body schema: A conceptual clarification*, «Journal of Mind and Behavior», 7 (1986), pp. 541-54; Id., *Body schema and intentionality*, in J. Bermudez, A. Marcel, N. Eilan (eds.), *The Body and the Self*, MIT/Bradford Press, Cambridge 1995, pp. 225-244.

regola costantemente la postura e il movimento – un sistema di capacità attuali e sensomotorie che funzionano senza la necessità di un monitoraggio percettivo»¹¹³.

Perciò, mentre l'*immagine corporea* comprenderebbe più l'insieme delle percezioni, delle credenze relative al corpo stesso e degli atteggiamenti (più o meno volontari) che si possono attuare (come quando ci si allena nella danza), lo *schema corporeo* sottostà all'immagine del corpo nell'attuazione del movimento, perché coinvolge tutte le capacità motorie e del mantenimento posturale – il che va a delineare anche un certo e personalissimo *stile corporeo* – che prescinde relativamente dalle credenze che la persona ha del proprio corpo (la danza nell'atto stesso in cui si compie come un'unità fluida).

Per meglio dire:

La differenza tra immagine corporea e schema corporeo è come la differenza tra una percezione (o un monitoraggio cosciente) del movimento e l'effettiva realizzazione del movimento. [...] A differenza dell'immagine corporea, uno schema corporeo non è il risultato di una percezione, di una convinzione o di un atteggiamento. Si tratta piuttosto di un sistema di funzioni motorie o di programmi motori che operano "al di sotto" del livello di intenzionalità autoreferenziale. Si tratta di un insieme di prestazioni tacite – processi sub-personali che svolgono un ruolo dinamico nel governare la postura e il movimento.¹¹⁴

Voler schivare lo spigolo acuminato della scrivania ci mette nella condizione di tematizzare, almeno per un istante, la configurazione del rapporto possibile tra il nostro corpo e il corpo del tavolo: se piego il fianco schivo l'angolo, altrimenti lo urto. Ma farlo senza una preventiva riflessività, mantenendo l'equilibrio, senza esagerare nel piegamento posturale, calcolando tacitamente lo scarto del movimento e attivando una complessa serie di micro-prassie, è capacità propria dello *schema corporeo* il quale si modella nell'ambiente rispetto alle proprie capacità corporali e lo fa in maniera quasi del tutto silenziosa e involontaria¹¹⁵. Se sulla stessa scrivania c'è un bicchiere d'acqua che voglio prendere, la mia attenzione non si rivolge più al rapporto possibile tra il mio corpo e il corpo degli oggetti, ma la mano si lancia da sola nel prendere il bicchiere e si plasma finemente attorno al suo perimetro di vetro. In questo caso, lo *schema corporeo* «continua a funzionare, e per molti aspetti funziona meglio, quando l'oggetto intenzionale della percezione è qualcosa di diverso dal proprio corpo»¹¹⁶.

¹¹³ S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness*, cit., p. 149 [trad. nostra].

¹¹⁴ Ivi, p. 150 [trad. nostra].

¹¹⁵ Va anche precisato che lo schema corporeo non va inteso come un mero riflesso incondizionato o completamente meccanico, perché, sempre per Gallagher, «sebbene uno schema corporeo operi in modo quasi automatico, le sue operazioni non sono una questione di mero riflesso. I movimenti controllati da uno schema corporeo possono essere precisamente modellati dall'esperienza intenzionale o dal comportamento mirato del soggetto» (Ivi, p. 151 [trad. nostra]).

¹¹⁶ Ivi, p. 150 [trad. nostra].

Per questi motivi, ciò che Kay Toombs intende con il concetto di *immagine del corpo*, lo si dovrebbe di più accostare all'idea di *schema corporeo*; perché, sempre secondo Gallagher:

Nella misura in cui si diventa consapevoli del proprio corpo, in termini di monitoraggio o di attenzione percettiva alla posizione degli arti, al movimento, alla postura, al piacere, al dolore, all'esperienza cinestetica e così via, allora tale consapevolezza contribuisce a costituire l'aspetto percettivo di un'immagine corporea. Tale consapevolezza può interagire con uno schema corporeo in modi complessi, ma non è equivalente allo schema corporeo stesso.¹¹⁷

f) Infine, come altra caratteristica del corpo vivo, troviamo la *visualizzazione gestuale*, ovvero la capacità del corpo di cogliere non solo le cose e i rimandi del mondo, ma anche i rinvii che provengono dalle azioni corporee o dai gesti altrui.

Ad esempio quando vedo una persona sul ciglio della strada che sporge un piede sulle strisce pedonali io, guidatore, posso intuire la sua volontà di attraversare la carreggiata; quando qualcuno ha in una mano un martello e nell'altra un chiodo è spontaneo associarla ad una certa azione; se in una giornata di caldo afoso un'anziana mastica con la bocca vuota o un bambino cerca con la bocca qualcosa da succhiare, intuisco il desiderio di bere o di mangiare: casi differenti che tuttavia vengono similmente afferrati dalla mia percezione che percepisce nel corpo altrui la fonte di una intenzionalità personale¹¹⁸. Nel cogliere l'altro «percepisco il suo corpo come una totalità e il suo gesto come un significato primario»¹¹⁹. Nella misura in cui il mio corpo è carico di intenzioni che si proiettano e trovano nel mondo dei significati da incontrare, o sui quali ancorarsi, altrettanto il corpo dell'altro proietta delle intenzioni che io colgo come significative, che mi incontrano e possono ancorarsi alla mia percezione.

Per usare le parole di Merleau-Ponty, che pure accompagna l'analisi di Kay Toombs, «tutto avviene come se l'intenzione dell'altro abitasse il mio corpo o come se le mie intenzioni abitassero il suo. Il gesto di cui io sono testimone traccia come il disegno punteggiato di un oggetto intenzionale. Questo oggetto diviene attuale ed è pienamente compreso quando i poteri del mio corpo vi si conformano e combaciano con esso»¹²⁰. Il termine *oggetto* va qui inteso non semplicemente rispetto all'oggettualità materiale di un ente, ma come il riferimento della mia percezione, ciò verso cui si dirige l'intenzione e che può comprendere, appunto, un corpo, un altro essere umano, un animale o qualsiasi essere vivente. Nel processo di visualizzazione «come il mio corpo, in quanto sistema delle mie prese sul mondo, fonda l'unità degli oggetti

¹¹⁷ Ivi, pp. 150-151 [trad. nostra].

¹¹⁸ Ancora Kay Toombs: «quando la mia amica mi saluta, non vedo un braccio alzato contro un corpo immobile. Vedo la mia amica che alza il braccio “per”, per attirare la mia attenzione, per esprimere la sua cordialità e così via» (Ivi, p. 57 [trad. nostra]).

¹¹⁹ Ibidem [trad. nostra].

¹²⁰ M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, cit., p. 256.

che percepisco, ugualmente il corpo altrui, in quanto portatore di condotte simboliche e della condotta del vero, si distacca dalla condizione di essere uno dei miei fenomeni, mi propone il compito di una vera comunicazione e conferisce ai miei oggetti la nuova dimensione dell'essere intersoggettivo»¹²¹.

Ogni forma di relazione poggia su questa *visualizzazione gestuale*, in cui il corpo altrui può dire più di un discorso, una posizione contratta della mano può rivelare uno stato interiore più di una narrazione, dove una certa espressione del volto restituisce la condizione vissuta di un presente che non serve farsi raccontare perché già inscritto, in forma grezza ma accessibile, sul quel volto che, magari, non “esprime” la disperazione, ma è la disperazione.

4.2. Dove abita l'esperienza di malattia

Nell'espressione quotidiana le caratteristiche del corpo vivo non sono concettualizzate in quanto tali e il processo di *embodiment* resta uno sfondo irriflesso. Ma nell'esperienza di malattia sono proprio queste che iniziano ad “imporsi”, si rimodulano diversamente, facendo sì che la persona malata abbia una differente esperienza della propria corporeità rispetto a quando era in salute. In questo caso il complesso corporeo è come se si frapponesse al progetto di vita, non è più trasparente o dimentico di sé. Il corpo diviene *il luogo sensibile in cui abita l'esperienza di malattia*, il mediatore invadente di ogni relazione con il mondo, con gli altri e con se stessi, che ostacola o concede, intralcia o fluidifica ogni rapporto¹²².

Poiché il corpo è ciò che *si ha* ma anche ciò che *si è*, con la comparsa di una malattia quest'ultima non appartiene soltanto al corpo come mezzo tramite il quale realizzare le nostre azioni (*Körper*), ma si intreccia con il corpo soggettivo (*Leib*), si riverbera nell'identità della

¹²¹ Id., *Il primato della percezione e le sue conseguenze filosofiche*, trad. it. Medusa, Milano 2004, p. 28.

¹²² Che il corpo costituisca il luogo in cui abita l'esperienza di malattia è un assunto che può esser ritenuto vero anche nel caso della malattia mentale. La schizofrenia, la depressione, i disturbi dissociativi o di alterazione della percezione rappresentano delle esperienze di malattia che possono nascere da alcune alterazioni neurologiche o biochimiche e che nella sintesi esperienziale incarnata, che si dà *nel* corpo e *col* corpo, vengono vissute secondo le modalità proprie di ciascuna patologia, ma tutte attraverso una mediazione corporea. A tal proposito pure Carel afferma: «Anche i disturbi mentali, che possono sembrare colpire la mente piuttosto che il corpo, rivelano, se studiati fenomenologicamente, cambiamenti sostanziali nel senso di incarnazione, nelle possibilità corporee e nelle sensazioni corporee. Anche se tali cambiamenti non sono vissuti distintamente come una perdita, essi caratterizzano la malattia nel senso più ampio del termine: la malattia è una profonda alterazione della propria esperienza corporea» (H. Carel, *Phenomenology of Illness*, cit., p. 74 [trad. nostra]). Su questi aspetti cfr. anche M. Ratcliffe, *Feelings of being: phenomenology, psychiatry and the sense of reality*, Oxford University Press, Oxford 2008.

persona e nel suo vissuto perché «nell'esperienza di malattia si è costretti a rinunciare al presupposto più caro, quello della propria indistruttibilità personale»¹²³.

Tant'è vero che, nel linguaggio ordinario, sebbene nessuna persona voglia identificarsi o ridurre la propria identità allo statuto della malattia – alcuni pazienti, infatti, dicono ad esempio “io non sono il mio tumore!” –, esiste anche un uso linguistico che nomina la malattia non con una formula di specificazione – “io soffro di pressione bassa”, “io ho un'orticaria dermografica” – ma secondo una formula aggettivale e di qualificazione che poggia sul verbo essere – “io sono depresso”, “io sono anemico”, “io sono malato”, come appunto se l'identità nosologica della malattia si sovrapponesse, o addirittura coincidesse, con l'identità della persona che ne è affetta.

Per questo la malattia non è semplicemente qualcosa che “si intrufola” all'interno del corpo, ma ciò che *prende corpo*: nel senso che lo avvolge, lo fa proprio e condiziona il rapporto corporeo che la persona intrattiene con sé stessa e col mondo; ma anche nel senso che la malattia letteralmente si incarna, si impasta con la soggettività della persona malata, la quale esperisce continuamente la mediazione corporea che si rimodula. Dal punto di vista della persona malata *è sempre una certa esperienza di malattia a prendere corpo*, venendo vissuta corporalmente come una particolare condizione di vita poiché, come crede anche Carel, «l'essere malati non è soltanto una costrizione oggettiva imposta a una parte del corpo biologico, ma una divergenza sistemica nel modo in cui il corpo sperimenta, agisce e reagisce nel suo complesso. Il cambiamento, nella malattia, non è locale ma globale, non è esterno ma colpisce il cuore della soggettività»¹²⁴. In parte *si è* la malattia che *si ha*, pur nell'irriducibilità che caratterizza ogni identità soggettiva.

Più specificatamente, si tratta di comprendere come la malattia vada ad incidere nelle caratteristiche del corpo vissuto e quali mutazioni possano accadere. A questo proposito, a livello di esperienza immediata e prima che il corpo venga tematizzato in quanto tale dalla persona malata, secondo Kay Toombs «la malattia si manifesta essenzialmente come un'interruzione (*disruption*) del corpo vissuto»¹²⁵: verrebbe cioè a crearsi una frattura, un blocco nella modalità propria in cui il corpo esperisce il mondo e sé. Così, sembra che Kay Toombs lasci supporre che si “guastino” momentaneamente anche le caratteristiche proprie del corpo vivo. Tuttavia questa interpretazione rischia di ammettere una qualche “sospensione” dell'esperienza, come un intermezzo di silenzio nell'esecuzione complessiva della corporeità, dimenticando il fatto che il corpo non interrompe mai realmente la sua dinamica esperienziale.

¹²³ S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness*, cit., pp. 92-93 [trad. nostra].

¹²⁴ H. Carel, *Malattia. Il grido della carne*, cit., p. 31.

¹²⁵ S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness*, cit., p. 62.

Con la malattia il corpo si tematizza riflessivamente, inizia a considerarsi come un oggetto che può danneggiarsi, sposta l'attenzione dal mondo a sé, ma non per questo interrompe la dinamica vissuta in cui percepisce e si auto percepisce. Non accade un'interruzione del corpo vivo. Semmai si prova l'esperienza di una certa incrinatura, o anche frattura, rispetto a un precedente e automatico modo di esistere.

Ovvero, con la comparsa di una malattia si percepisce che qualcosa è cambiato: ma non si tratta della rottura del processo di *embodiment* del corpo, semmai della modalità propria di esperire quella familiarità che era il risultato del continuo processo di incorporamento. Si esperisce una frattura senza che ciò comporti una frattura dell'esperienza. Non si verifica un intermezzo nel processo di incorporazione, ma più propriamente *il corpo sente un intermezzo dato dalla malattia*, che disturba il consueto processo di *embodiment*¹²⁶. Anzi, proprio perché la comparsa della malattia turba un vivere ordinario, è sempre all'interno di un vissuto che la malattia può essere percepita come un evento extra-ordinario, senza dover ammettere alcuna interruzione, né alcuna scomparsa delle modalità del corpo vivo. Certamente esistono anche casi estremi, di cui parleremo più avanti¹²⁷.

La malattia si riflette nell'esistenza, costringe il corpo a percepire qualcosa di nuovo o estraniante, ma né il corpo sospende il flusso della propria percezione né le caratteristiche del corpo vivo si disattivano. Queste vengono alterate, minacciate o ostacolate dalla malattia, si scandiscono in maniera differente e la loro modulazione caratterizza la particolare esperienza di malattia, come si tratta appunto di approfondire ora.

L'essere nel mondo viene turbato perché gli orizzonti di possibilità si restringono o diventano diversamente accessibili. Ciò che prima sembrava già disponibile ora deve essere

¹²⁶ Diverso è il caso della disabilità o dove i soggetti hanno perso la sensibilità di alcune parti del corpo. In questi casi, il corpo stesso non riesce ad incorporare e percepire il mondo attraverso di esse e ciò spinge Carel a concepire la malattia anche con una vera e propria interruzione del processo di incorporamento. Su questo aspetto cfr. S. Kay Toombs, *The Lived experience of disability*, «Human Studies», 18 (1995), pp. 9-23.

¹²⁷ Tra i casi estremi o eccezionali – di cui parleremo più avanti – si può annotare il coma, definito come uno stato di incoscienza patologico e involontario (per distinguerlo dal coma farmacologico indotto), nel quale resta problematica la questione di un'eventuale coscienza del soggetto che gli permetterebbe di esperire tale condizione. Di fronte a queste casistiche estreme, tuttavia, possiamo riscontrare anche possibili e diverse gradualità di coscienza, oltretutto distinti livelli di gravità negli stati di incoscienza (*coma superficiale, coma irreversibile, stato vegetativo, morte cerebrale*). Una ricerca del 2002 ha anche rivelato la possibilità di parlare di una “coscienza nascosta”, secondo la quale alcuni soggetti in coma potrebbero comunque percepire i rimandi provenienti dall'ambiente, sapendoli riconoscere, anche se non sarebbero capaci di rispondere ad essi. L'analisi delle differenti casistiche non permette, ad oggi, di offrire un quadro chiaro o formulare affermazioni esaustive, che certo andrebbero comunque ben oltre gli scopi di questa ricerca. Per un approfondimento sulla coscienza nascosta cfr. J. Claassen, B. L. Edlow, *Hidden Consciousness*, «Scientific American», 5 (2022); esiste pure una versione online all'articolo: *Some People Who Appear to Be in a Coma May Actually Be Conscious. Brain scans reveal that some people who can't speak or move are aware of the world around them*, accessibile gratuitamente al seguente link: <https://www.scientificamerican.com/article/some-people-who-appear-to-be-in-a-coma-may-actually-be-conscious/> [consultato il 29.01.2024].

conquistato; ciò che era un'occasione da cogliere, con la malattia può rappresentare un pericolo o un peso gravoso, come progettare una vacanza o fare un'escursione durante una bella giornata: «piccoli compiti come portare la spesa a casa o sollevare un bambino richiedono preparazione, pause, riposo e causano stanchezza. Tutto è difficile. Tutto è lontano. Tutto è faticoso. Il mio mondo e quello di chi mi sta vicino si è ristretto»¹²⁸. I rimandi del mondo, e i significati pratici che da esso sembravano venire in modo spontaneo, con la presenza di una malattia si alterano perché il corpo si frappone in quanto oggetto, la sua mediazione si impone come presenza d'intralcio che, perciò, deve confrontarsi col mondo stesso e le sue possibilità, a volte combattere con le barriere, gli ostacoli, con le condizioni naturali o ambientali.

Infatti, «anche la relazione tra il corpo vissuto e l'ambiente si modifica, in quando con la malattia, il mondo circostante ha un aspetto e una sensazione diversi»¹²⁹. Ad esempio: la luce del sole, che prima della malattia poteva essere percepita come un caldo abbraccio o un calore rigenerante, nella depressione profonda può essere percepita come una acuminata fitta di aghi che si insidiano sulla pelle, la picconano e la straziano pungolandola, spingendo la persona a rifugiarsi in casa, non uscire, non esporsi “alla luce” e alla visibilità, nei molti sensi possibili; il mal di pancia non è solo una fitta localizzabile a livello dell'addome, ma l'incapacità di condividere una serata con amici, di svolgere quella conferenza che si attendeva da mesi, oppure di portare avanti un discorso serio in modo approfondito; l'artrite non si riduce all'irrigidimento o ad un'inflammazione delle articolazione, ma diventa l'impossibilità di fare sport, camminare, fare la spesa, stringere la mano a un conoscente o dare una carezza alla persona amata¹³⁰.

Quando il proprio essere corporeo muta, anche le possibilità del mondo si alterano e così il mondo intero della persona che lo abita, la quale inizia a percepirlo diversamente o a vederlo *attraverso lo sguardo della malattia*. Tra la carne dell'umano e il mondo si crea una lacerazione sanguinante di senso e possibilità, perché agli occhi della persona malata il proprio mondo sembra una grande emorragia in cui fluidificano via quelle occasioni che prima erano le piastrine linfatiche della propria esistenza. Come affermano Costa e Cesana, «nella malattia non è un organo a risultare danneggiato: è l'esistenza ad essere dislocata, perché il corpo perde la propria unità chiasmatica col mondo. Da un lato gli utilizzabili cessano di essere possibilità di azione, dall'altro il sentire originario come essere nel mondo si disgrega»¹³¹.

¹²⁸ H. Carel, *Phenomenology of Illness*, cit., p. 71 [trad. nostra].

¹²⁹ S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness*, cit., p. 63 [trad. nostra].

¹³⁰ Sempre Kay Toombs continua: «Il mal di testa non è vissuto semplicemente come un dolore alla testa, ma come “l'incapacità” a concentrarsi sul libro che sto leggendo, godermi la musica che sto ascoltando, avere una conversazione animata con il mio coniuge e così via» (Ivi, p. 62 [trad. nostra]).

¹³¹ V. Costa, L. Cesana, *Fenomenologia della cura medica*, cit., p. 90.

L'*intenzionalità corporea*, altrettanto, deve riformularsi in base alle proprie possibilità. Se nel vissuto originario l'intenzionalità si dirige in modo spontaneo, con la malattia ogni intenzione può venire intralciata, contrastata o bloccata nel suo nascere, ricordando ogni volta alla persona di essere malata, incapace, non idonea o comunque impossibilitata a slanciarsi spontaneamente verso gli oggetti del mondo. Ogni intenzione deve valutare, calcolare, ponderare se possa effettuarsi, oppure quale sia il modo migliore e più conveniente per farlo: «per la persona affetta da angina, ad esempio, una rampa di scale che in salute era semplicemente lì “per essere salita”, viene ora percepita come un ostacolo “da aggirare”, “evitare”, o addirittura “temere”. [...] la sfera dell'azione corporea e della possibilità pratica diventa circoscritta. L'“io posso” è reso circospetto»¹³² e la propria esperienza di vita è accerchiata da questa perenne sensazione di auto-circospezione nel non essere capace o all'altezza di fare certe cose.

Pure l'esperienza della spazialità, da essere una condizione di familiarità può trasformarsi nel dover attentamente esaminare, misurare, vagliare e circoscrivere con occhio topografico e geometrico l'ambiente per non ritrovarsi a urtare gli oggetti che si trovano nella prossimità, per saper abitare certi luoghi senza diventarne vittime o per riuscire a gestire la loro imprevedibile estensione, che sembra in realtà trasformarsi: il restringimento dello spazio «nella malattia sembra corrispondere a un ampliamento dell'esposizione al fallimento»¹³³.

Havi Carel, la quale riflette sulla rilevanza filosofica della malattia a partire anche dalla propria condizione di paziente affetta da una rara forma di patologia polmonare, dà una testimonianza paradigmatica a questo proposito:

Camminare è diventato per me un affare intenso e privato. Ora esploro con sospetto i luoghi importanti prima delle riunioni e degli incontri. Dove posso parcheggiare? Dov'è la toilette? Il ristorante ha i posti a sedere al piano superiore? A volte mando mio marito e mio figlio in missione di ricognizione. Loro vanno per primi, controllano il posto, o il percorso a piedi, o la pista ciclabile (ho una bici elettrica) e li seguo. Li invidio. Possono deviare a destra o a sinistra, lasciare il sentiero pianeggiante lungo il fiume e salire nel bosco. Hanno la libertà di allontanarsi da un percorso pianificato.¹³⁴

Anche l'apprensione del *significato primario* si altera o viene disturbata, perché quei rimandi di senso prima immediatamente disponibili e automatici, o che venivano colti in modo irriflesso, ora costringono la persona a un'interpretazione consapevole, divengono oggetto di attenzione cosciente.

¹³² S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness*, cit., p. 63 [trad. nostra].

¹³³ R. Baiasu, *Phenomenology of Illness, Resilience and Well-Being: A Contribution to Person-Centred Approaches in Healthcare*, in S. Ferrarello (ed.), *Phenomenology of Bioethics: Technoethics and Lived-Experience*, The International Library of Bioethics, vol 84, Springer, Cham 2021, p. 43 [trad. nostra].

¹³⁴ H. Carel, *Phenomenology of Illness*, cit., p. 72 [trad. nostra].

Il corpo, dall'essere un vettore di orientamento e precomprensione del significato primario – come quando si vede una maniglia della finestra e la mano è già sollecitata ad afferrarla –, ora diventa un frammezzo ostacolante: se voglio aprire la finestra e non riesco del tutto a chiudere la mano, allora dovrò capire come risolvere quel problema, magari facendo leva con qualcosa sulla maniglia oppure prendendo uno spessore morbido che compensi lo spazio che resta vuoto tra la mano e la maniglia che altrimenti non riesco a chiudere. O ancora: «il paziente affetto da sclerosi multipla che inciampa sulle scale e la persona ipovedente che cammina contro il tavolo, ad esempio, trovano entrambi il senso intuitivo del corpo inefficace, anzi ingannevole»¹³⁵.

Se il mondo veniva interpretato con una specie di istintualità sapienziale, come il bambino che sul ciglio del vuoto indietreggia per non cadere¹³⁶, nell'esperienza di malattia si può non essere più capaci di interpretare questo significato immanente alle cose, oppure doverlo fare con un'accortezza e attenzione tali da costringere la persona a vivere come un “interprete in allerta”.

Così, pure la complessa *organizzazione contestuale* e la più generale “*complexure*” mente/corpo/mondo si strutturano diversamente. Con la malattia, quello che prima era vissuto come un contesto di espressione personale ora può essere percepito come estraneo, un luogo alieno o accidentale, in cui la persona potrebbe temere di esprimersi o compiere azioni, perché fare un gesto, spostarsi o proferire parola può rappresentare un problema o una fonte di esposizione rischiosa¹³⁷. Ad esempio chiamare e salutare un'amica dall'altra parte della strada può diventare difficoltoso per chi ha la raucedine o una spalla lussata. Oppure se si vuole salutare una persona dall'altra parte della strada e ci si trova seduti su una sedia a rotelle – pur disponendo di una voce forte e di una buona mobilità superiore – il fatto di non avere più la stessa altezza di visione, di doversi divincolare tra ostacoli visivi e pedoni che si frappongono, o magari il desiderio di non essere visto in quella particolare condizione di semi-disabilità, può spingere la persona, a priori, a rinunciare o evitare qualsiasi saluto. Il corpo e il contesto non

¹³⁵ S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness*, cit., p. 63 [trad. nostra].

¹³⁶ Gli studi sulla percezione visiva della profondità risalgono agli esperimenti di Gibson e Walk, i quali hanno comprovato che l'abilità dei bambini di discriminare la profondità – che è un significato primario fondamentale per la relazione con lo spazio – è presente non appena si è capaci di muoversi. Si reputa addirittura che la percezione di profondità maturi più rapidamente delle abilità motorie, il che induce a credere che questo comportamento percettivo non sia frutto di un apprendimento, ma parte del patrimonio fisiologico-cognitivo dell'individuo. Cfr. E.J. Gibson, R.D. Walk, *The “visual Cliff”*, «Scientific American», 202 (1960), pp. 64-71; V. D'Urso, F. Giusberti, *Esperimenti di psicologia*, Zanichelli, Bologna 2000, in particolare pp. 61-73.

¹³⁷ Per Kay Toombs si struttura diversamente il rapporto tra la corporeità e il contesto, in tal maniera che «questi aggiustamenti del contesto sono vissuti come “estranei”, alieni, o innaturali. “Oggi non sono me stesso”, o “Le cose non vanno bene” esprimono in parte questo cambiamento percepito nell'esperienza corporea» (S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness*, cit., p. 64 [trad. nostra]).

sono più condizioni di espressione interrelate, ma dei potenziali vincoli che devono riorganizzarsi e trovare una loro pacifica e possibile convivenza.

In particolare, richiamando il concetto di figura/sfondo di cui parla Husserl, nell'*organizzazione contestuale* del corpo malato il rapporto tra figura/sfondo può addirittura capovolgersi. Nello stato di salute il corpo rappresenta uno sfondo invisibile, tramite il quale cogliere certe figure che ci orientano nelle scelte: non vediamo mai il nostro corpo fare delle cose o direzionarsi verso uno scopo, bensì vediamo ciò che realizziamo e la meta verso cui ci dirigiamo. Sono queste figure che emergono in primo piano dallo sfondo delle capacità incarnate. Ma nell'esperienza di malattia il corpo diventa una figura costante, perché sono le sue incapacità o frizioni, i suoi impedimenti o i traguardi raggiunti ciò che diventa oggetto di attenzione continua. Ciò che prima emergeva come figura in primo piano, ora può divenire uno sfondo¹³⁸. Mentre il corpo, prima, sembrava muoversi armonicamente insieme al mondo, ora è come una pagliuzza negli occhi: percepiamo solo il suo ingombro fastidioso, da dover risolvere in un qualche modo.

Nella malattia anche *l'immagine del corpo* e *lo schema corporeo* prendono forme differenti, connotando una certa esperienza di sé, almeno in una duplice modalità. Ad un primo livello perché la persona malata percepisce il cambiamento a cui il corpo è soggetto, l'immagine di sé si altera: come nel diradamento dei capelli, la comparsa di macchie cutanee, il perdere o mettere su peso, il cambiamento della postura o l'andatura quando si cammina, di cui la stessa persona può essere consapevole immaginandosi come viene vista dagli occhi altrui o guardandosi allo specchio. Oppure, basti pensare al caso dell'anoressia dove una certa percezione alterata dell'immagine di sé costituisce la malattia stessa, perché la persona si percepisce grassa anche se non lo sé, si sente fuori forma per eccesso anche se magari lo è per difetto. In questo caso, la volontà di perdere peso diviene il circolo vizioso nel quale voler riacquistare una certa *immagine del corpo*¹³⁹.

¹³⁸ Kay Toombs cita a questo proposito le considerazioni di Mary Rawlinson che afferma: «mentre le nostre capacità incarnate normalmente fanno da sfondo alla figura dei nostri coinvolgimenti mondani, nella malattia il nostro corpo, e in particolare l'aspetto doloroso, diventa esso stesso la figura della nostra intenzione rispetto alla quale tutto il resto è solo sfondo» (M. C. Rawlinson, *Medicine's discourse and the practice of medicine*, in V. Kestenbaum (ed.), *The Humanity of the Ill: Phenomenological Perspectives*, The University of Tennessee Press, Knoxville 1982, p. 75 [trad. nostra]).

¹³⁹ Secondo Carel, l'anoressia nervosa va anche letta e interpretata a partire dalla differenza sopracitata tra corpo oggettivo e corpo vissuto, perché «se osserviamo il corpo oggettivo, possiamo vedere un corpo scheletrico ed emaciato. Questo è il corpo oggettivo, la cui magrezza può essere misurata pesandolo o calcolando il suo IMC. Ma se chiediamo all'anoressico di descrivere il suo corpo, può dire che lo vive come obeso e ingombrante. Negare questa esperienza appellandosi a fatti oggettivi non è utile. Secondo alcune visioni dell'anoressia, la frattura tra il corpo oggettivo e il corpo vissuto è il punto cruciale del disturbo» (H. Carel, *Phenomenology of Illness*, cit., pp. 49-50 [trad. nostra]). Per un approfondimento sull'analisi dell'anoressia a partire dalla differenza tra corpo vissuto e

Ma, ad un livello complessivo, possiamo dire che è soprattutto *l'immagine incarnata delle possibilità del proprio corpo* che si stravolge, ovvero lo schema corporeo attraverso cui si compie un movimento: le modalità e le occasioni di espressione del corpo non vengono più percepite come potenzialmente infinite, ma limitate e circoscritte perché solo certi movimenti sono possibili, oppure vengono alterate. Il proprio corpo diventa un ingombro, un intralcio, al pari di un macigno sulla superstrada; oppure si ha la sensazione di muoversi come una marionetta di legno dove ogni movimento è regolato da un certo numero di incastri, come quando si cammina con le stampelle o si ha una mobilità ridotta degli arti.

Anche nel prendere gli oggetti o nell'orientarsi verso il mondo, il corpo esperisce la diminuzione delle sue occasioni e ciò è tanto più vero di fronte a casi di menomazioni, amputazione o nei casi dell'arto fantasma perché, prendendo in prestito due categorie del corpo proposte da Merleau-Ponty, si viene a creare un scontro tra le possibilità del *corpo abituale*, dove il corpo si proietta spontaneamente e irriflessivamente a seguito di una oramai roduta modalità di fare le cose, e quelle del *corpo attuale* che, invece, vive la situazione concreta come dentro ad un attrito o ad uno stato di provvisorietà. Usando le parole di Merleau-Ponty:

Il nostro corpo comporta due strati distinti, quello del corpo abituale e quello del corpo attuale. Nel primo figurano i gesti propri del maneggiare che sono scomparsi dal secondo, e il problema di sapere come io possa sentirmi provvisto di un arto che non ho più si riduce, di fatto, a quello di sapere come il corpo abituale possa farsi garante per il corpo attuale. In che modo posso percepire degli oggetti come maneggevoli, se non posso più maneggiarli? È necessario che il maneggevole abbia cessato di essere ciò che io maneggio attualmente, per divenire ciò che *si può maneggiare*, abbia cessato di essere un *maneggevole per me* e sia diventato, per così dire, un *maneggevole in sé*. Correlativamente, il mio corpo deve essere colto non solo come in un'esperienza istantanea, singolare, piena, ma anche sotto un aspetto di generalità e come un essere impersonale.¹⁴⁰

Il maneggevole che sembrava naturalmente innervato nella presa prensile della mano, con la malattia diviene tematizzato come “la probabile capacità della mano di fare presa sulle cose e mantenerle afferrate”: è in questo senso che il corpo malato si rivela *attuale*, o attualmente disponibile, rispetto alla capacità irriflessa e pronta all'occorrenza del *corpo abituale*. A un livello generale con Kay Toombs possiamo dire che «non si ha più a disposizione “un sistema aperto di un numero infinito di posizioni equivalenti dirette ad altri fini”. Le possibilità di azione si riducono. Se sono malato non ho a disposizione tutte le alternative che sono disponibili in salute [...] ci sono attività, posture, gesti e così via, che non rientrano più nel mio ambito corporeo»¹⁴¹.

corpo oggettivo, cfr. H. Bowden, *A Phenomenological Study of Anorexia Nervosa*, «Philosophy, Psychiatry and Psychology», 19 (2012), pp. 227–41.

¹⁴⁰ M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, cit., p. 131.

¹⁴¹ S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness*, cit., p. 63 [trad. nostra], virgolette dell'autrice.

Ma in particolare, rispetto al mutamento dello *schema corporeo*, possiamo pensare al caso della propriocezione, che di fatto ne rappresenta un'abilità e caratteristica intrinseca. La propriocezione riguarda la capacità di riconoscere la posizione del proprio corpo nell'ambiente, percepire "dove" e "come" si trovano alcune parti del corpo nello spazio o rispetto ad un altro essere, senza che questo derivi da una considerazione visiva. Si percepisce il proprio corpo situato poiché *si sente* il corpo poggiare sul fianco, il piede che sta sulla porta per tenerla aperta o perché magari si avverte la contrazione del polpaccio mentre la gamba è tesa sulla soglia. Con la comparsa di una malattia, la propriocezione può alterarsi in modo tale da non avere più questa "padronanza" o "non sapere" dove siano le parti del corpo, né come si presentino rispetto all'ambiente.

Un caso emblematico ed estremo è descritto da Oliver Sacks parlando del caso clinico di una ragazza, soprannominata la *disincarnata*, la quale con la perdita della propriocezione ha visto dissolversi in modo drastico e angosciante le possibilità espressive e di controllo che prima erano proprie del suo corpo.

Così racconta Sacks:

Christina era una giovane donna di ventisette anni [...] non era in grado di stare in posizione eretta se non guardandosi i piedi. Non riusciva a tenere niente in mano, e le mani, se non le osservava, "annaspavano qua e là". [...] «È successo qualcosa di spaventoso» articolò con voce piatta, spettrale. «Non mi sento più il corpo. Mi sento strana, disincarnata» [...] Il collasso del tono e di tutta quanta la postura muscolare, l'annaspere delle mani, di cui pareva non accorgersi; quel frustare l'aria, quei gesti disordinati che mancavano il segno, come se non arrivassero informazioni dalla periferia, come se i circuiti di controllo si fossero catastroficamente spezzati. [...] Un prelievo liquorale rivelò una polineurite acuta, ma di un tipo assolutamente eccezionale [...] «Ci sarà un miglioramento?» chiese. Ci scambiammo uno sguardo, poi, rivolti a lei: «Non abbiamo idea». Il senso del corpo, le dissi, è dato da tre cose: la visione, gli organi dell'equilibrio (il sistema vestibolare) e la propriocezione: lei aveva perso quest'ultima. [...] Le parlai di un mio paziente, il signor MacGregor, che, non essendo in grado di usare gli organi dell'equilibrio, usava al loro posto gli occhi. E di pazienti colpiti di neurosifilide, tabe dorsale, che presentavano sintomi simili ma limitati alle gambe, e di come anch'essi dovessero compensare con la vista. E di come questi pazienti, alla richiesta di muovere le gambe, rispondevano spesso con un «Certo, dottore, appena le trovo». Cristina ascoltava attenta, con una sorta di intensità disperata. «Allora» disse lentamente «devo usare la vista, usare gli occhi in ogni situazione dove prima usavo la... come l'avete chiamata? La propriocezione. Ho già notato» aggiunse pensosa «che mi accade di 'perdere' le braccia. Le credo in un posto e le trovo in un altro. Questa "propriocezione" è come se fosse gli occhi del corpo, il modo in cui il corpo vede sé stesso. E se scompare, come è successo a me, è come se il corpo fosse cieco. Il mio corpo non può 'vedere' sé stesso se ha perso gli occhi, giusto? Così tocca a me guardarlo, essere i suoi occhi, giusto?». «Giusto» dissi. «Lei potrebbe fare la fisiologa».¹⁴²

Con la perdita della propriocezione, la paziente non solo ha vissuto la rimodulazione delle capacità (o incapacità) del proprio corpo – come la prensilità, lo stare in piedi o tenere la schiena eretta –, ma il più generale ambito del corpo, frutto di un certo *schema corporeo*, si è alterato, tanto che il rapporto del corpo con se stesso, con gli altri o con il mondo era oramai inscritto

¹⁴² O. Sacks, *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*, cit., pp. 66-70, virgolette dell'autore.

sotto il segno dell'imprevedibile e dell'ingovernabile¹⁴³: le mani andavano da sole, anche se da nessuna parte; la postura non “afferitava” un sentimento vivo, ma l'abbandono inerte; le gambe si erano licenziate dal posto fisso di colonne portanti, diventando due impiegate in apprendistato che solo dopo una precisa “chiamata” della vista (“voi due, gambe, che vi trovate lì!”) iniziavano a lavorare e svolgere il proprio compito di gambe. Il corpo non aveva più un proprio schema, né per così dire una mappa di riferimento, era piuttosto un complesso gelatinoso che poteva fluidificarsi o addensarsi a seconda della tematizzazione che la vista le permetteva. Il corpo non si percepiva e gli occhi dovevano “azionare” il corpo per vederlo agire, mentre esso restava cieco a sé stesso¹⁴⁴.

Riproponendo la distinzione di Gallagher tra *schema corporeo* e *immagine corporea*, possiamo dire che lo *schema corporeo* era stato concretamente sostituito dalla visione dell'*immagine corporea*. Ovvero: poiché con la malattia il corpo aveva perso il proprio *schema* irriflesso, la persona poteva “agire” il proprio corpo solo rimbalzandolo continuamente, o riferendosi visivamente, a una certa *immagine del proprio corpo* che suppliva quello *schema* tacito che lo aveva sorretto fino a quel momento.

Con la comparsa di una malattia, inoltre, sono anche la *visualizzazione gestuale* e il rapporto di reciproca comprensione gestuale che si alterano, venendosi a creare esperienze relazionali peculiari. Anche in questo caso, a un primo livello intuitivo, in quanto la persona malata può acquisire nel volto certe espressioni di smorfia, pianto, viso smorto o sguardo spento che vengono colte non solo dalle persone che le si stringono attorno, ma anche da lei stessa quando “si pensa malata” o si rispecchia nello sguardo altrui. Lo stile corporeo della persona si modifica e così anche la visualizzazione dei gesti possibili; ad esempio un certo modo di camminare, che magari prima era inconfondibile e capace di identificare immediatamente quella persona, ora diventa qualcos'altro: un incedere ostacolato, frammentato o poco naturale. Ad un livello più profondo, però, si può rilevare che con il mutare della *gestualità corporea* muta pure la relazione sociale che nasce dall'interazione gestuale del corpo vivo. Il modo peculiare con cui gesticoliamo e ci relazioniamo con gli altri connota generalmente una certa

¹⁴³ Sacks riporta un ulteriore caso clinico in cui, potremmo dire, nella riconfigurazione dello schema corporeo insorgono quelli che chiama dei “fantasmi posizionali”: «Un paziente fu mandato da noi perché inciampava, cadeva di continuo e soffriva di vertigini; c'erano stati sospetti infondati di disturbi al labirinto. Un colloquio accurato rivelò che ciò che egli provava non erano affatto vertigini bensì un flusso di illusioni posizionale sempre diverse: d'un tratto il pavimento pareva più lontano, poi si avvicinava di colpo, si abbassava, s'inclinava, sobbalzava, “come una nave in tempesta”, diceva lui. Sicché egli stesso vacillava e sbandava, a meno che non si guardasse i piedi. Era necessaria la vista per mostrargli la vera posizione dei piedi e del pavimento» (Ivi, p. 93).

¹⁴⁴ In un ulteriore passaggio, Sacks afferma: «se c'è un annullamento totale della propriocezione, il corpo diventa, per così dire, cieco e sordo a se stesso, e (come suggerisce la radice latina *proprius*) cessa di essere “proprietario” di se stesso, di sentirsi come se stesso» (Ivi, p. 98).

modalità condivisa di relazione, ma con la malattia si viene a creare un'esperienza di gestualità singolare. Ogni stile corporeo, quando è messo in relazione con la corporeità altrui, va a qualificare una forma particolare di interazione che viene esperita e vissuta dalle diverse persone coinvolte (in questo caso dal malato e dai suoi interlocutori) secondo una certa configurazione. Ad esempio:

Una trasformazione dello stile corporeo non è solo fastidiosa per la persona colpita, ma è fonte di disagio per gli altri. La vittima di un ictus con un braccio paralizzato trova gli altri in imbarazzo per la perdita della funzione. Come si stringe la mano per salutare? Gli occhi sono tipicamente evitati dalla persona con un grave tremore o con uno stile corporeo disordinato. Di conseguenza, un'alterazione della gestualità corporea può rendere imbarazzanti i rapporti con gli altri, laddove fino a quel momento [prima della comparsa della malattia] l'interazione sociale era stata agevole.¹⁴⁵

Particolarmente significative sono le considerazioni che Kay Toombs offre a proposito della postura eretta, che pure rientra nell'ambito della visualizzazione gestuale e costituisce un elemento cardine nell'esperienza della spazialità, della relazione o della comunicazione con gli altri. La verticalità offre uno sguardo diretto, permette di adattare le altezze di visione e rapportarsi agli altri potendo essere “sullo stesso piano”; stare in piedi ci fa muovere agilmente, come un bambino che si slancia a correre non appena ha finito di gattonare; star dritti, poi, rimanda in senso lato anche ad una sorta di competenza morale come l'essere autonomi, essere eretti, virtuosi, “tirarsi su”¹⁴⁶, essere capaci di stare al mondo¹⁴⁷ e di elevazione spirituale verso quelle altezze che non ci fanno “restare a terra”¹⁴⁸. Ma nell'esperienza di malattia non è insolito doversi sdraiare o trascorrere del tempo facendo riposare il corpo su supporti che eliminano la verticalità, come letti, poltrone, sedie a rotelle o poggia-gambe: supporti che, pur aiutando a riprendere le forze o a riposarsi, pongono su un piano differente (non solamente simbolico!).

¹⁴⁵ S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness*, cit., pp. 64-65, [trad. nostra, aggiunta tra parentesi quadre nostra].

¹⁴⁶ Con Alici possiamo parlare di una doppia declinazione del termine *morale*: al femminile indica l'insegnamento che si ricava da un'esperienza (la morale della storia); mentre al maschile indica la capacità dell'esistenza di innalzarsi oltre lo strato biologico-naturale del vivere e «in questo senso, si può “star su di morale”» (L. Alici, *Filosofia Morale*, Morcelliana, Brescia 2021, p. 11).

¹⁴⁷ A questo proposito anche Galvagni crede che «la spazialità del corpo non riguarda semplicemente una posizione “fisica”, perché essa è anzitutto una spazialità “situata”, correlata a come noi percepiamo e rappresentiamo la nostra posizione nel mondo» (L. Galvagni, *Narrazioni cliniche*, cit., p. 153).

¹⁴⁸ Un'intera tradizione classica, che da Platone arriva a Nietzsche, può essere interpretata sotto il segno della verticalità quando, ad esempio, si pensa ad una superiorità e inferiorità morale o di capacità critica; oppure alle diverse pratiche di ascesa spirituale, tutte similmente accomunate dalla metafora della verticalità, di ciò che si pone in alto e verso cui occorre tendere se si vuol migliorare se stessi. Attraverso un eclettico esame di questa questione, Sloterdijk afferma: «nell'interpretazione pedagogica, atletica, acrobatica, artistica e dunque, in definitiva, in ogni interpretazione simbolica, ossia mediata “culturalmente”, dei termini Alto (*Oben*) e Sopra (*Über*), viene interrogato evidentemente un secondo senso dello spazio, che si sovrappone agli orientamenti primari nello spazio fisico e geografico [...] Ogni bimbo sperimenta, nel rapporto con la madre, un Alto (*Oben*) presimbolico e sovraspaziale, verso il quale solleva lo sguardo ben prima di imparare a camminare. Anche il padre e i nonni sono “là in alto” (*da oben*), ben prima appunto che il bambino inizi, nei suoi occhi, a costruire torri di mattoncini sovrapposti e a mettere un ultimo mattoncino, il più alto, sopra a tutti gli altri [...] Sul piano dell'esperienza, escludendo quindi sregolatezze psicotiche, egli rimane coinvolto in una tensione verticale stabile» (P. Sloterdijk, *Devi cambiare la tua vita. Sull'antropotecnica*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2010, p. 140).

Un piano che deve essere ogni volta colmato, con posture di reciprocità o con codici di comunicazione prossimale, se non si vuole rischiare che quella persona percepisca la differenza come una asimmetria ontologica, relazionale, assiologica, che attribuirebbe una supposta superiorità a chi guarda “dall’alto” e un’ inferiorità a chi si sente “guardata dal basso”.

Riportando anche la propria esperienza diretta, in quanto malata colpita da sclerosi multipla, Kay Toombs ci tiene ad evidenziare che:

Non solo la perdita della verticalità (postura eretta) genera sentimenti di impotenza e dipendenza nella persona malata, ma induce gli altri ad attribuire al paziente il ruolo di dipendente. Basta trascorrere una mattinata su una sedia a rotelle o un giorno in un letto di ospedale per sperimentare in prima persona la perdita di integrità e autonomia che accompagna la perdita della postura eretta. Come paziente di sclerosi multipla, ad esempio, sono incuriosita dal fatto che, quando sono sulla sedia a rotelle, gli estranei tendono a rivolgersi a mio marito e a riferirsi a me in terza persona. “Vuole sedersi a questo tavolo?”, “cosa vuole bere?” e così via. [...] Nel “guardare in alto” il medico e nell’ “essere guardati in basso”, il paziente si sente su un piano di disparità con il medico, concretamente diminuito nella sua autonomia.¹⁴⁹

La diversa *visualizzazione gestuale* comporta, in questo modo, sia un mutamento nella percezione di sé, sia nella relazione con gli altri, sia nella percezione delle proprie competenze morali, perché non riuscendo a stare in piedi e dovendo in parte dipendere dagli altri (che talvolta non si pongono il problema di come “misurare” o calibrare questo rapporto di dipendenza) la persona malata può arrivare a credersi una persona completamente dipendente, incapace di scelte proprie perché, in fondo, sia il suo corpo sia la relazione con gli altri le restituiscono tale inferiorità.

Il rischio da evitare è che l’atto della decisione sia “requisito” dalle persone coinvolte nelle implicazioni pratiche della scelta, lasciando alla persona malata un semplice ruolo di assenso: come potrebbe avvenire nel caso di un anziano allettato e che, non potendo più provvedere alla cura della propria persona, deve necessariamente accettare di essere trasferito in una casa di lunga degenza, oppure attendere che qualcuno apra le imposte per far entrare la luce.

Questi scenari, pur variegati e differenti, evidenziano comunque quanto e come l’alterazione delle caratteristiche appartenenti al corpo vivo faccia maturare una diversa esperienza di vita. Il nostro esserci si rivela accidentato, le intenzioni sono ostacolate, i sensi e i significati propri del mondo si dislocano; muta il modo in cui il corpo si organizza, si percepisce ed è percepito dagli altri. La percezione corporea si orienta verso il mondo in una differente maniera, o secondo un punto di vista che ora parte da differenti premesse di approccio, e di conseguenza il mondo stesso sembra lasciarsi percepire in maniera differente. Ci viene incontro non più come una possibilità aperta, ma come un problema pratico da

¹⁴⁹ S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness*, cit., p. 65 [trad. nostra].

affrontare, nella cui gestione ne va della nostra stessa vita. In tal senso, possiamo dire che *l'esperienza di malattia abita nella mediazione peculiare offerta dal corpo malato e nella differenza intrinseca che la malattia comporta sul piano dell'esistenza.*

4.3. *Vivere il dubbio, la malattia è una filosofia incarnata?*

Che la filosofia costituisca un esercizio del dubbio è convinzione di molti. Un dubbio che, una volta avanzato, non solo provoca, scompagina certezze e turba ogni comoda posizione, ma nel mettere in discussione, col suo sguardo laterale – e nel desiderio di raggiungere – la verità, spinge alla vertigine pure chi lo esercita. Il dubbio provoca tanto l'interlocutore quanto chi lo afferma, perché il dubitante è coinvolto insieme al suo oggetto, ne è parte implicita: si dubita di qualcosa nella misura in cui si è capaci di dubitare anche di sé, del proprio dubitare e delle ragioni che fanno emergere il dubbio.

Oltre la riflessione critica, la ricostruzione genealogica dei fenomeni, l'analisi degli argomenti e del linguaggio o la storia comparata dei sistemi di pensiero, fare filosofia vuol dire anche sapersi esporre al rischio del dubbio, vivendo l'oscillazione incerta tra l'idea che di una certa realtà avevamo già e le nuove (possibili) istanze. Qualcosa di simile avviene anche con la comparsa di una malattia, perché la certezza che avevamo del mondo si incrina, la fiducia nel corpo si smorza e ogni rapporto mediato da esso sembra tradirsi all'atto pratico, diventando un'inesauribile fonte di incertezza. Vivere una malattia vuol dire provare una particolare e incorporata forma di dubbio, sul proprio corpo e il proprio tempo.

Ad un livello generale, ogni malattia quasi sempre comporta un'esperienza di *divide*¹⁵⁰ nella persona malata, una scissione nel vissuto spazio-temporale tra un prima e un dopo, tra ciò che esisteva prima dell'avvento della malattia e ciò che segue alla sua comparsa; tra ciò che era e ciò che è ora. Un'esperienza in cui, similmente a come avviene nel trauma o nel tradimento amoroso, si riconosce e afferma che qualcosa è cambiato, *nulla è più come prima*. Ma, in particolare, questa divisione nell'esperienza tra un prima e dopo implica anche un dubbio sulla

¹⁵⁰ Sono molte le testimonianze e gli studi che si sono soffermati su questa esperienza di *divide*, in cui la malattia segna sia una scissione nel racconto esistenziale dei pazienti, ovvero scandisce l'arco della vita tra un prima e dopo, sia uno stacco da quel familiare mondo della vita che lo aveva fino ad allora caratterizzato. A questo proposito, analizzando alcuni racconti di malati, Galvagni afferma: «Le concezioni sulla vita, la malattia e la morte vengono nominate spesso esplicitamente dai pazienti e l'idea di un *divide*, di una divisione, ritorna nei loro racconti. Una donna osserva: «Questo è un mondo di vita e di morte. Tu sei nella categoria di quelli che stanno per morire, e ti senti separata dalle altre persone. È uno spartiacque». Così come un uomo rileva: «Noi tutti siamo esposti alla malattia e alla morte: è un'eredità umana. Viviamo finché non arriva il tempo di andare»» (L. Galvagni, *Narrazioni cliniche*, cit., p. 77).

possibilità che ciò che è scomparso possa tornare di nuovo; oppure che ciò che è cambiato possa continuare ad essere favorevole, anche se in differente forma. La comparsa della malattia sembra implicare quello che Carel ha definito con l'immagine suggestiva del *dubbio corporeo* (*bodidly doubt*), che disarciona la certezza trasparente del corpo e dove, anzi, il corpo avverte la problematicità delle proprie possibilità incarnate.

Del concetto Carel offre la seguente definizione:

Il dubbio corporeo non è solo un'alterazione delle convinzioni, ma un disturbo a livello corporeo. È un'alterazione del senso più fondamentale del proprio essere nel mondo. Il dubbio corporeo dà luogo a un'esperienza di irrealtà, estraneità e distacco. Dalla sensazione di abitare un mondo familiare, la persona malata viene gettata nell'incertezza e nell'ansia. La sua attenzione si ritira dal mondo e si concentra sul suo corpo. [...] La certezza corporea può essere riacquistata in alcuni casi, ma l'aspettativa che il dubbio possa tornare cambia sostanzialmente il tipo di esperienza coinvolta in ciascun caso.¹⁵¹

Per Carel il *dubbio corporeo* è caratterizzato da tre principali modificazioni che avvengono nel vissuto: 1. la *perdita di continuità* nel portare avanti la routine quotidiana; 2. la *perdita di trasparenza* nella quale «il corpo viene tematizzato esplicitamente come un problema»¹⁵²; 3. la *perdita di fiducia nel corpo e nelle sue possibilità incarnate*, nella quale si vive «un'esperienza di vulnerabilità e di esitazione vissuta a livello corporeo, che equivale a un'interruzione del senso di appartenenza al mondo [...] rivela la contingenza e la fallibilità della nostra normale fiducia nel corpo [...] rende esplicito il debole status epistemico delle nostre credenze quotidiane»¹⁵³.

La sensazione di dubbio provata col corpo e nel corpo non è, d'altro canto, una realtà circoscritta alla sola comparsa di una patologia: tuttavia con la malattia si addensa in una modalità del tutto particolare, che la rende distinta da altre forme, perché si presenta come un attacco alla percezione dell'*io posso* incarnato e alla certezza corporea che lo accompagna, come una “*diminutio*”. Se si deve scalare una montagna, o correre una maratona con una scarsa preparazione atletica alle spalle, sicuramente anche in questi casi possono insorgere dei dubbi sul piano del corpo, i quali, però, possono anche comportare una sfida o una motivazione a superare i propri limiti, senza negare o ridurre la sensazione di potercela fare. L'*io posso* è sollecitato a fare meglio, è invogliato a dare il massimo, quasi attratto dall'idea dell'*io posso fare di più*.

¹⁵¹ H. Carel, *Phenomenology of Illness*, cit., pp. 92-93 [trad. nostra].

¹⁵² Ivi, p. 100 [trad. nostra].

¹⁵³ Ivi, p. 101 [trad. nostra].

In queste situazioni, «in altre parole, questo dubbio non interrompe la sensazione di certezza corporea, ma piuttosto la estende sfidandoci a sviluppare ulteriori capacità»¹⁵⁴: quello che si avverte come un limite può diventare un invitante ostacolo che aspetta di essere superato con tenacia e volontà. Con la comparsa di una malattia, invece, il dubbio corporeo deriva da nuovi limiti non scelti ma imposti *dal o al* corpo, corrispondenti ad una deprivazione. Perciò non lo si mette in discussione come un'argomentazione da confutare o comprovare con le proprie capacità, ma *si vive il dubbio* come la condizione esistenziale che in quel momento ci riguarda interiormente.

Nello stato di salute le intenzioni corporee si proiettano verso i loro scopi specifici, sostenendo la persona nella realizzazione di progetti, idee e relazioni. Per chi soffre di orticaria dermatografica, di anemia, o chi ha frequenti giramenti di testa, ad esempio, ogni progetto, idea o relazione viene invece adombrata dal dubbio che il proprio corpo non possa portarla avanti, non riesca a mantenere il controllo o a restare cosciente: il corpo dubita di sé e vive all'ombra del sospetto. Si tratta di un dubbio che talvolta può anche bloccare *a priori* ogni intenzionalità, perché il timore di non farcela e una diffusa «situazione di incertezza a livello corporeo»¹⁵⁵ possono affossare la persona e arrestarla in una specie di *impasse* vissuta sul piano pratico dell'agire.

In questo senso, esiste una differenza tra un dubbio metodico dell'intelletto e un *dubbio corporeo* – per quanto corpo e mente possano essere relativamente distinti ma non separati dal punto di vista dell'esistenza – perché mentre in un dubbio mentale, o in una supposizione dell'intelletto, il dubitare è ciò che alimenta il pensiero, lo anima e lo spinge alla ricerca di quelle verità altrimenti invisibili, nei casi estremi di esperienza del *dubbio corporeo* il dubbio è ciò che può irretire o frenare l'esistenza, addirittura incagliarsi nell'unica verità concessa: il dubbio stesso, dal quale non c'è scampo. Sul piano pratico ciò può voler dire che di fronte all'idea di non farcela, o che il corpo tradisca all'ultimo, *meglio non avventurarsi in nessun progetto, meglio non rischiare*. Nei caso di situazioni meno gravi il dubbio può anche accompagnare o “colorare” ogni singola occasione di esistenza, perché «il senso del dubbio corporeo non scompare rapidamente e silenziosamente una volta iniziata l'attività»¹⁵⁶: andare a fare la spesa significa prendere i prodotti sugli scaffali alti, spingere il carrello tra i vari reparti

¹⁵⁴ Continua Carel: «In effetti, le attività corporee impegnative, come gli sport competitivi, si definiscono come un'esplicita spinta ai limiti delle prestazioni corporee e della psicologia ad esse associata» (Ivi, p. 90 [trad. nostra]).

¹⁵⁵ L. Galvagni, *Narrazioni cliniche*, cit., p. 73.

¹⁵⁶ H. Carel, *Phenomenology of Illness*, cit., p. 87 [trad. nostra].

e sollevare pesi percependo continuamente questa sensazione, come una seconda pelle che trasuda un dilemma e «rimane costantemente presente, appesantendo ogni passo»¹⁵⁷.

Il dubbio corporeo può esistere sia secondo una certa *gradualità*, che varia in durata e intensità specifica, sia secondo una certa *estensione*, che riguarda aspetti del funzionamento corporeo che possono essere particolari oppure avvolgenti e onnipervasivi. Ad esempio: avere l'influenza significa comprendere che sarà momentanea, presto finirà e di conseguenza anche il dubbio corporeo si dissolverà insieme ai sintomi (durata breve e intensità bassa), mentre avere il morbo di Parkinson vuol dire esperire un accrescimento progressivo di questa sensazione che si intensifica col passare del tempo (durata e intensità in continua crescita); oppure si può dubitare di un'azione particolare, come salire le scale, ma non dubitare della capacità di equilibrio (dubbio circoscritto); o ancora si può provare un senso di dubbio sulla completa capacità di stare in piedi, rimanere coscienti e vigili in posizione eretta per lungo tempo (dubbio diffuso)¹⁵⁸.

Di certo, ogni dubbio comporta vivere un profondo e radicato senso di inadeguatezza, insicurezza e preoccupazione, come se si incorporasse e vivesse un insidioso complottismo interno. Ciò spinge Carel a ravvicinare il dubbio corporeo, ma non a identificarlo, agli attacchi di panico o agli stati ansiogeni¹⁵⁹, nei quali la persona si ritrova affossata nelle sabbie mobili dell'incapacità, circuita da una nera nebbia di minaccia da cui pare stia per abbattersi l'imponderabile. La percezione di dubbio sperimentata a livello corporeo implica, così, che si debba rinegoziare il modo di vivere nel mondo e le relazioni possibili con esso, perché ogni occasione è s-regolata o insidiata da questa atmosfera di incertezza.

¹⁵⁷ Ibidem [trad. nostra].

¹⁵⁸ Pur nella diversità dei casi e nelle diverse modulazioni nelle quali si presenta il dubbio corporeo, Carel crede anche «che questa vasta gamma di esperienze condivida caratteristiche comuni che rendono l'esperienza del dubbio corporeo filosoficamente rivelatrice, in quanto espone la struttura di come le cose siano normalmente» (Ivi, p. 93 [trad. nostra]). Anche in altri passaggi Carel suggerisce questa idea, che pare implicitamente richiamare la possibilità di strutture eidetiche che reggano il dubbio corporeo, quasi sulla scorta delle argomentazioni di Kay Toombs di cui si parlerà di seguito: tuttavia non offre un approfondimento in tal senso, né indaga maggiormente quali siano i caratteri che accomunano i diversi modi, lasciando questa ipotesi come una possibile domanda di ricerca futura. Tra le caratteristiche ricorrenti, seguendo il suo discorso, si possono semmai appuntare le seguenti: può insorgere in qualsiasi momento; invade il normale senso delle cose; rivela la portata della vulnerabilità umana che non viene solitamente considerata; fa esperire alla persona malata un senso di incapacità, che si differenzia dalla normale esperienza che si potrebbe avere nel fallimento di una prova o di un compito, perché mentre nell'esperienza del fallimento si è ancora immersi nel mondo e nei suoi significati (fallire una gara o un esame fa parte dei significati mondani), con la comparsa del dubbio corporeo si percepisce una privazione di mondo o una sottrazione dei significati solitamente accettati, così che può voler dire quasi non riuscire ad esistere più.

¹⁵⁹ La differenza è dovuta al fatto che «sebbene l'esperienza del dubbio corporeo e dell'attacco di panico possano essere simili (acuto senso di disturbo, ansia nella capacità di respirare o di restare coscienti, ecc.), il dubbio corporeo è appropriato alla situazione e associato a credenze vere, mentre gli attacchi di panico sono inappropriati alla situazione e spesso associati a credenze false (ad esempio, un individuo giovane e sano che pensa "sto per morire")» (Ivi, p. 94 [trad. nostra]).

Tuttavia, precisa Carel, caratteristica importante del dubbio corporeo è il fatto di non essere un mero stato psicologico o una condizione mentale, sebbene abbia certamente delle ripercussioni psicologiche. Inoltre di esso si può parlare e può essere, per così dire, concettualizzato dalla persona che lo prova, ma la sua esperienza è soprattutto vissuta corporalmente, «è una sensazione fisica di dubbio ed esitazione che si manifesta nel corpo. Non è esclusivamente cognitivo, anche se può essere espresso in proposizioni»¹⁶⁰.

Se nella filosofia il dubbio resta un'espressione che si dà principalmente con l'elaborazione mentale, nella malattia si vive un dubbio che coinvolge la carne della corporeità: un dubbio che pare manifestare l'esperienza di malattia quasi come una forma di filosofia incarnata, nella misura in cui le certezze acquisite vengono meno e emergono in modo problematico istanze diverse a cui dover rispondere: quelle dei possibili o nuovi rapporti del corpo col mondo e con sé.

Se la filosofia è un atto di scoperta e attenzione ai fenomeni, l'esperienza di malattia espone alla scoperta forzata delle funzionalità e disfunzionalità del corpo, costringe a prestargli attenzione anche non volendo e a vivere quel dubbio intrinseco, mai pacificato, come chi guarda con occhio critico il mondo. Esperire una malattia, poiché porta a considerare fenomeni altrimenti scontati, è in una certa misura vivere una filosofia esistenziale incorporata in cui si diviene l'oggetto problematico delle proprie attenzioni: un soggetto che dubita di sé in quanto il dubbio è innervato e nascente dalla propria corporeità.

4.4. Per una diversa definizione della malattia, a partire dalle caratteristiche tipiche

Poiché ogni malattia comporta un'alterazione nel processo di incorporamento e nelle caratteristiche del corpo vivo, si potrebbe pensare che esistano delle proprietà generali e comuni a tutte le esperienze di malattia. Mentre il corpo vivo trova sempre nuove realtà d'esperienza secondo modalità ricorrenti, l'esperienza vissuta di ogni malato potrebbe avere degli elementi caratteristici che, pur diversamente dati a seconda di ogni patologia, vengono tuttavia anche a riproporsi rivelando delle invarianti. In fondo, da un certo punto di vista, sebbene esista una

¹⁶⁰ Ivi, p. 96 [trad. nostra]. Per meglio comprendere questo aspetto, Carel fa l'esempio dei pazienti affetti da patologie respiratorie, i quali possono descrivere le difficoltà provate, ma questa descrizione resta purtroppo insoddisfacente dal momento che la paura e il dubbio di non riuscire a respirare (che ha un fondamento razionale) è comunque sovrapposta e identificata con la stessa difficoltà respiratoria (che costituisce la patologia stessa), per questo «le caratteristiche psicologiche di questa esperienza sono il risultato del dubbio corporeo, non il dubbio stesso» (Ivi, p. 97 [trad. nostra]).

differenza innegabile tra un'aritmia cardiaca e un'inflammazione gastrica, le persone che ne sono affette si ritrovano comunque similmente accomunate da una impossibilità pratica nel portare avanti certi compiti, vivere la trasparenza del proprio corpo e agire nel mondo potendo tacitamente affidarsi ad esso.

Ogni *disease* viene distinta a partire da una precisa descrizione naturalistica¹⁶¹, che difficilmente si sovrappone a un'altra (un'asma non sarà mai paragonabile a un'artrite, né un cancro ad un'infezione virale), e la cui cifra distintiva va poi ad arricchire l'elenco nosologico indispensabile alla ricerca biomedica e al processo diagnostico. Resta però aperta la questione se anche la *illness* esperita si possa dire altrettanto singolare, dato che sembra esserci un senso di malessere generale, una sensazione di eccezionale ineffabilità che si ripropone in ogni condizione di malattia, lasciando presupporre l'esistenza di fattori che si ripresentano nel corso di un'esistenza quando ci si ammala, o perfino ricorrenze riscontrabili tra un ammalato e l'altro. Molti, infatti, si ritrovano in una specie di “sentire reciproco” mentre vivono una malattia, quando condividono le loro difficoltà gli uni agli altri o si confrontano sulle proprie esperienze personali: “anche a me accade questo”, “anch'io mi sento così”, “mi ritrovo nelle tue parole, perché per me è la stessa cosa”. Uno stesso sentire che, senza implicare alcun atteggiamento empatico o di mutuo riconoscimento, accomuna i malati e pare riproporre l'identico in modo diverso.

In questo senso, ancora Kay Toombs, ha cercato di ritracciare delle caratteristiche tipiche – potremmo parlare di strutture eidetiche in senso husserliano, ovvero delle proprietà invarianti e universali proprie di ogni vissuto di malattia – che paiono tutte convergere nel segno di una perdita: come la *perdita di integrità*, la *perdita di certezza*, la *perdita di controllo*, la *perdita della libertà di agire* e la *perdita del mondo familiare*.

Si tratta allora di ripercorrere brevemente queste caratteristiche, che sembrano connotare ogni malessere secondo un certo grado di invarianza, analizzare la loro supposta universalità e interrogarsi su una nuova definizione della malattia, possibile nel momento in cui viene intesa come un vissuto nell'esperienza della persona malata.

¹⁶¹ Per rigore metodologico, va anche precisato che la descrizione delle patologie secondo la loro classificazione si articola secondo *eziologia* (che studia la causa), *patogenesi* o *fisiopatologia* (che approfondisce il meccanismo d'insorgenza di un processo patologico, nonché il suo sviluppo e accrescimento, ovvero come si è arrivati a una tale condizione) e descrizione dei *sintomi* riportata dai pazienti o dei *segni* riscontrati dal medico. Per un approfondimento si veda. L. Tesio, *I bravi e i buoni*, cit. pp. 85-86.

a) *Perdita di integrità*

Nella misura in cui la malattia porta a centralità la dimensione oggettiva e materiale del corpo, oltreché il suo funzionamento, essa turba quell'unità chiasmatica che il corpo intrattiene col mondo e con la soggettività della persona, che allora si esperisce come un corpo malato e si avverte la perdita di una precedente integrità. Il *mio* corpo diviene un insieme di aggregati, tematizzabili ciascuno per sé – come la gamba infiammata, la schiena contratta, l'addome congestionato e pulsante o il battito cardiaco accelerato. Emerge la natura “macchinico-organica” e funzionale del corpo, come fosse un insieme di parti atomiche misteriosamente legate. Viene a perdersi una certa compattezza (quel chiasma, appunto) che si spezzetta in accidenti sparsi, dolori locali, mentre l'ambiente intorno si popola di ostacoli cui porre attenzione. Oltre al corpo, anche la soggettività può frammentarsi: «la persona vive infatti una crisi del suo spazio, il corpo, del suo tempo, nelle diverse dimensioni che lo caratterizzano, e a partire da essi una crisi del suo senso di identità»¹⁶².

Il corpo soggettivo deve concentrarsi sulla particolarità di ogni parte del corpo oggettivo: scontrarsi con la contrazione del ginocchio, lo spasmo del muscolo o il formicolio al petto, le quali emergono come parti soliste e disgregate in una concertazione corporea che prima era altrimenti eseguita come un *ensemble*. E nello scontrarsi con queste parti singolari, la soggettività può venire affossata o frammentata, non riesce più a sentire quell'unità che prima la costituiva, e che ora è sempre *qua o là*, nella testa che picchia o nel respiro che manca.

Questo vissuto non resta circoscritto all'arco temporale della malattia, può trascinarsi anche oltre, lasciando un alone di sospetto anche nel futuro, quando si è guariti e la malattia è alle spalle: perché «dopo aver sperimentato la malattia, ci si rende conto che non si può più dare per scontata la futura conformità del corpo. [...] la perdita di interezza sperimentata nella malattia si manifesta non solo come una minaccia al corpo, ma anche come una minaccia concreta al proprio sé»¹⁶³, sempre in agguato.

b) *Perdita di certezza*

La malattia espone al rischio, non si è più certi della concreta fattibilità dei progetti futuri o della realizzabilità degli obiettivi previsti nel lungo periodo. Compiere un'azione vuol dire

¹⁶² L. Galvagni, *Narrazioni cliniche*, cit., p. 205. Continua Galvagni «la persona sperimenta diversamente anche la propria soggettività: fa esperienza della propria individualità e del limite [...] La crisi della malattia si può manifestare perciò come crisi della soggettività della persona. In questa crisi della soggettività incontrare l'altro ed entrare in relazione, in particolare nella relazione di cura, rappresentano un primo modo di affrontare le tappe di un percorso di ripresa e guarigione» (Ivi, p. 207).

¹⁶³ S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness*, cit., p. 91-92 [trad. nostra].

esporsi a un dubbio: *ce la farà?* Oppure: *il mio corpo reggerà?* In generale «i vissuti raccontati [dai pazienti] riportano spesso una condizione di incertezza, difficoltà, estraneità o di vera e propria crisi. I sintomi di una malattia, nella loro imprevedibilità e nella loro difficile gestione, mettono spesso il paziente in una condizione di disagio»¹⁶⁴. Anche l'ambiente o gli spazi pubblici possono apparire rischiosi e diventare una fonte di insicurezza. Ad esempio, se solitamente uscire di casa poteva darci la spensieratezza di passare un momento piacevole in piazza, con amici o conoscenti, per i soggetti con un sistema immunitario deficitario i luoghi condivisi possono assumere le sembianze di una potenziale minaccia, lo spazio rischioso in cui contrarre una malattia virale, fino a farne diventare la frequentazione un fattore di ansia, come si è sperimentato in modo condiviso con l'esperienza della sindemia da Sars-CoV-2, anche a causa di slogan fuorvianti richiamanti al *distanziamento sociale*¹⁶⁵.

c) *Perdita di controllo*

Quando si è malati il corpo non è più sotto le nostre redini, bensì siamo condizionati dalle sue capacità e incapacità. Non possiamo controllarlo, se non cercando di limitare i rischi a cui è esposto e moderandone gli sforzi. Talvolta, anzi, si deve sottostare alla volontà del corpo che inizia ad affannarsi, impone di sedersi e non proseguire, lasciando perdere ciò che si stava facendo.

La perdita di controllo, peraltro, può essere percepita e vissuta tanto più drammaticamente quanto più ci si credeva invulnerabili a qualsiasi attacco, infrangibili al tocco del tempo, o quanto più una società – avanzata sotto il profilo tecnologico e industriale – fa credere di poter dominare qualsiasi aspetto dell'esistenza, compresa la salute e il suo efficientamento. In una tale società, la malattia può facilmente essere considerata semplicemente come un limite medico, una temporanea lacuna scientifica per cui ancora non si riesce a risolvere un problema che, si è convinti, certamente fra non molto sarà sotto controllo: come se la salute fosse un sofisticato aggiornamento di software, che spetta alla medicina installare nell'hardware del

¹⁶⁴ L. Galvagni, *Narrazioni cliniche*, cit., p. 73.

¹⁶⁵ Con *slogan fuorvianti* intendo la necessità di operare una doverosa distinzione tra *distanziamento fisico*, necessario per ridurre le occasioni di contagio e non mettere a rischio persone con patologie pregresse, e il *distanziamento sociale*, che indica un prendere distanza dalla socialità o dalla qualità relazionale che dal fattore fisico può nascere. Proprio laddove il *distanziamento fisico* si rendeva necessario in senso preventivo e di cautela nella gestione della sindemia, il *distanziamento sociale* non lo era; anzi la socializzazione era fattore positivo di accomunamento, senso di vicinanza e prossimità di intenti, anche cercando strategie per nuove forme di relazione. Ricordiamo che mentre la *pandemia* si riferisce ad una epidemia diffusa a lungo raggio, la quale intacca intere popolazioni, nazioni o continenti, con *sindemia* si intende il complesso insieme di problemi di salute, sociali, ambientali, politici ed economici derivanti dall'interazione tra due (o più) epidemie, o da un'epidemia e ulteriori fattori di complicazione: ragion per cui la diffusione del Coronavirus Sars-CoV-2 (Covid-19) è da ritenersi più una *sindemia*, che non una *pandemia*.

corpo umano: in tal senso, «la tecnologia che promette redenzione intensifica paradossalmente la perdita di controllo esperita nella malattia»¹⁶⁶.

d) *Perdita della libertà di agire*

L'avvento di una patologia sottrae possibilità di azione, la diminuisce sia rispetto al tempo che allo spazio, talvolta costringe ad uno stato di completa dipendenza da altre persone (i familiari, i caregivers, il personale sanitario) o da un certo apparato tecnologico, come bombole di ossigeno, tutori, sonde di monitoraggio o di iniezione, esoscheletri o stampelle. La «sopravvenuta dipendenza dalle circostanze e dagli altri»¹⁶⁷ riduce la libertà di azione.

Pure una certa libertà decisionale può venire compromessa, perché se la malattia comporta dolore, e in particolare dolore acuto, si rivela difficile compiere delle scelte, pensare razionalmente o argomentare le proprie posizioni: e perciò, anche, decidere del proprio piano terapeutico insieme ad un medico. Il dolore martella, mentre scegliere e mettere in pratica la propria libertà di decisione richiede a volte un intermezzo di riflessione e una mente sgombra da sollecitazioni e interferenze di disturbo, che impediscono di mantenere lo sguardo rivolto alla questione di interesse. Queste ragioni spiegano l'importanza di un contributo attivo e un coinvolgimento partecipato di altre persone, nella vita della persona malata, facenti parte della rete parentale o amicale, che possano aiutarla a disporre della propria libertà di scelta e azione nel migliore dei modi.

e) *Perdita del mondo familiare*

Con mondo familiare non ci si vuole riferire, in questo caso, alla rete familiare, fatta di parenti e amici, che supporta la persona malata, bensì al fatto che il particolare e personale modo di vivere, prima dato per scontato, ora si dimostra alieno, estraniante. Anche alzarsi dal letto può diventare una mossa gravosa, così come bere un bicchier d'acqua e deglutire uno sforzo inaspettato (al contrario di quanto facile lo vorrebbe far credere il motto comune): «la persona malata non è in grado di svolgere le normali attività, di partecipare al mondo quotidiano del lavoro e del gioco»¹⁶⁸.

Con la malattia può innescarsi pure un processo di isolamento per cui il mondo abituale diviene tanto più lontano quanto più gli altri, che prima ne facevano parte, continuano a condurre la loro vita come se niente fosse e talvolta rimarcando involontariamente che loro

¹⁶⁶ S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness*, cit., p. 94 [trad. nostra].

¹⁶⁷ V. Costa, L. Cesana, *Fenomenologia della cura medica*, cit., 110.

¹⁶⁸ S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness*, cit., p. 96 [trad. nostra].

possono continuare a fare ciò che vogliono, mentre a noi, malati, non è più concesso. Il giornalista sotto casa che ci aspettava ogni mattina per darci le notizie del giorno continua a vendere i giornali a qualcun altro, quel collega con cui andavamo in ufficio insieme va a lavorare come sempre e gli amici non mancano l'appuntamento all'aperitivo del weekend, mentre noi siamo costretti al letto senza notizie, senza lavoro e senza percepire differenza alcuna tra giorni feriali e festivi.

Sicuramente la maggior parte delle persone ammalate può aver esperito una o più di queste situazioni¹⁶⁹, così da poter avvalorare l'ipotesi secondo cui esisterebbero dei caratteri ricorrenti nell'esperienza di malattia. D'altra parte, però, sono state avanzate anche delle critiche, riferibili alla particolarità dei casi e delle modalità proprie con le quali ciascuna persona affronta la malattia. Modalità che dipendono da diversi fattori che concorrono al carattere particolare con cui ciascuno soffre, agisce e reagisce alla propria condizione. Il fatto che si diano modalità diverse di soffrire la malattia, da parte di persone differenti, ha fatto ritenere ad alcuni che si debba valutare come insostenibile la pretesa di Kay Toombs. Come Carel che non crede si possano individuare delle caratteristiche eidetiche¹⁷⁰. Tra le diverse critiche, possiamo ripercorrerne due principali.

In primo luogo, quando si parla di esperienze di "perdita" si implica la presenza della capacità di percepire e vivere una perdita, ma non tutti i soggetti esperiscono la perdita in quanto tale: come i pazienti in stato di coma, di inconsapevolezza, oppure laddove un danno neurologico non permette una cognizione dei mutamenti che avvengono nel corpo o nella propria esistenza. Si danno casi in cui si ignora la malattia perché essa è silente, come nella comparsa di un tumore che non dà sintomi; oppure casi di persone che sono inconsapevoli del proprio deficit perché la malattia stessa li ha resi indifferenti al proprio stato.

Una descrizione celebre, e abbastanza umoristica, è offerta da Sacks quando parla del caso di un uomo affetto da agnosia visiva. Costui aveva perso la facoltà di raffigurazione e creazione mentale delle immagini, smarrendo così anche il senso del concreto e della realtà: ciò lo portava a confondere gli oggetti oppure a non saperli tematizzare in quanto tali. Ma mentre

¹⁶⁹ Alle perdite elencate da Kay Toombs, Costa e Cesana aggiungo anche l'alterazione del mondo percepito, che implica una *perdita dell'originario rapporto figura/sfondo* perché, come detto in precedenza, ciò che prima ci appariva come fosse in primo piano (il concorso da superare, la casa da arredare, la vacanza e il viaggio prenotati tempo fa) «piano piano diviene sfondo o svanisce del tutto, certe possibilità d'azione non sono più disponibili, poiché vengono sottratte dalla malattia o dal deficit», mentre il corpo avanza alla ribalta della nostra attenzione insieme al suo dolore e alla sua imprevedibile gestione. (V. Costa, L. Cesana, *Fenomenologia della cura medica*, cit., p. 111).

¹⁷⁰ Cfr. H. Carel, *Conspicuous, Obtrusive and Ostinate: a Phenomenology of the Ill Body*, in D. Meachem (ed.), *Medicine and Society. New Perspectives in Continental Philosophy*, Springer, Dordrecht 2015, pp. 105-123.

la moglie, che viveva con lui, si era accorta di una certa sua “stranezza”, egli continuava a vivere la propria vita come nulla fosse. Tanto è vero che, dopo un incontro con lo specialista, «convinto che la visita fosse finita, si guardò intorno alla ricerca del cappello. Allungò la mano e afferrò la testa di sua moglie, cercò di sollevarla, di calzarla in capo. Aveva scambiato sua moglie per un cappello! La donna reagì come se fosse abituata a cose del genere»¹⁷¹.

In secondo luogo, come detto in precedenza, ogni singola esperienza di malattia è anche connotata dallo specifico ambiente culturale entro cui si inserisce (*sickness*) e la dimensione della perdita non può quindi che essere legata anche ad un sottostante sistema di valori dato dalla società, la stessa che contribuisce a creare il valore di *perdita* o *guadagno*¹⁷². Se l'*integrità*, il *controllo* o la *libertà di azione* sono considerati dalla società parte costitutiva del soggetto, sicuramente la persona ne soffrirà la scomparsa; ma se la persona malata vive in una società in cui la vulnerabilità umana rappresenta una condizione intrinseca e non accidentale, in cui l'*integrità* dell'individuo non è sganciata dal complesso naturale, cosmico, spirituale o dove non c'è una libertà di azione e di autodeterminazione del singolo, allora queste perdite non saranno vissute come tali o verranno considerate in modo relativo¹⁷³.

Peraltro anche nell'esperienza di perdita esiste una certa gradualità, tale da rendere ogni esperienza del genere qualcosa di peculiare, perché «una perdita viene vissuta in modo diverso se è considerata temporanea (ad esempio, la frattura di un osso), permanente (ad esempio, l'amputazione) o progressiva (ad esempio, un cancro aggressivo). Può diventare particolarmente opprimente e difficile se è incerta (malattia progressiva in cui il tasso di progressione è variabile o sconosciuto)»¹⁷⁴.

Infine, aggiungiamo noi, esistono anche casi particolari dove la perdita deve confrontarsi con la specificità della persona e della sua condizione preesistente. La malattia di un disabile può rappresentare un esempio paradigmatico. Infatti, se la disabilità solitamente già sottrae certe occasioni, la comparsa di una malattia diventa un elemento aggiuntivo di malessere, ma non costituisce una perdita di quelle possibilità che erano già assenti per la persona disabile, come il non poter muovere un arto (perdita di controllo) o frequentare certi

¹⁷¹ O. Sacks, *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*, cit., p. 26.

¹⁷² In effetti, appunta Carel: «La possibilità e l'intelligibilità di questi modelli di perdita e guadagno dipendono da una concezione più ampia della natura e del valore della malattia e della vita umana» (H. Carel, *Phenomenology of Illness*, cit., p. 67 [trad. nostra]).

¹⁷³ Sempre Carel afferma: «La malattia, che nel racconto di Kay Toombs è nettamente allineata alla perdita, potrebbe essere percepita in modo diverso in altre culture. Inoltre, la nostra cultura privilegia la giovinezza e la salute e percepisce la malattia come una forma di debolezza o addirittura di fallimento personale. Altre culture ed epoche valorizzano la vecchiaia e la saggezza e l'esperienza ad essa associate, quindi possono avere un atteggiamento molto diverso nei confronti della malattia e della fragilità» (Ivi, p. 66 [trad. nostra]).

¹⁷⁴ *Ibidem* [trad. nostra].

luoghi (perdita di certezza). In questo caso, la malattia si somma alle incapacità di un corpo che già viveva una certa perdita di mondo, sebbene la perdita rappresentata dalla disabilità non sia di per sé una condizione patologica. Divenire malati vuol dire anche vivere una certa esperienza di disabilità, ma essere disabili non vuol dire essere malati. Le due cose possono sommarsi e relativamente sovrapporsi, ma non confondersi.

Ciò è tanto più vero non solo rispetto ad una *disabilità acquisita* nel corso del tempo – in cui i limiti e le incapacità del corpo insorgono in modo repentino –, ma soprattutto di fronte ad una *disabilità congenita* che ha messo la persona già dalla nascita nelle condizioni di adattarsi e risolvere diversamente le difficoltà del proprio corpo: rompersi un ginocchio per un paraplegico può voler dire vedere la propria gamba ingessata, ma comunque distesa e inservibile sulla sedia a rotelle come lo è sempre stata.

Per questi motivi, le caratteristiche tipiche di cui parla Kay Toombs possono essere considerate valide come dei fattori generalizzabili, ma le si dovrebbero riferire, perlopiù, a persone coscienti e con una complessa capacità di cognizione, elaborazione personale e del proprio vissuto, normodotate e che vivono in un contesto occidentale in cui sono radicati certi valori come l'autonomia o l'inviolabilità corporea.

Tenuto conto di questa cornice di problematizzazioni, possiamo dire – con Costa e Cesana – che nell'esperienza di malattia vengono ad alterarsi tre principali aperture intenzionali che «*costituiscono l'esistenza umana, cioè l'orizzonte delle possibilità, l'esperienza degli altri e il rapporto all'avvenire*»¹⁷⁵. Nell'esperienza di malattia non avvengono solamente delle perdite, ma poiché si altera il rapporto di mediazione corporea, ecco che l'intenzionalità e la sporgenza dell'umano verso il mondo mutano rispetto ad un precedente e conosciuto ordine di co-implicazione. Insieme alle perdite, possono darsi anche delle riconfigurazioni di possibilità. Interpretando liberamente questa triplice mutazione, si può allora dire che:

1. *Le occasioni di mondo si restringono*, si rivelano circoscritte a certe condizioni a cui bisogna aderire: non tutto è accessibile, certe opportunità non sono più tali e ogni azione deve tener conto di questi limiti¹⁷⁶;

¹⁷⁵ V. Costa, L. Cesana, *Fenomenologia della cura medica*, cit., p. 112, corsivo degli autori. In diversi passaggi del testo gli autori fanno riferimento a questa triplice alterazione delle aperture intenzionali, pur mancando tuttavia un approfondimento specifico di esse.

¹⁷⁶ In una certa misura, ciò è vero non solo nella malattia ma anche nello stato di salute perché un soggetto normodotato e in piena salute alto 1,60 difficilmente potrebbe diventare un giocatore di basket professionista; un culturista ipertrofico nel pieno della sua forma fisica non potrebbe fare il contorsionista, né avere una elevata capacità intellettuale è condizione sufficiente per diventare cadetti astronauti e andare nello spazio. Per dire che anche nello stato di salute esiste un orizzonte di possibilità nella realizzazione del proprio poter essere che resta entro certi limiti, sebbene non così circoscritti come possono essere nella malattia.

2. Il rapporto con gli altri deve essere modulato diversamente perché lavorare, giocare, vivere e mettersi in relazione significa preventivamente tener conto di come il corpo può rispondere a questi scenari. Ciò non significa necessariamente che il rapporto con gli altri sia leggibile solo sotto il segno di una perdita – come sembra suggerire Kay Toombs rispetto alla *perdita del mondo familiare* – ma la relazionalità può anche trovare nuove forme e darsi in un modo inedito, oppure strutturare occasioni prima nemmeno ipotizzabili. Ovviamente ciò richiede un’assunzione consapevole del cambiamento e la messa in opera di strategie per farvi fronte.

3. *L’orizzonte temporale si riconfigura*¹⁷⁷, quello che poteva essere percepito come un tempo di lungo respiro, ora può costringere a fare scelte imminenti, si può vedere l’avvenire come un susseguirsi di step, tappe da raggiungere, obiettivi da colmare. Quello che era un domani pieno di futuro, con la malattia può essere percepito come un tempo immobile¹⁷⁸, un tempo senza tempo, inchiodato a un eterno presente, oppure come un tempo di tramonto dove ogni nuova mattina già volge al calar della sera e il futuro è dissolto¹⁷⁹, perché «nella malattia si sperimenta anche una crisi della temporalità. Cambia molto il senso del tempo, sia in relazione al tempo proprio e della propria storia di vita, sia rispetto alla consapevolezza che del proprio tempo si ha, sia ancora rispetto al tempo della società nella quale si vive e con la quale si interagisce»¹⁸⁰. Forse, più propriamente, si potrebbe parlare di una riconfigurazione dell’orizzonte spazio-temporale, perché nel rimodularsi della temporalità anche la spazialità acquista diverse forme: i luoghi possono divenire limitanti, ostacolanti o perniciosi e in particolare i luoghi pubblici fonti di disagio, esposizione e giudizio. Così, col mutare dell’ordine spazio-temporale che rappresenta una condizione di possibilità del vivere e delle relazioni, il più complesso ordine di esperienza e relazionale si ricostituisce¹⁸¹.

¹⁷⁷ Cfr. J. B. Brough, *Temporality and Illness: A Phenomenological Perspective*, in S. Kay Toombs (ed.), *Handbook of Phenomenology and Medicine*, cit., pp. 29-46.

¹⁷⁸ Ad esempio, come suggerisce Micali, nella depressione si esperisce una forma di temporalità del tutto particolare: il futuro non esiste, il presente è costante ripetizione di sé stesso e il passato è colpa. Mi riferisco qui ai seminari tenuti da Micali come Visiting Professor presso la *Scuola di Studi Superiori G. Leopardi* di Macerata nell’a.a 2022-2023; per un approfondimento cfr. S. Micali, *Tra l’altro e se stessi. Studi sull’identità*, Mimesis, Milano-Udine 2020.

¹⁷⁹ Afferma Kay Toombs: «L’esperienza abituale del tempo e dello spazio subisce un cambiamento significativo. L’inevitabile preoccupazione con il dolore, la malattia o l’incapacità, ci radica sul momento presente. La malattia tronca l’esperienza. Il futuro (a lungo o breve termine) viene improvvisamente disabilitato, reso impotente e inaccessibile» (S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness*, cit., p. 97 [trad. nostra]).

¹⁸⁰ L. Galvagni, *Narrazioni cliniche*, cit., p. 206.

¹⁸¹ Sempre Galvagni si sofferma su questo aspetto, evidenziando che «la reinterpretazione e la riorganizzazione dello spazio del corpo che la malattia implica ha un profondo impatto anche sul piano emotivo. Le relazioni che noi stabiliamo e viviamo con le altre persone prendono forma nello spazio e nel tempo, pertanto quando si modificano queste condizioni si modifica anche il nostro modo di percepire e di vivere la nostra identità, la nostra autonomia, la nostra capacità di interazione» (Ivi, p. 207).

Ciò che si può individuare come ricorrente in modo emblematico, sia nelle diverse caratteristiche tipiche individuate da Kay Toombs sia nella modificazione delle tre aperture intenzionali di Costa e Cesana, è il fatto che ogni esperienza di malattia comporti una mutazione, una alterazione, più o meno radicale. Ovvero, poiché il corpo media in modo differente il rapporto col mondo e poiché il mondo stesso appare come qualcosa di diverso da come lo perceivamo in salute, l'esperienza di malattia può essere detta non semplicemente come un'alterazione fisiologica, ma come *la percezione del venir meno dell'abituale rapporto di esistenza ed esperienza col nostro corpo, che ora emerge come presenza invadente, attraverso cui si esperisce l'incapacità a portare avanti progetti e compiere il proprio poter essere nel mondo in modo consueto*¹⁸².

Non potendo offrire una definizione esaustiva, capace di comprendere l'unicità di ogni singolo caso senza cadere nel vizio di parzialità, a livello generale possiamo mantenere valida la cornice di riferimento individuata sulla scorta della lettura di Kay Toombs, ma nel senso di un'alterazione deprivativa delle modalità che venivano esperite prima dell'insorgenza della malattia. *L'esperienza di malattia "prende corpo" e si incarna proprio quando la percezione corporea inizia a mediare diversamente il rapporto col mondo, perché i modi consueti non sono più disponibili.*

Nell'esperienza di malattia è la più complessa percezione dell'esistenza che si riconfigura: perché mutano le opportunità, le relazioni possibili, la qualità esperita che caratterizza ogni vissuto e che va a coinvolgere anche in generale il mondo in cui si abita. Con un riferimento letterario, non molto lontano da quella che potrebbe essere un'esperienza concreta, basti pensare al caso di Ivan Il'ič quando esce dallo studio del medico dopo aver richiesto un consulto per un grave colpo al fianco:

Ivan Il'ič era uscito lentamente, era salito, malinconico, sulla slitta e era tornato a casa. Per tutta la strada non aveva smesso di ripetersi quel che gli aveva detto il dottore, cercando di tradurre in un linguaggio semplice tutte quelle parole scientifiche ingarbugliate, confuse, e di leggerci una risposta alla domanda che lo tormentava: stava male, molto male, o non era niente? E gli era sembrato che il senso di tutto quel che aveva detto il dottore fosse che stava molto male. Tutto, per strada, era sembrato triste, a Ivan Il'ič. I cocchieri erano tristi, le case erano tristi, i passanti, le botteghe erano tristi. Quel dolore, quel dolore remoto, sordo, che non smetteva neanche per un secondo, sembrava avesse preso, alla luce degli oscuri discorsi del dottore, un nuovo significato, più grave. Ivan Il'ič gli prestava adesso ascolto con un nuovo sentimento di pericolo.¹⁸³

¹⁸² Anche Rugarli afferma: «La malattia è un venir meno dell'idoneità del corpo a svolgere il progetto della vita di un individuo» (C. Rugarli, *Medici a metà. Quel che manca nella relazione di cura*, Raffaello Cortina, Milano 2017, p. 144).

¹⁸³ L. Tolstoj, *La morte di Ivan Il'ič*, trad. it. Feltrinelli, Milano 2019, p. 55.

Con la malattia non è solo il corpo ad ammalarsi, ma il mondo abitato e vissuto. Il mondo che ora è letto attraverso “gli occhi” della malattia i quali fanno l’esperienza di un nuovo sguardo sul mondo: incerto, dubbioso, vulnerabile, incrinato rispetto alla tradizionale fiducia. Il corpo proietta nel mondo il proprio sguardo malato e altrettanto ora introflette la percezione che prima riversava nel mondo: con la malattia la persona malata diviene l’oggetto involontario e inevitabile delle proprie attenzioni.

5. *Per una postura clinica della medicina e nella diagnosi*

Il passaggio dalla malattia all’esperienza di malattia non è certo cosa di poco conto dal punto di vista epistemologico. È un cambio di prospettiva rilevante che riguarda anche l’impostazione dei percorsi formativi, nei quali appunto l’esperienza di malattia non può essere messa tra parentesi per fornire solo una conoscenza analitica dell’ente-malattia¹⁸⁴ (*disease*), ma è importante inoltre per la progettazione e costruzione dei luoghi di cura, nonché l’organizzazione sanitaria nel suo complesso.

Non basta che il medico rilevi dati da commisurare a parametri standard, si riferisca a classi nosologiche, magari addirittura considerando la dimensione esistenziale del paziente irrilevante o d’intralcio.

È convinzione diffusa che, soprattutto nel momento diagnostico, un medico non abbia che da scovare la causa eziologica, comprendere il processo patogenetico che insorge nello sviluppo di una malattia, evidenziare eventuali correlazioni causali e così intervenire al fine di prescrivere, poi, un piano terapeutico corrispondente o una cura farmacologica preferibile. E certamente questi elementi non possono essere tralasciati, in quanto apportano dei vantaggi in termini di sapere scientifico e trattamento delle malattie. Si deve riconoscere che si tratta di vantaggi che hanno anche accelerato esponenzialmente un certo tipo di conoscenza medica: «il modello determinista-riduzionista è riuscito, meritoriamente, a riconoscere meccanismi dietro le descrizioni e possibili cause dietro i meccanismi»¹⁸⁵. Ma se questa modalità di intervento si rivela necessaria, proficua per conoscere e aggredire la malattia – intesa come un’entità oggettivabile, identificabile o quantomeno circoscrivibile – essa non è altrettanto sufficiente nell’offrire quella cura della persona intesa a promuoverne la salute, proprio perché inadeguata

¹⁸⁴ La malattia come ente è una concettualizzazione presente sia in Tesio sia in Marinelli a cui si rimanda, per un approfondimento: cfr. M. Marinelli, *Trattare le malattie, curare le persone*, cit., pp. 22-24.

¹⁸⁵ L. Tesio, *I bravi e i buoni*, cit., p. 86.

già nel momento in cui quella conoscenza deve essere trasposta nella clinica. Non è sufficiente ad una comprensione complessiva della malattia.

Una prestazione altamente specializzata e tecnicamente ineccepibile nell'accezione del *to cure* non basta per avere un gesto di cura qualificato nella modalità propria del *to care*, che pure appartiene alla vocazione della medicina se, come afferma Jaspers, «nessun uomo può venire oggettivato come intero ed essere in tal modo penetrato dallo sguardo. Oggettivarlo come intero significa appunto *mancarlo*»¹⁸⁶. Si deve riflettere attentamente sulle possibili prassi che contraddistinguono la pratica clinica, già a partire dal momento diagnostico e anamnestico, quando vengono raccolte le informazioni necessarie a “dare un nome” alla malattia, perché è proprio in queste fasi che si modulano le condizioni per instaurare una certa relazione con la persona ammalata.

Finché la visione della malattia sarà quella di un ente, più o meno localizzabile in qualche parte del corpo, e il corpo resterà inteso come il contenitore della malattia – ciò che deve essere “bucato” e reso trasparente tramite la tecnica o la tecnologia medica –, allora comporre una diagnosi significherà semplicemente raccogliere dati e capire quale, tra le patologie conosciute allo stato dell'arte, attribuire al paziente; basterà affibbiare un'etichetta alla sofferenza e lasciare la persona, per così dire, sullo sfondo delle occorrenze del suo corpo. La diagnosi, come rileva Baron, ma criticando egli stesso tale modo di considerazione, sarebbe «l'acquisizione di una serie di abilità meccaniche volte a fornire informazioni sul corpo»¹⁸⁷. In un certo senso questo è proprio ciò che avviene quando la malattia è intesa come *disease*, a prescindere dal racconto sull'esperienza di malattia, ovvero dal suo essere anche *illness*. Fare una diagnosi vorrebbe dire, così, soprattutto promuovere un'attività euristica che iscrive il paziente dentro una classe nosologica di riferimento¹⁸⁸.

Se si promuove questa visione della cura medica all'interno di un sistema sanitario ad elevata capacità “prestazionale”, cioè in un sistema che cerca di trattare il maggior numero possibile di pazienti tenuto conto delle risorse disponibili (siano esse economiche o terapeutiche), la diagnosi può anche trasformarsi, come rileva Tesio, in «una stima di “consumo di risorse”», non rimanendo all'altezza di una diagnosi in senso clinico¹⁸⁹. In tale contesto, quando lo scopo della diagnosi è già orientato solo a fornire prestazioni tecniche da

¹⁸⁶ K. Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 1991, p. 26, corsivo nostro.

¹⁸⁷ R. J. Baron, *Why Aren't More Doctors Phenomenologists?*, in D. Leder (ed.), *The Body in Medical Thought and Practice*, cit., p. 38.

¹⁸⁸ Afferma Rugarli: «La ragione per cui la clinica è un'attività euristica sta nella natura stessa della nosologia che definisce insiemi di pazienti unificati da caratteristiche stabilite a priori, ma diversi l'uno dall'altro in misura tale da essere irriducibili a un numero realisticamente finito di sottoinsiemi» (C. Rugarli, *Medici a metà*, cit., p. 85).

¹⁸⁹ L. Tesio, *I bravi e i buoni*, cit., p. 88.

“protocollo”, è come se la domanda diagnostica, indirizzandosi alla sua possibile applicazione, si rivelasse una diversa forma di distribuzione di risorse. Ciò che conta è “che cosa ti serve”, non “che cosa hai”¹⁹⁰, quindi l’incontro con il paziente non serve, importa solo la “fornitura”.

Sotto questo profilo, c’è appunto chi crede che una *diagnosi medica* possa sostanzialmente prescindere da un coinvolgimento attivo del paziente, la cui presenza si rivelerebbe necessaria solo rispetto alle occorrenze biochimiche e fisiologiche del suo corpo, a differenza invece di una *diagnosi infermieristica*, nella quale sarebbero centrali il ruolo del paziente, le sue esperienze e le risposte (individuali, familiari o comunitarie) ai problemi e ai processi di salute¹⁹¹.

Certamente, come diverso è lo sguardo sulla malattia da parte dei medici e dei pazienti, altrettanto si ha un differente approccio alla diagnosi da parte di un professionista della salute – per il quale rappresenta una modalità di ragionamento che va per opzioni, possibilità, esclusioni, seguendo dei percorsi logici fatti di premesse e implicazioni – e da parte di una persona malata, che cerca di rendere partecipe il medico di ciò che le accade, tende ad evidenziare aspetti che sono rilevanti per lei nel percorso di anamnesi e attende con preoccupazione un esito dal medico. Nella relazione di cura, il processo diagnostico non può essere facilmente assimilato all’opera di un detective: vive piuttosto del dialogo tra un massimo di sapere tecnico, o conoscenza professionale, e postura relazionale che, proprio per gli scopi specifici della diagnosi stessa, sa raccogliere informazioni interessandosi dell’esistenza: «un atto medico privo di fondamenti scientifici sarebbe cieco [...] un atto medico, privo degli aspetti umanistici, sarebbe vuoto [...] e rischierebbe quindi, pur se tecnicamente esatto, di essere umanamente sbagliato sino a correre il rischio di imprigionare il paziente in una struttura disumanizzante»¹⁹², ed anche inefficace.

Poiché la relazione medica non è esaurita da un algoritmo diagnostico, ma chiama in causa un sapere complesso ed un atteggiamento chiamato ad offrire cura all’essere umano (*to care*), e poiché una malattia non comporta una semplice alterazione fisiologica o anatomica ma coinvolge l’esistenza e l’esperienza della persona nella quale “prende corpo” il vissuto di

¹⁹⁰ Ibidem.

¹⁹¹ Daniele Chiffi ha condotto un’analisi approfondita sull’epistemologia della diagnosi e sebbene consideri anche delle possibili corrispondenze tra *diagnosi medica* e *diagnosi infermieristica*, afferma: «In linea di principio, una diagnosi medica, che riguarda essenzialmente le alterazioni biologiche e funzionali, può essere stabilita senza coinvolgere attivamente il paziente (ad esempio, in situazioni di emergenza). D’altra parte, una diagnosi infermieristica si concentra sugli ambiti sociali e umanistici del paziente (è legata al contesto), il che significa che non può esistere una diagnosi senza la partecipazione consapevole dell’individuo interessato, della sua famiglia o della comunità» (D. Chiffi, *Clinical Reasoning: Knowledge, Uncertainty, and Values in Health Care*, Springer, Cham, Switzerland 2021, p. 24 [trad. nostra]).

¹⁹² M. Marinelli, *Trattare le malattie, curare le persone*, cit., p. 26.

malattia, occorre risemantizzare il significato del momento diagnostico e le posture della sua messa in opera, senza purtuttavia negarne i caratteri anche tecnici e metodologici¹⁹³.

Per usare le parole di Costa e Cesana, si tratta di riconoscere che:

Una descrizione completa di ciò che accade nella malattia deve certo cogliere l'aspetto in terza persona, deve mettere in luce le alterazioni anatomiche, ma correlandole alle modificazioni del rapporto al mondo in esso implicita, poiché *un'alterazione anatomica è una malattia solo nella misura in cui destruttura o destrutterà il nostro rapporto intenzionale con il mondo*. Un ingrossamento prostatico benigno diviene una malattia solo nella misura in cui produce una modificazione dell'esistenza.¹⁹⁴

L'analisi dell'esperienza di malattia ha rivelato come sia una differente percezione del mondo, o più propriamente del rapporto di mediazione corporea dato nel mondo dell'esistenza, ciò che costituisce "malattia" per la persona malata. Perciò la considerazione di questa esperienza non costituisce un elemento accessorio, anzi è ciò che viene puntualmente e in prima battuta consegnato al medico, ed è sulla base della sua narrazione che egli inizia a comporre il proprio ragionamento; questi aspetti perciò, oltre quelli più propriamente fisiologici o anatomici, rientrano inevitabilmente nel momento diagnostico.

A questo proposito, secondo Carel, la fenomenologia può non soltanto descrivere e disvelare i vissuti che caratterizzano la malattia, ma anche contribuire nella pratica medica e nella diagnosi, divenendo una fedele alleata nel processo di cura della persona. Certo dal punto di vista medico l'analisi dell'esperienza di malattia non può restare una descrizione fenomenologica del vissuto, né può fermarsi a comprendere i cambiamenti esperienziali, si tratta perciò di capire come la considerazione dell'esperienza di malattia rileva nella pratica medica.

Ci sono almeno tre aspetti da tenere in considerazione.

Anzitutto i pazienti stessi, *in primis*, restituiscono e vogliono condividere al medico quale esperienza di vita vivevano prima della malattia, vivono attualmente e vorrebbero tornare a vivere. Grazie alla comprensione di queste esperienze, che qualificano i vissuti di malattia, i clinici possono acquisire una maggiore consapevolezza della malattia e del soggetto cui si rivolge la cura, maturando una postura più sensibile che aiuta ad «apprezzare l'impatto che la malattia ha sulla vita dei pazienti, non solo come effetto secondario della malattia biologica

¹⁹³ Una disamina critica sulle modalità di ragionamento e procedimento diagnostico esula dallo scopo di questo discorso. Per un approfondimento cfr. C. Rugarli, *Medici a metà*, cit., in particolare il cap. "Il metodo clinico", pp. 83-113; A. Pagnini, *Filosofia della medicina*, cit., in particolare il cap. "Forme di ragionamento e valutazione delle ipotesi nelle scienze mediche", pp. 119-140; L. Tesio, *I bravi e i buoni*, cit., in particolare il cap. "La malattia come ente autonomo", pp. 85-106. D. Chiffi, *Clinical Reasoning*, cit., in particolare la prima parte "Clinical Judgment", pp. 9-76; J. Stegenga, *Cure and Care*, cit.; D. L. Segal (ed.), *Diagnostic Interviewing*, Springer, New York 2019.

¹⁹⁴ V. Costa, L. Cesana, *Fenomenologia della cura medica*, cit., pp. 89-90.

(*disease*), ma come fenomeno primario»¹⁹⁵ in quanto esistenza incarnata della persona. E questo rileva ciò che deve essere incluso nella “diagnosi”, sia per il medico che per il paziente, il quale a propria volta comprende più a fondo lo “stravolgimento d’esperienza” che gli è accaduto, “legittimando” quel sentire altrimenti enigmatico, che ora trova una sua giustificazione d’essere: era la malattia a parlare. A tal proposito afferma Carel:

In questo senso la diagnosi può essere vissuta come un’affermazione dei sintomi vissuti soggettivamente, rendendo una persona non solo “una persona che si lamenta”, ma qualcuno che ha una vera e propria condizione medica che giustifica determinate modificazioni. Ad esempio, molte donne che presentano una dispnea dovuta alla malattia respiratoria linfangioleiomiomatosi (LAM) vengono diagnosticate come affette da un disturbo d’ansia, da attacchi di panico o da un altro disturbo mentale. Quando invece viene formulata la diagnosi corretta, la paziente può sentirsi vendicata, perché i suoi disturbi, che erano stati interpretati come semplici sensazioni soggettive, sono una “vera malattia”. [...] Non si è più un “lamentoso” o un ipocondriaco, ma qualcuno con una diagnosi ufficiale e ontologicamente solida.¹⁹⁶

Per tali ragioni, fare una diagnosi vuol dire capire *come qualcuno si senta*, identificando una condizione non solo al fine di contrastarla o sanarla, ma rivendicando il soffrire dell’altro: si potrebbe parlare, in tal senso, di una *diagnosi rivendicativa*, in cui la sofferenza reclama e afferma la propria ragion d’essere, attestata e riconosciuta dalla diagnosi stessa. La diagnosi racchiude così dei significati differenti (quelli del medico e del paziente) che tuttavia, nella sua formulazione, trovano un punto di raccordo¹⁹⁷.

Ciò permette al paziente di non sentirsi solo, abbandonato alla propria condizione, di non colpevolizzarsi, pensarsi esagerato, poco resistente al dolore, di non credere addirittura ingiustificato il proprio malessere e il cambiamento che avverte nel rapporto col corpo: «una visione medica ristretta della malattia non può cogliere questi cambiamenti drammatici e intimi della vita e dell’essere di una persona. Un approccio fenomenologico alla malattia può illuminare questi cambiamenti e quindi aiutare la medicina clinica»¹⁹⁸. Un approccio disincarnato nello studio della malattia, insieme ad una conoscenza impersonale, si rivela quindi insufficiente a una complessa analisi diagnostica.

In secondo luogo, perché il racconto dell’esperienza permette di ricordare al medico che l’incontro clinico si basa non solo sul suo sguardo, ma anche su quello del paziente. Un

¹⁹⁵ H. Carel, *Phenomenology and its application in medicine*, «Theoretical Medicine and Bioethics», 32 (2011), p. 12 [trad. nostra].

¹⁹⁶ H. Carel, *Phenomenology of Illness*, cit., p. 68 [trad. nostra].

¹⁹⁷ A tal proposito continua Carel: «Il momento della diagnosi è quello in cui la malattia viene conosciuta dagli altri e dal malato come malattia. Diventa oggettiva (e spesso oggettivata) e sottoposta a gestione medica, etichettatura e così via. Questo passaggio da un’esperienza privata e soggettiva a una malattia oggettivata, che continua a essere esperita come sintomi dalla persona malata, è una transizione significativa. La malattia non è più una riflessione privata sulla natura di un cambiamento corporeo inaspettato, ma la voce di un vocabolario e di un’ontologia medica, a cui sono legati significati e conoscenze condivise» (Ivi, p. 69 [trad. nostra]).

¹⁹⁸ Ivi, p. 71 [trad. nostra].

professionista della salute consapevole di questo differente convergere sulla malattia è sollecitato a rendere più accessibile la propria analisi, il ragionamento diagnostico e il proprio discorso al paziente, così da agevolare la comprensione e la capacità di dialogo. Nel trovare “una lingua comune” si renderanno possibili un maggiore scambio di informazioni e una più corretta applicazione dei rimedi suggeriti. Infatti «i dati clinici possono essere considerati come conoscenza per il medico, ma sono “notizie” per il paziente»¹⁹⁹: quei dati che potrebbero essere così illuminanti e rivelatori per un medico, potrebbero apparire come informazioni mute e oscure a chi non sa decifrarle o comprenderne il significato. Mentre «l’approccio scientifico si occupa di forme di *spiegazione* astratte e oggettive, la fenomenologia si preoccupa di *comprendere* i modi concreti e vissuti in cui gli individui danno senso alle cose»²⁰⁰. Al punto tale, crede Carel, da poter anche «costruire un significato condiviso della malattia. Ciò migliorerebbe la comunicazione e la comprensione nel dialogo tra pazienti e medici, con conseguente aumento di fiducia nei confronti del medico e dei tassi di *compliance*»²⁰¹.

In terzo luogo, prestare attenzione all’esperienza di malattia aiuta i medici a disporre di maggiori informazioni per delineare la terapia: capire quali siano le aspirazioni, i progetti della persona, aiuta a elaborare il piano terapeutico più adeguato. Come pure crede Baiasu, infatti, «l’inclusione della prospettiva della persona malata e la comprensione della maggior parte degli aspetti fenomenologici di base della sua vita, così come un approccio olistico ed esistenziale alla situazione e alla vita dell’individuo, possono svolgere un ruolo importante nella formazione di un incontro clinico adeguato, di una diagnosi accurata e di trattamento»²⁰². D’altronde come si potrebbe offrire cura se non sapendo inscrivere la cura stessa nelle trame di un’esistenza già in atto? Il che può significare – se si pensa alla terapia – non solo dire al paziente di assumere dei farmaci, misurare quotidianamente i propri parametri fisiologici o iniettarsi particolari sostanze, ma talvolta anche prescrivere delle attività di riabilitazione, movimento ed esercizio, suggerire buone prassi. Tutto ciò deve appunto “inscrivere” dentro una routine di vita: il medico deve conoscerla perché la terapia possa aderirvi, o anche per comprendere quali trasformazioni debbano essere messe in atto perché vi si innesti la terapia possibile. Per dirlo con Carel:

Una volta che l’esperienza della malattia è stata meglio compresa utilizzando strumenti fenomenologici, questa comprensione può aiutare a concepire interventi utili basati sulla conoscenza

¹⁹⁹ Ivi, p. 11 [trad. nostra].

²⁰⁰ R. Baiasu, *Phenomenology of Illness, Resilience and Well-Being: A Contribution to Person-Centred Approaches in Healthcare*, in S. Ferrarello (ed.), *Phenomenology of Bioethics*, cit., p. 36 [trad. nostra], corsivi dell’autrice.

²⁰¹ H. Carel, *Phenomenology and its application in medicine*, cit., p. 12 [trad. nostra].

²⁰² R. Baiasu, *Phenomenology of Illness, Resilience and Well-Being*, cit., p. 36 [trad. nostra].

specifica di ciò che avrebbe un impatto positivo sul mondo della vita del paziente. Gli interventi possono essere personalizzati per rispondere a bisogni reali, piuttosto che presunti, e quindi offrire maggiori benefici ai pazienti. Gli interventi possono anche identificare bisogni che vanno al di là della condizione medica stessa, consentendo un miglioramento della qualità di vita.²⁰³

Ad esempio, se si pensa al caso della medicina riabilitativa, per quanto importante sia riacquistare in astratto la piena funzionalità di un braccio lussato a distendersi e ad allungarsi in verticale, in concreto – e quindi davvero efficace anche dal punto di vista terapeutico – ciò che è rilevante per il paziente può essere riuscire a pettinarsi i capelli, stendere i panni lavati o prendere il libro sui piani alti della libreria.

Ciò si dimostra tanto più vero e necessario nei casi di malattia psichica e di salute mentale, dove cioè una diagnosi può riguardare non soltanto uno stato di alterazione mentale (come nei disturbi ansiosi, nella schizofrenia o nella depressione) ma anche il profilo dei comportamenti e del carattere che possono essere letti come narcisismo, isteria, disturbo ossessivo-compulsivo o paranoia. Per uno psichiatra o uno psicoterapeuta sarebbe impossibile affermare una diagnosi se non attingendo e riferendosi alle modalità di esistenza del paziente, alle occorrenze del suo essere nel mondo e del suo personale modo di esperire la vita.

Sono diversi gli studi critici e cospicua la letteratura che ha approfondito l'ermeneutica clinica e la metodologia del processo diagnostico riscontrando la necessità di correlare quelle che potrebbero essere considerate le due anime della medicina: ovvero l'anima cosiddetta più *scientifica*, che risponde alla logica razionalista della ricerca, e l'anima cosiddetta *artistica* o più propriamente umanistica, che risponde a una logica relazionale, comunicativa e sa declinare la generalità dei casi sulla singolarità del paziente, e viceversa. Con un gioco di parole, si potrebbe intendere la diagnostica come *un'arte r(el)azionale*, dove cioè si incontrano ragionamenti basati su dati quantitativi e fattori qualitativi derivanti dalla relazione.

Un medico, si può anche dire, non può prescindere nella diagnosi dall'interrogarsi su come correlare gli aspetti *idiografici* – che riguardano cioè la peculiarità del singolo paziente, la sua specificità e l'irripetibilità della sua esperienza – con gli aspetti *nomotetici* – che cercano di stabilire delle leggi generali e le somiglianze che accomunano il funzionamento di tutti gli individui. Lo richiede la doppia anima della medicina, dato che la conoscenza *idiografica* appartiene maggiormente al clinico e guarda al singolo paziente, mentre la conoscenza *nomotetica* appartiene soprattutto al ricercatore che si rivolge ai grandi gruppi di individui, alle categorie che presentano caratteristiche fisiologiche comuni²⁰⁴. È solo mantenendo un dialogo

²⁰³ H. Carel, *Phenomenology and its application in medicine*, cit., p. 12 [trad. nostra].

²⁰⁴ Rispetto al ruolo della conoscenza idiografica, che rivelerebbe più propriamente la natura artistica intrinseca del processo diagnostico, anche Chiffi afferma: «La pratica clinica ha anche una dimensione ideografica legata alle caratteristiche umane e sociali dell'individuo e, sebbene l'attività clinica si basi fortemente su risultati e metodi

di interrelazione tra queste due modalità di analisi e conoscenza – e così tra le due anime mediche, dette appunto *scientifica* e *artistica* – che la medicina può promuovere appieno la propria vocazione di cura, perché «la clinica si trova all’intersezione tra le scienze umane e quelle della natura»²⁰⁵: soprattutto nel momento diagnostico, dove la massima conoscenza generale deve essere rapportata alla singolarità del paziente particolare²⁰⁶ e in cui bisogna saper abitare la naturale tensione che si crea tra universale e particolare.

Anche Lingiari, che al momento diagnostico ha dedicato numerose riflessioni, afferma in tal senso:

Difficile essere clinici-ricercatori, o ricercatori-clinici: anche per questo la diagnosi è in tensione, perché deve ospitare entrambe le parti. [...] la visione clinica migliore è *contemporaneamente* idiografica e nomotetica. Saper tradurre leggi generali in declinazioni particolari, elaborare ipotesi generali a partire da casi particolari: ecco il sapere diagnostico. Bypassare il polo idiografico significa pensare che una persona può essere studiata come fosse un oggetto inanimato; bypassare quello nomotetico significa privare l’atto diagnostico del suo valore comunicativo e delle sue fondamenta scientifiche. Solo nel dosaggio delle due componenti riusciamo a dare, in base alle necessità e ai contesti, senso e sensibilità alla diagnosi.²⁰⁷

Se Lingiardi ipotizza una reciproca traduzione tra i due sguardi, affinché si muovano *contemporaneamente*, c’è anche chi, invece, come Buzzoni, teorizza un *pendolarismo* che da una generale valutazione clinica procede verso una ricerca biomedica per poi tornare a declinarsi nella particolarità della singola storia di malattia, e quindi secondo una dinamica che si rivela, alla fine, circolare. Sebbene si presentino come modalità alternative dal punto di vista del processo temporale, tuttavia queste due proposte non lo sono rispetto ai fini e alla considerazione degli aspetti più esistenziali e del vissuto singolare. Si tratta cioè di attestare, come osserva Buzzoni, che «un’adeguata nozione di prassi mediche richiede l’integrazione del momento impersonale e sperimentale-operativo delle scienze empiriche con quello della conoscenza clinica (inter)personale» in quanto «una siffatta integrazione non è soltanto connessa a ragioni etiche, ma anche, e in un certo senso ancor prima, a ragioni epistemologiche

scientifici all’interno di un quadro logico e probabilistico, può essere definita più un’arte che una scienza. È abbastanza comune, infatti, che si ricorra alle probabilità quando si comunica una diagnosi a un paziente, perché la maggior parte delle diagnosi sono incerte ed esposte al rischio di errore. La probabilità clinica (finale) di una diagnosi si colloca, in un quadro bayesiano, nel punto di incrocio tra la prevalenza epidemiologica (iniziale) di una malattia in una popolazione di interesse e la probabilità della malattia in base ai segni osservati in un determinato paziente» (D. Chiffi, *Clinical Reasoning*, cit., p. 11 [trad. nostra]).

²⁰⁵ C. Rugarli, *Medici a metà*, cit., p. 169.

²⁰⁶ Va anche ricordato quanto l’idea di una clinica capace di rivolgere il proprio sapere alla singolarità di uno specifico paziente sia, di certo, antica e trova i primi riferimenti epistemologici già in Aristotele quando scriveva: «il medico non prende in esame la salute in assoluto, ma quella dell’essere umano, e anzi, ancora di più, quella di quest’essere umano qui; infatti egli cura i singoli individui» (Aristotele, *Etica Nicomachea*, I, 1097a, in A. Fermani (a cura di), *Le tre etiche*, Bompiani, Milano 2010, p. 449).

²⁰⁷ V. Lingiardi, *Diagnosi e destino*, Einaudi, Torino 2018, pp. 86-87, corsivo dell’autore.

e metodologiche, intrinsecamente connesse allo statuto della medicina come scienza umana»²⁰⁸. Dal punto di vista propriamente epistemologico è certo molto rilevante approfondire come tale “integrazione” debba avvenire.

Si deve però rilevare che nel corso degli anni non sono state poche le resistenze, le difficoltà ad accettare e accogliere la considerazione del vissuto di malattia, oppure a promuovere una diagnostica e una clinica informate dal paradigma fenomenologico dell’*embodiment*: sia perché un certo modello positivista, sotto la spinta della tecno-scienza, si è sempre più imposto in modo pervasivo, sia perché si sono interposte barriere di tipo culturale, tecnologico, economico, di allocazione di risorse, controllo dei costi, dei tempi e dei modi di cura, sia perché la considerazione del vissuto nella pratica clinica è stata letta come una modalità alternativa, se non addirittura accessoria, rispetto alle certezze che sembrano scaturire dalla conoscenza biomedica che prescinde dalle esperienze incarnate nel corpo del paziente.

Sotto questo specifico aspetto, secondo Baron:

I malati sono le prime vittime di un paradigma dualistico, perché si confrontano immediatamente con la loro incapacità di separare la mente dal corpo e viceversa. Il paziente che sperimenta lo “stress” e il malessere addominale, o il dolore al petto, vuole esorcizzare il suo stato di malessere e localizzarlo nelle arterie coronarie, o nella cistifellea, piuttosto che nel suo matrimonio. Il tentativo è destinato a fallire. Come suo medico, avendo studiato le sue arterie e il suo albero biliare e avendoli trovati sani, sono obbligato a educarlo in qualche modo alle sue connessioni tra il suo “mondo emotivo” e il “mondo reale” [NdT: Per queste ragioni...] il concetto di incarnazione trova il suo più grande successo proprio dove il paradigma tradizionale fallisce più drammaticamente. I medici e i pazienti saranno diffidenti nell’utilizzare il concetto di incarnazione fino a quando lo sentiranno come una seconda scelta, come l’approccio a cui si ricorre quanto tutto il resto ha fallito. [...] Il ruolo più forte, solido e urgente della fenomenologia in medicina è quello di informare il processo decisionale clinico, fornendo una comprensione degli obiettivi e delle aspirazioni umane che manca al paradigma tradizionale.²⁰⁹

Quando si parla di pratica medica, e in particolare dell’arte della medicina clinica, non è superfluo allora ritornare al significato custodito dalla parola *clinica*. Ad oggi intesa più come un sostantivo di luogo che identifica un ospedale (come nel tedesco *Klinik*), una struttura di assistenza (così il francese *Clinique*), oppure una metodologia di intervento e formazione dei medici; etimologicamente il termine deriva dal latino *clinicus*, ovvero il “medico che visita il paziente a letto” e dal greco *clinichè téchne* che indica “l’arte del medico operata al capezzale del letto”, da *kline*, il supporto su cui giaceva l’ammalato. Il lavoro del clinico che visita e diagnostica, perciò, rimanda a quella capacità di saper visitare il malato a letto, saper accogliere i suoi bisogni situati e la sua esperienza di malattia, secondo una postura di *inclinazione* che si

²⁰⁸ M. Buzzoni, *Dalla valutazione clinica alla ricerca biomedica e ritorno*, cit., pp. 47-48.

²⁰⁹ R. J. Baron, *Why Aren't More Doctors Phenomenologists?*, cit., pp. 45-46 [trad. nostra].

dispone verso l'altro. Il che richiede non solo un particolare atteggiamento di incontro, ma la capacità di declinare il metodo²¹⁰ in questa occasione relazionale.

Se poi si intercetta anche l'etimologia della parola *diagnosi*, composta dai termini *dia* (attraverso, tra) e *ghignóskein* (conoscere, riconoscere, capire), si scopre che *fare una diagnosi* significherebbe “conoscere attraverso qualcosa”. Possiamo dire: conoscere attraverso i sintomi, che si raccolgono anche dal racconto e dal vissuto del paziente che narra la propria condizione. Ha forse ragione Lingiardi ad affermare: «ecco dunque il significato ultimo della parola diagnosi: conoscenza e ascolto nell'incontro»²¹¹. Un incontro in cui il paziente può rivelarsi attivo, coinvolto, partecipativo... tutt'altro che *paziente*!

²¹⁰ È interessante appuntare qui come il concetto di *metodo clinico* – che designa solitamente il complesso di ragionamenti e pratiche tese alla risoluzione di problemi nascenti nel contesto diagnostico-terapeutico – non sia, in realtà, nato in ambito medico. Durante modernità il termine *clinica* è stato inteso soprattutto come “lo studio dei segni” ed è solo grazie ai lavori pionieristici di Osler negli Stati Uniti, di Bernard in Francia e di Bufalini e Murri in Italia che l'accento si è spostato sulle condizioni che sorreggono un ragionamento corretto. Tuttavia, fino ai primi del Novecento, ancora non ricorre un uso specifico di “metodo clinico”. Grazie alla ricostruzione storica di Scandellari, possiamo attestare che «colui che adotta per primo il termine “metodo clinico” è invece un pedagogista e psicologo svizzero, Jean Piaget, che lo utilizza per indicare [...] l'approccio *educativo* diretto specificatamente a un singolo bambino o soggetto. *Clinico*, quindi, come appellativo riferito non tanto alla generica attività del medico, quanto alla *singolarità* dell'individuo oggetto dell'azione formativa. Il concetto si è poi trasferito dall'ambiente pedagogico a quello psicologico e psichiatrico e infine a quello medico» (C. Scandellari, *La metodologia in clinica*, in A. Pagnini, *Filosofia della medicina*, cit., pp. 221-222, corsivi dell'autore). Sembra significativo come “metodo clinico” restituisca un contesto d'uso e una semantica del termine che, seppur applicata poi alla metodologia medica, aveva un'originaria fonte di espressione in ambito educativo e formativo.

²¹¹ V. Lingiardi, *Diagnosi e destino*, cit., p. 85.

CAPITOLO II

L'attenzione

Soglia II

Il concetto di attenzione ha acquistato sempre più un posto di rilievo nella relazione di cura e richiede non soltanto di essere attenti *a ciò* che si fa, ma anche a *come* lo si fa: saper guardare, ascoltare, parlare, atteggiarsi in un certo modo alla luce di un orizzonte relazionale non meno importante di quello scientifico-tecnologico.

Tuttavia si riscontrano spesso delle forme di attenzione riduttive, procedurali, per non dire di trattamento impersonale e asettico, dove cioè si promuove un'attenzione rivolta principalmente ad oggetti biologici, parti anatomiche, disfunzioni fisiologiche, dimenticando la persona che li esperisce e incarna. Se ne possono presentare pure delle forme esacerbate nella sfida rappresentata dagli ambienti digitali della salute, dove più alto sembra il rischio di ridurre le considerazioni a ciò che è quantificabile e controllabile – come dati sanitari, parametri statistici o procedure.

Perciò si tratta, mentre se ne ribadisce l'importanza, anche di mettere meglio a fuoco che cosa sia l'attenzione richiesta da una relazione di cura efficace, ripensarla e risemantizzare il concetto, che in effetti mostra delle forme sovversive, sfuggenti e mutevoli, quasi ineffabili. La stessa riflessione filosofica si è trovata talvolta in difficoltà nel trattare il tema e attribuirgli un ruolo: appunto perché l'attenzione non è un'entità identificabile ma, piuttosto, una certa modalità di esprimere e portare avanti l'esperienza, una forma del vissuto che si manifesta secondo lati differenti, non è una *cosa* ma un *come*.

Per tali motivi, dopo una descrizione delle caratteristiche che contraddistinguono solitamente lo sguardo medico, approfondiremo i diversi significati e i modi dell'attenzione, attraverso tre principali tipi di considerazione: l'analisi fenomenologica, la ricognizione etica e la riflessione epistemologica. Ricostruiremo una fenomenologia dell'attenzione rispetto ad alcune sue forme, a certi caratteri e alcuni rapporti che la legano alla percezione; cercheremo poi di fare emergere i risvolti etici inserendola nel contesto dell'etica della cura, la quale ne consente l'esplicitazione in un senso non riduttivo, né relegato a una funzione cognitiva; infine, delineeremo una possibile epistemologia dell'attenzione nella clinica, considerando utile distinguere, pur senza separarli, i diversi sensi. Queste tappe sembrano necessarie nella misura in cui, nell'ambito della presa in carico della persona malata, saper *prestare attenzione* si presenta come molto più esigente del farne un'oggetto di attenzione.

Ciò che non può essere capito – una volta per tutte – richiede un’attenzione costante ed esclusiva, un continuo stato di incontro. [...] Quando cambia il modello di attenzione, restituiamo la realtà in un altro modo. Iniziamo a muoverci e ad agire in un mondo diverso.

Jenny Odell¹

1. La riconfigurazione percettiva dello sguardo medico

Prestare attenzione all’esperienza di malattia e alla dimensione esistenziale può non essere un atteggiamento spontaneo o naturale per i professionisti della salute. Le ragioni possono essere molte, tra cui il particolare percorso formativo universitario, e organizzativo, che caratterizza l’istruzione dei medici. Spesso sono impostazioni che approcciano il corpo attraverso una lente oggettivante altamente focalizzata al compito diagnostico-terapeutico, ma al contempo pericolosamente riduzionista: lo indagano come un complesso di organi e funzioni, lo trattano tramite la mediazione di apparati tecnici e analizzano i rapporti di causa-effetto nelle dinamiche patologiche.

Il corpo vivo (*Leib*), quel corpo che esprime l’intenzionalità, i desideri, in cui si addensa la dimensione esistenziale e relazionale dell’umano, rischia di venire messo tra parentesi nei corsi di medicina in cui insiste il paradigma biomedico; al contrario, il corpo fisiologico, biologico e materiale (*Körper*) resta sempre in primo piano come se fosse soltanto questa la figura protagonista alla quale dover prestare attenzione².

Per lo più la persona malata è prontamente scomposta dentro un approccio analitico che si concentra su singoli aspetti o parti, su particolari geografie, funzioni o capacità corporee. Basti pensare alla modalità con la quale vengono organizzati gli ospedali, che spesso riflettono questo approccio di scomposizione analitica quando vengono architettonicamente costruiti o in base ai vari *organi* trattati in ciascun reparto (cardiologia, neurologia, gastroenterologia, oculistica...), oppure in base alla *condizione fisiologica* (neonatologia, pediatria, geriatria, oncologia, psichiatria...), o ancora in base a certe funzioni e *compiti specifici* (anestesia e

¹ J. Odell, *Come non fare niente. Resistere all’economia dell’attenzione*, trad. it. Hoepli, Milano 2021, pp. 111-126.

² Secondo Luigi Tesio, l’unico modo che il paradigma biomedico ha per tutelarsi da incursioni di non scientificità è quello di separare la scienza, da una parte, e l’assistenza dall’altra, erigendo un muro invalicabile che crea uno spartiacque netto tra i cosiddetti *bravi* – i biomedici puri che guardano all’assistenza come una zavorra che rallenta la ricerca scientifica – e i *buoni* – che prestano attenzione alla persona, rifiutano forme oggettivanti o di piatta standardizzazione delle procedure. Tuttavia, è nell’incontro tra queste due dimensioni che la medicina può qualificarsi al tempo stesso come una tecnica e un’arte, non perdendo scientificità e al tempo stesso guadagnando una competenza che sia relazionalmente ed eticamente orientata, secondo una logica che rifiuta l’*aut-aut* e si costruisce sull’*et-et*. Cfr. L. Tesio, *La biomedicina fra scienza e assistenza. Medicina riabilitativa: scienza dell’assistenza*, «Il Nuovo Areopago», 14 (1995), pp. 81-95; Id., *The good-hearted and the brave. Clinical medicine at the bottom of the barrel of science*, «Journal of Medicine and the Person», 8 (2010), pp. 103-111.

rianimazione, radiologia, chirurgia, medicina d'urgenza, medicina riabilitativa...). La grande specializzazione, che ha caratterizzato la medicina e accelerato la ricerca biomedica nel corso degli ultimi anni, si è fondata su questa possibile e preliminare scomposizione di parti, organi, funzioni e compiti medici. La divisione ha favorito la iperspecializzazione, che a propria volta ha rafforzato una scomposizione percettiva nei confronti del corpo. A propria volta, la modalità della percezione gioca un ruolo particolare in medicina³ nella misura in cui si rivela secondo certe caratteristiche che vanno ad influire e connotare il modo in cui i medici prestano attenzione ai pazienti.

A seconda della specializzazione, ad esempio, ogni medico è propenso a concentrarsi su una parte piuttosto che sull'altra, focalizzando la propria attenzione proprio su questa e trascurando ciò che resta così "ai margini". Per lo più si guardano quali segni, macchie, protuberanze o irritazioni si irradiano sulla pelle; si chiede al paziente specificatamente quali sintomi accusa, quali sensazioni attraversano il suo corpo, come fossero i segnali di spia di una macchina che non "gira" più come dovrebbe; le analisi di laboratorio danno una panoramica di valori accettabili e di altri non accettabili secondo certe soglie statistiche; e ogni elemento clinico viene incasellato secondo una logica funzionalista in cui le parti, pur restando legate al tutto in un rapporto di co-causalità⁴, sono purtuttavia spesso considerate per se stesse e attenzionate, appunto, come singoli elementi corporei.

Il corpo fisico, così, sembra essere il punto di partenza e di arrivo dello sguardo medico. Come se il *Körper*, nell'emergenza particolare dei segni, negli inceppamenti, oppure nelle azioni fallite o nelle precarietà di movimenti incerti, circoscrivesse l'ambito di percezione e attenzione dei clinici. Ed effettivamente è ciò che accade, in una certa misura: spesso è ciò a cui i medici guardano in modo predominante, cercando di "bucare" il suo segreto o dall'esterno, riferendosi a segni o sintomi, o dall'interno, tramite mediazioni tecniche o analisi di laboratorio.

Tuttavia non è vero che questa "circoscrizione" dello sguardo nei confronti del corpo avvenga in modo automatico solo a causa della grande iperspecializzazione medica, così come non è plausibile l'idea secondo cui gli aspetti materialistici o bio-fisiologici del corpo emergano in primo piano in modo spontaneo a chiunque sceglie di avventurarsi nella professione medica.

³ Cfr. I. M. Braverman, *To see or not to see: How visual training can improve observational skills*, in «Clinics in Dermatology», 29 (2011), pp. 343-346.

⁴ Si può parlare di co-causalità nel processo omeostatico dell'organismo in quanto ogni parte si dimostra legata al resto secondo reciproci vincoli di concertazione, ad esempio: il cuore, per battere, non può fare a meno di una buona ossigenazione dei polmoni e, al contempo, dello smaltimento delle tossine da parte del fegato, così come i polmoni e il fegato non potrebbero funzionare senza la contemporanea irrorazione dell'afflusso sanguigno da parte del cuore che batte, e così via.

È un più generale orizzonte culturale, da cui trae alimento il processo formativo, che indirizza lo sguardo, lo istruisce, lo forma, portando così chi si dedica alla professione medica a “vedere” certe parti piuttosto che altre, a considerarle funzionali o disfunzionali, a percepirle come *organi a sé stanti*, a considerare pertinente poterle trattare separatamente rispetto al tutto. Il riduzionismo metodologico della medicina rientra così in un orizzonte di sfondo più complessivo, mentre a propria volta comporta il rischio di una particolare riconfigurazione percettiva, se non un vero e proprio riduzionismo della percezione nei confronti della persona malata sottoposta allo sguardo medico.

D’altro canto, come crede anche Scardicchio, «proprio lo sguardo – lungi dall’essere una questione retorica – è domanda cruciale in medicina. Invero, per ogni relazione. Ma, in particolare, per una relazione in cui uno dei due ha l’ufficiale compito di essere il Guardante e l’altro il Guardato»⁵. Quando la percezione medica si attiva e corre verso il proprio oggetto di indagine, rappresentato dalla persona malata, infatti, essa rappresenta il riflesso pratico di un’intera epistemologia medica e quello sguardo influisce profondamente sui significati, sulle modulazioni, sulle posture di approccio e, più in generale, su ciò che quello sguardo riesce a cogliere del proprio oggetto.

Non sorprende che Michel Foucault, nel presentare la propria riflessione archeologica sulla *Nascita della clinica*, abbia introdotto il testo sottolineando proprio il ruolo dello sguardo nella medicina occidentale⁶. Secondo Foucault, infatti, una particolare riconfigurazione percettiva pare essersi avviata quando la clinica ha iniziato ad affermarsi come disciplina, grazie soprattutto all’introduzione degli atlanti anatomici e alle dissezioni cadaveriche, che non hanno solamente reso visibile qualcosa che prima restava oscuro o richiuso nel segreto del corpo, ma hanno organizzato, sistemato, strutturato e “composto” la fisiologia umana, che poteva così diventare oggetto di attenzione secondo certi schemi di orientamento. Una volta aperto un cadavere, ad esempio, vedere un organo nel corpo significava non solo attestarne la posizione, la forma, il colore, la sostanza, ma anche stabilirne la geografia e le caratteristiche in quegli atlanti anatomici che sempre più acquisivano una funzione di orientamento normativo. Si trattava non solo di vedere qualcosa che, altrimenti, restava nascosto sotto la pelle, ma di formare un’organizzazione concettuale rispetto a ciò che si vedeva, iniziando a percepire il

⁵ A. C. Scardicchio, *Curare, guardare. Epistemologia ed estetica dello sguardo in medicina*, FrancoAngeli, Milano 2019, p. 15.

⁶ Nella *Prefazione* curata da Foucault così egli introduce la propria opera: «in questo libro si parla dello spazio, del linguaggio e della morte; si parla dello sguardo» (M. Foucault, *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, trad. it. Einaudi, Torino 1998, p. 3).

corpo secondo certi canoni o modelli e prestando attenzione a certe strutture che assumevano così un valore normativo.

Per dirlo con Foucault, il XVIII secolo ha rappresentato un momento di svolta nella nascita della clinica e nell'organizzazione epistemologica della medicina, in quanto lo sguardo ha al tempo stesso dischiuso una verità e le ha dato vita:

Le forme della razionalità medica s'immergono nel meraviglioso spessore della percezione, offrendo come primo volto della verità la grana delle cose, il loro colore, le loro macchine, la loro durezza, la loro aderenza. [...] L'occhio diventa il depositario e la fonte della chiarezza; ha il potere di portare alla luce una verità che accoglie solo nella misura in cui le ha dato vita; aprendosi apre il vero di una prima apertura [...] Proprio questa riorganizzazione *formale e in profondità*, più che l'abbandono di teorie e dei vecchi sistemi, ha dischiuso la possibilità d'un *esperienza clinica*.⁷

Ciò non significa che i medici abbiano iniziato a vedere qualcosa che, prima di allora, non vedevano, ma significa, secondo Foucault, che «il rapporto del visibile e dell'invisibile, necessario ad ogni sapere concreto, ha cambiato struttura e ha fatto apparire sotto lo sguardo e nel linguaggio ciò che era al di qua e al di là del loro dominio»⁸. Si è potuto indicare col linguaggio, e quindi anche concettualmente, qualcosa che non è semplicemente visibile, ma è diventato tale, per cui «s'istaura a poco a poco la sovranità dello sguardo. Occhio che sa e che decide, occhio che regge»⁹, secondo un carattere peculiare, l'oggetto della propria visione. Ad una nuova configurazione dello sguardo è seguito un cambiamento epistemico intrinseco all'atto del vedere medico, che ha portato a prestare attenzione alla patologia – e quindi, aggiungiamo noi, alla persona che ne è affetta – secondo una certa modalità¹⁰.

Per queste ragioni, sempre secondo Foucault, «la clinica non è uno strumento per scoprire una verità ancora sconosciuta. Essa rappresenta piuttosto un certo modo di organizzare la verità già acquisita e di renderla presente affinché essa si disveli sistematicamente. La clinica è una sorta di teatro nosologico»¹¹.

⁷ Ivi, pp. 7-8, [corsivi dell'autore].

⁸ Ivi, p. 6.

⁹ Ivi, p. 101.

¹⁰ Non possiamo qui ripercorrere e ricostruire l'articolata riflessione storico-archeologica foucaultiana, che esula dalla nostra ricerca; ma possiamo accennare al fatto che, per Foucault, lo sguardo medico si è strutturato beneficiando, in un primo momento, delle conoscenze mutuata dalle scienze naturali e, successivamente, in un certo senso istituzionalizzandosi e definendo standard normativi. Infatti afferma: «la clinica chiede allo sguardo tanto quanto la storia naturale. [...] Il modello naturalista al quale la medicina si è, per una certa parte, sottomessa nel corso del XVIII secolo, resta attivo. [...] Ma lo sguardo medico comincia ad organizzarsi anche in un nuovo modo. Innanzitutto, esso non è più semplicemente lo sguardo di un osservatore qualunque, ma quello di un medico sostenuto e legittimato da un'istituzione, quello di un medico che ha il potere di decidere e di intervenire. Inoltre, si tratta di uno sguardo che non è vincolato dallo stretto reticolato della struttura (forma, disposizione, numero, grandezza), ma che può e che deve cogliere i colori, le variazioni, le infime anomalie, stando sempre in agguato per sorprendere tutto ciò che costituisce una devianza. Infine, è uno sguardo che non si accontenta di costatare ciò che si offre alla vista in modo evidente: deve anche permettere di delineare le probabilità ed i rischi; è calcolatore» (M. Foucault, *Nascita della clinica*, cit, p. 101).

¹¹ Ivi, p. 72.

Anche per Costa e Cesana la medicina si afferma proprio quando è capace di soffermarsi secondo un carattere specifico sul corpo, concentrandosi su qualcosa che altrimenti resterebbe non tematizzato, ritagliando con la percezione alcune parti o elementi del corpo e scartando invece i campi di forza o i terreni di esperienza considerati come aspetti secondari, accessori o “speculativi”; anzi, per usare le loro parole, proprio «la medicina moderna sembra nascere “facendo vedere”, per cui il suo carattere empirico (la sua evidenza) consiste nel passaggio dallo “speculare” al “vedere”»¹².

Attivare lo sguardo, in medicina, non significa un mero riscontro di evidenze già disponibili e pronte ad essere colte, ma implica considerare alcuni aspetti ed escluderne altri, far emergere in modo peculiare dei tratti lasciandone altri in ombra, saper mettere in primo piano delle caratteristiche del corpo (come la quantità, il colore, la grandezza, la fattezze, una funzione o una capacità organica) lasciando nello sfondo il resto.

Secondo questa prospettiva si può arrivare ad affermare che lo stesso concetto di *evidenza* su cui insiste e si struttura il paradigma dell'*Evidence-Based Medicine*¹³, è esso stesso una figura “realizzata” da uno sguardo particolare: quello che considera *evidente* non è ciò che si pone di fronte in modo già da sempre disponibile, ma ciò che risalta ad un occhio capace di catturare quel carattere, quel particolare tipo di oggettività, laddove l’occhio è già stato precedentemente “istruito” su ciò che deve vedere. L’occhio del medico in cerca di evidenza già sa cosa andare a cercare e l’evidenza si fa trovare solo da quello sguardo che sa dove e come coglierla¹⁴.

¹² V. Costa, L. Cesana, *Fenomenologia della cura medica. Corpo, malattia, riabilitazione*, Morcelliana, Brescia 2019, p. 25.

¹³ Va anche precisato che il termine *evidenza* (dall’inglese *evidence*) non ha incontrato il consenso unanime della comunità scientifica italiana. Si preferisce parlare di *medicina basata sulle prove di efficacia*, in quanto il concetto di *evidenza* ha un’accezione che sembra indicare “l’accettazione senza discussione”, mentre il concetto di *prova* implica anche quello di verifica e confutazione. Il valore di un’evidenza dipende da che cosa si sta cercando e indagando, dalla metodologia utilizzata, dalla coerenza con i risultati di studi analoghi e quindi dalla possibilità di una lettura trasversale dei risultati che non comporti esiti o conclusioni discordanti. Su questi aspetti cfr. S. E. Straus, Paul Glasziou, W. Scott Richardson, R. Brian Haynes, *Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM*, Elsevier, Amsterdam 2018⁵ (trad. it, Id., *Evidence-Based Medicine, Come praticare e insegnare la medicina basata sulle prove di efficacia*, Il pensiero Scientifico Editore, Roma 2007); D. L. Sackett, *Evidence-Based Medicine*, «Spine», 23 (1998), pp. 1085-1086; D. L. Sackett, W. M. Rosenberg, J. A. Gray, R. B. Haynes, W. S. Richardson, *Evidence-Based Medicine: what it is and it isn't*, «British Medical Journal», 312 (1996), Jan 13, 1996, pp. 71-72.

¹⁴ Infatti Costa e Cesana sostengono «Nel corpo-morto (cadavere o corpo-immagine) lo sguardo clinico trova la stessa cosa in tutti i soggetti (un glioblastoma il neurochirurgo lo riconosce subito), riconosce la stessa immagine e gli stessi tessuti coinvolti, ma *perde di vista il campo di forze che lo produce*. [...] il principio di evidenza su cui si installa lo sguardo clinico della modernità è un modo di organizzare il percepito che fa in modo che le forze non possano più giungere alla visibilità» (V. Costa, L. Cesana, *Fenomenologia della cura medica*, cit., pp. 26-27, corsivi degli autori).

È questo il risultato di quella che possiamo definire una formazione percettiva che se, in generale, può caratterizzare diversi e disparati ambiti disciplinari¹⁵, qui in particolare interessa per il riscontro nel percorso formativo degli operatori sanitari, i quali sono indirizzati proprio a saper cogliere *quel qualcosa* che resterebbe indifferente a un occhio non clinico o che potrebbe sembrare poco importante a uno sguardo profano. Possiamo cioè dire che i medici *pensano come evidente* ciò che *vedono* e, allo stesso tempo, *vedono* un'evidenza significativa là dove questa rientra nell'interesse del loro *pensiero* (diagnostico o terapeutico che sia)¹⁶, ma ciò non implica che l'evidenza risulti tale anche a chi non è precedentemente formato a ricontrare quel particolare dato percettivo che, difatti, potrà risultare indifferente, indistinto o confuso nella percezione di qualsiasi altra persona: perciò tutt'altro che *evidente*.

È una specifica formazione che, guidando a monte un certo processo di pensiero clinico, fa cogliere a valle un dato *come evidente* per i fini clinici. Prendiamo ad esempio il leggero e asimmetrico cedimento di una parte del volto della persona che si ha di fronte: se per un profano, posto che lo colga, può rappresentare una normale o temporanea espressione, forse una smorfia di disgusto o un gesto bizzarro del viso che ci coglie impreparati nel poterlo descrivere, per un medico può indicare una depressione o essere colto come il segnale di allarme per riconoscere un ictus ischemico in corso. Insomma: «si vede quello che c'è, ma il modo in cui lo vediamo è determinato dal modo in cui orientiamo lo sguardo, perché ogni guardare si traduce in un vedere determinato»¹⁷.

Lo sguardo di un medico è sempre predisposto alla ricerca di certi elementi e presta attenzione secondo particolari forme e canoni precedentemente istruiti; è anzi esso stesso la disposizione di un processo capace di cogliere certi dati. D'altra parte, tuttavia, è anche vero che, come evidenziano Costa e Cesana, «questo vedere – che determina ora cosa è evidenza,

¹⁵ Anche Giuseppe Di Napoli evidenzia quanto ogni disciplina – nel suo caso la materia artistica – comporti lo spostamento da un tipo di sguardo ecologico, o cosiddetto naturale, a un tipo di sguardo formato e allenato dalla disciplina stessa. Infatti «il fatto di avere gli occhi non implica di per sé che si sappia utilizzarli nel migliore dei modi, né che si sappia vedere nel modo rispondente alle esigenze di un grafico, di un architetto o di un designer [...] l'occhio vede sempre qualcosa dovunque noi giriamo lo sguardo e tuttavia non incontra mai cose insignificanti, non incappa in lacune o incertezze proprio perché vede solo ciò che gli interessa vedere e che si aspetta di vedere» (G. Di Napoli, *Il fondamento dell'istruzione artistica è insegnare a vedere*, questo articolo è stato pubblicato nella rivista *doppiozero* il 16 dicembre 2015, presente on line al seguente indirizzo <https://www.doppiozero.com/il-fondamento-dellistruzione-artistica-e-insegnare-vedere>, consultato il 26.1.2024).

¹⁶ A questo proposito, nel tentativo di non considerare la percezione visiva e l'attività conoscitiva come due facoltà indipendenti, o che vivono in un rapporto di subalternanza che renderebbe la visione un semplice strumento del pensiero, anche Arnheim crede che «le operazioni cognitive [*cognitive operations*], chiamate pensiero, non sono il privilegio di processi mentali, posti al di sopra e al di là della percezione, ma gli ingredienti essenziali della percezione stessa [...] Non sembrano esistere processi di pensiero che non possano operare, almeno in linea di principio, nella percezione. Percepire visivamente è pensare visivamente» (R. Arnheim, *Visual Thinking*, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London 1969, pp. 13-14, [trad. nostra]).

¹⁷ P. Spinicci, *Premessa*, in E. Husserl, *Percezione e attenzione*, trad. it. a cura di A. Scanziani e P. Spinicci, Mimesis, Milano-Udine 2016, p. 9.

prova, dimostrazione e, dunque, accesso alla verità – è un'evidenza che acceca, che fa vedere solo al prezzo di rendere ciechi, poiché *esclude ciò che non si vede ma che agisce*¹⁸. Ciò che resta non vista, ad esempio, potrebbe essere la dimensione più propriamente vitale dell'esistenza, il corpo vivo situato nel mondo e interagente con esso.

In altre parole, si percepisce come *evidente* la parte rilevante per una certa impostazione clinica, ma non l'intero da cui quella parte è tratta; si percepisce la funzione, l'organo, l'insorgenza di un'anomalia e li si indicano come *evidenti* rispetto ai più complessi elementi che, pure, li rendono possibili nella vitalità del corpo vivo nel mondo e che finiscono col risultare invisibili o, peggio ancora, inesistenti. È ciò che accade, in generale, quando si guarda specificatamente alla malattia (alla parte) rischiando, però, di non vedere più la persona (l'intero) che lamenta di vivere non solo un corpo malato ma una vera e propria esistenza malata.

Possiamo dire, perciò, che la formazione medica comporta una *riconfigurazione percettiva* tale per cui guardare un paziente, da parte di un medico, significa guardarlo *in un certo modo*. Il rischio è una impostazione riduttiva: ad esempio vedere il corpo come un sistema chiuso¹⁹ ed escludere automaticamente alcuni aspetti che sarebbero allora intesi come accessori, se non di ostacolo all'analisi²⁰. Ad esempio come quando un medico vede una lesione: che sembra *già di fatto essere lì*, pronta per essere colta come parte a sé stante, mentre in realtà la considerazione di *quella lesione* come tale ha già comportato una separazione, una messa tra parentesi rispetto al resto del corpo che sente e vive la sensazione della carne lacerata. Un medico può intendere la lacerazione come la cosa da trattare e su cui concentrare l'attenzione clinica, per un paziente esistono il dolore e i problemi causati dalla lacerazione. Per questo, sempre per Costa e Cesana, che pure si riferiscono all'esempio della lesione, quello del medico rischia di essere un «vedere [che] è un ritagliare sia in senso spaziale (una parte del corpo) sia in senso temporale (la malattia appare come priva di storia) [...] In forza di un'illusione necessaria, intrinseca a questo sguardo, la lesione viene determinata come “la malattia”, e si rimuove che ad essere malato è il corpo e le sue relazioni con l'ambiente, poiché *abitando il mondo un campo di forze si altera*»²¹.

¹⁸ V. Costa, L. Cesana, *Fenomenologia della cura medica*, cit., p. 25.

¹⁹ Stefano Crabu, soffermandosi specificatamente sul ruolo che la medicina molecolare ha avuto nel connotare una certa visione del corpo, annota che: «lo sguardo clinico, fondato su una concezione sistemica del corpo composto da organi, sangue e tessuti, è stato così affiancato da uno stile investigativo molecolare che interpreta le funzioni vitali in termini di meccanismi di codifica e trascrizione del DNA» (S. Crabu, *Dalla molecola al paziente. La biomedicina nella società contemporanea*, il Mulino, Bologna 2016, p. 19).

²⁰ Cfr. anche D. Armstrong, *From clinical gaze to regime of total health* in A. Beattie, M. Gott, L. Jones, M. Sidell (eds.), *Health and Wellbeing: A Reader*, Palgrave Macmillan, London 1993, pp. 55-67.

²¹ V. Costa, L. Cesana, *Fenomenologia della cura medica*, cit., p. 26, corsivi degli autori.

Si possono considerare altri casi: ad esempio il guardare ai meccanismi fisiologici di un'aritmia cardiaca non percependo, con essa, gli ostacoli concreti che questa comporta nella vita quotidiana del paziente; oppure cogliere perfettamente un'inflammatione cutanea, come una psoriasi nel volto del paziente, ma senza percepire l'imbarazzo che la persona prova per questa malattia, dovendo mostrare il viso al lavoro o pubblicamente; o ancora aggredire farmacologicamente un tumore, perfettamente visibile nella tomografia, ma senza vedere gli effetti collaterali giornalieri che accompagnano l'intervento, come nausea, vomito, caduta dei capelli o indebolimento, le alterazioni dinamiche che quel corpo malato vive in termini di relazione col mondo.

Questo tipo di percezione isola la parte dal tutto, la malattia dalla persona che ne è affetta. È solo il corpo oggettivo ad essere preso in considerazione, avvantaggiando un senso della malattia (*disease*) che lascia ai margini la percezione del corpo vivo come teatro naturale dove essa acquista un senso esperienziale e prende corpo come esistenza malata (*illness*). In particolare, poi, ciò su cui interessa riflettere è il fatto di come questo sguardo, come pure attestano gli stessi Costa e Cesana, «modifica l'attenzione, che si focalizza ora su ciò che troviamo localizzato, e si rimuove, come speculativa, la considerazione secondo cui ciò è solo il risultato della motilità del corpo vivo»²².

Tale tipo di riconfigurazione percettiva – che implica il guardare diversamente la persona, il suo corpo, le sue funzioni e capacità, fino a consolidare e rafforzare la concettualizzazione biomedica della malattia – è ciò che propriamente mette il medico nella condizione sia di far scorrere lo sguardo sul corpo del paziente non in modo improvvisato, ma appunto metodologicamente orientato, sia di rischiare una forma di riduzionismo assoluto allorché ritenesse che ciò a cui deve prestare attenzione è solo la vita del corpo come si dà nelle sue parti²³.

Ogni professionista della salute formato a questo *sguardo analitico* o *di partizione* sarà così portato, durante l'esercizio della professione, a soffermarsi “naturalmente” su certi aspetti particolari tralasciando gli altri. L'avverbio *naturalmente*, qui, non indica nulla di “naturale”, quanto una capacità di percezione della natura umana che è culturalmente istruita e formata:

²² Ibidem.

²³ Byron J. Good a tal proposito ribadisce che «Nel mondo della vita della medicina il corpo si costituisce ex novo come “corpo medico”, che è altra cosa dai corpi con cui interagiamo ogni giorno, e il grado di confidenza che stabiliamo con esso riflette una prospettiva distinta, un complesso organizzato di percezioni e reazioni emotive che nascono insieme all'emergere del corpo come luogo del sapere medico» (B. J. Good, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, trad. it. Einaudi, Torino 2006, p. 112).

uno sguardo che, dopo essere stato formato, si muove a vedere secondo un certo orizzonte di senso che non è affatto neutrale.

Se vedere, per un medico, vuol dire vedere *certe cose*, non stupisce se anche Byron J. Good insiste sul fatto che le facoltà di medicina occidentali insegnino, prima di tutto, proprio un modo particolare di guardare (e non guardare)²⁴. Una specie di selezione percettiva che rischia di escludere il malato per orientarsi sull'ente malattia, o di trascurare il corpo come organismo vivo, incorporazione o aggregato di tensioni e relazioni spaziali²⁵.

A tal proposito, alcuni studenti di medicina intervistati da Good per le proprie ricerche riportano in prima persona diversi cambiamenti che hanno sperimentato essere accaduti nella loro modalità di percezione, soprattutto quando si ritrovano a fare pratica all'interno del laboratorio di anatomia. Tutti descrivono una particolare esperienza di scarto, come uno stacco; una differenza nel modo di guardare la persona oggetto di analisi che mostra la propria cifra distintiva, secondo la testimonianza di alcuni, solo quando, poi, ci si ritrova, al di fuori di quel contesto specifico, ad incontrare le altre persone. Dopo l'esperienza del laboratorio, l'altro non è più percepito come un'unità, un insieme unico e complesso che risponde alla voce di "persona umana" ma, sempre più automaticamente, come composto di pezzi, parti che al massimo paiono restare unite grazie al misterioso contenimento della pelle.

Secondo la testimonianza di uno degli studenti di medicina che frequentava il laboratorio di anatomia, questo cambiamento non consiste solo nel fatto di guardare diversamente al mondo, ma sembra quasi corrispondere all'ingresso di un diverso mondo percettivo. Vedere diversamente il mondo significa anche abitare un mondo diverso, o abitare diversamente quello che credevamo un naturale mondo della percezione, infatti si afferma:

Dal punto di vista emotivo una gamba acquista un significato ben diverso quando sollevi la pelle. Non significa più quello che significava prima. Ora la pelle, che è il nostro modo di rapportarci agli altri – nel senso che toccare la pelle significa [...] entrare più in confidenza con le persone – diventa una parte trascurabile della faccenda, come la buccia di un'arancia. Non appena la sollevi, entri in questo mondo del tutto diverso.²⁶

²⁴ Sempre Good afferma, infatti: «Per gli studenti di medicina, il corpo e la patologia si costituiscono come tipicamente "medici" nel corso della loro educazione. Entrare nel mondo della medicina non significa solo apprendere il linguaggio e le nozioni di base, bensì pratiche davvero fondamentali, quelle pratiche attraverso cui i medici affrontano e formulano la realtà in un'ottica specificatamente "medica". Tra esse spiccano modi specializzati di "vedere"» (Ivi, p. 111).

²⁵ Facendo l'esempio della storia dell'arte, Scardicchio afferma «avendo già visto che è come se la medicina abilitasse a *vedere nature morte*, opere d'arte figurativa, nel loro ordine classico, si tratterà di muovere verso una formazione dello sguardo che passi attraverso l'abilitarsi a guardare viventi» (A. C. Scardicchio, *Curare, guardare*, cit., p. 89).

²⁶ B. J. Good, *Narrare la malattia*, cit, p. 113.

E sulla stessa scia di riflessioni, anche Good riporta una propria esperienza, nata quando si trovava a condurre le proprie ricerche:

Gli studenti sono ben consapevoli di stare imparando un modo alternativo di vedere [...] stanno imparando a “pensare anatomicamente”, in un modo che sarà centrale per lo sguardo medico. Quando si frequenta il corso di anatomia, tale modo di vedere non lo “dimentichiamo” in laboratorio [...] mi viene in mente il periodo in cui frequentavo la sala settoria in veste di osservatore; allora, quando camminavo per strada, mi pareva di essere un corpo tra corpi, più che una persona tra persone. Mi sono scoperto intento ad esaminare i tratti anatomici delle persone che incontravo, non le percepivo più come persone con caratteristiche sociali o con un’ipotetica vita. Gli studenti descrivono vivide esperienze di questo tipo: uno di loro, che svolgeva uno speciale tirocinio in patologia dove le autopsie erano di routine, mi raccontò di analoghi mutamenti di percezione, simili a quelli provati dagli studenti durante le dissezioni anatomiche.²⁷

Lo studente di medicina in questione, così riporta la propria esperienza:

Stavo chiacchierando [...]. D’improvviso mi è balenato un pensiero – voglio dire – come se prendessi il bisturi e ti incidessi qui, che effetto farebbe [...] è una sensazione che capita di frequente. Ed è una cosa spaventevole. Ti chiedi: perché ti vengono quei pensieri? Voglio dire, sei seduto a parlare con una persona viva e vegeta, eppure pensi alle procedure che useresti eseguendo un’autopsia.²⁸

Riportando la descrizione di queste esperienze attorno alla costituzione della percezione medica, ovvero attorno alla formazione di quella configurazione percettiva che caratterizza la fenomenologia dello sguardo e dell’attenzione medica, non si vuol dire, ovviamente, che il medico abbia uno sguardo incapace di considerare la persona per ciò che integralmente è; né tanto meno si vuole dire che questo sguardo sia di per sé un fallimento per la clinica e i suoi scopi.

Semmai, il riconoscimento di questa strutturazione della percezione sollecita ad approfondire, scavare, e allenare ulteriori modi in cui poter “guardare” e prestare attenzione alla persona, al fine di non ridurla all’ente-malattia, ovvero riducendo la malattia ad ente. Per meglio dire: nonostante questo sguardo possa essere funzionale, in una certa misura, alle logiche diagnostico-terapeutiche, si deve però evitare di incappare in una riduzione nei confronti dell’esistenza che impedirebbe di *prestare attenzione* proprio all’esistenza della persona malata. Quindi, facendo nostre le parole di Good, bisogna riconoscere che «per ricostruire la persona quale oggetto dell’attenzione medica è richiesto un “lavoro” culturale»²⁹, un approfondimento che provochi un’alternativa epistemologica nei modi di prestare attenzione, cioè in primo luogo «un’alternativa fondata sull’esame critico del modo in cui le pratiche e le ontologie mediche determinano gli oggetti dell’attenzione medica»³⁰.

²⁷ Ivi, p. 114.

²⁸ Ibidem.

²⁹ Ibidem.

³⁰ Ivi, p. 177.

Ciò significa non solo tentare una fenomenologia dell'attenzione, ma anche una risemantizzazione del concetto di attenzione. L'ambito clinico non può vivere solo di uno sguardo e un'attenzione al paziente di selezione analitica, rivolta ai segni quantificabili come clinicamente rilevanti³¹, ma deve basarsi su uno sguardo capace di maggiore complessità. Uno sguardo relazionale che sappia davvero *prestare attenzione* alla persona, perché è della persona che si tratta di aver cura.

Occorre comprendere le relazioni esistenti tra percezione e attenzione, scoprire se e quanto il concetto di attenzione sia carico di significati relazionali e istante etiche, riconoscendo, come direbbe Scardicchio, che «la competenza chiave richiesta al professionista della cura è epistemica e riguarda l'apertura del proprio sguardo»³². Non si tratta solo di decostruire un certo concetto, ma di farlo per scoprirne la complessità che può esser andata perduta e riedificare quindi qualcosa che gli appartiene in profondità. Perché *saper guardare può significare molto più che vedere un'evidenza*.

2. *L'attenzione si dice (e si dà) in molti modi*

Il fenomeno dell'attenzione ha subito diverse interpretazioni e analisi nel corso del tempo. Il tema è rintracciabile in alcuni autori classici, fin dall'antichità, ma difficilmente viene affrontato in maniera diretta come concetto autonomo: resta perlopiù collaterale, se ne parla come di ciò che accompagna l'esercizio di altre funzioni.

Nel mondo antico fino alla prima modernità parlare dell'attenzione significa soprattutto parlare degli oggetti, delle essenze, dei contenuti considerati grazie ad essa, oppure dei processi che si attivano, delle consapevolezze e delle capacità acquisite per mezzo di un certo suo esercizio. Significa, cioè, parlare dell'attenzione come di ciò *grazie a cui* si raggiungono certe realtà, si fanno proprie delle pratiche o si illuminano alcuni aspetti del reale: ma difficilmente si parla di ciò *in cui* consiste. Come se l'attenzione avesse una natura funzionale, di supporto, come se consistesse in un processo di mediazione che favorisce la considerazione della realtà da parte della coscienza, la agevola o ne incentiva la modulazione – cosa che effettivamente è,

³¹ Zuppironi afferma che «Il dominio del paradigma empirico fa sì che l'attenzione sia sempre più focalizzata sul segno, sul sintomo, dimenticando chi lo esprime e oggettivandolo, al punto che non solo il malato si riduce alla malattia, ma la malattia al suo segno» (A. Zuppironi, *Riduzionismo medico e senso della cura*, in G. Marrone (ed.), *Il discorso della salute. Verso una sociosemiotica medica*, Meltemi, Milano 2005, p. 101).

³² A. C. Scardicchio, *Curare, guardare*, cit., p. 32.

in parte – ma non si trattasse di un fenomeno che dovesse essere considerato sulla base di una rilevanza in proprio.

Lo stoicismo tardo romano rappresenta forse l'esempio più emblematico a questo proposito: tutta la riflessione stoica, tutti gli esercizi spirituali o le pratiche ascetiche messe in atto dal saggio stoico, possono essere lette come il tentativo di una regolamentata disciplina dell'attenzione. Il saggio sa verso che cosa sia conveniente prestare attenzione e verso che cosa non lo sia; sa inoltre come attenzionare il proprio desiderio. Il *Manuale*³³ di Epitteto non è altro che una raccolta di esercizi per coltivare la disciplina dell'attenzione; come pure Seneca, nelle *Lettere*³⁴, che non smette di richiamare Lucilio affinché presti attenzione a se stesso e alla propria educazione morale. E così Marco Aurelio, che scrive i *Pensieri*³⁵ cercando di non distogliere mai l'attenzione da quelle che sono le cose importanti e meritevoli per l'elevazione del proprio spirito, e quindi sottraendola a ciò che lo allontanerebbe da se stesso e dagli stessi precetti stoici. L'attenzione rappresenta una via di accesso privilegiata, un mezzo ascetico, una predisposizione dell'animo verso la saggezza del vivere secondo natura³⁶.

Tuttavia in nessuno di questi autori si riscontra una riflessione sull'attenzione in quanto tematica autonoma³⁷, né vi si trova un'analisi sui modi della sua istruzione e modulazione, né tanto meno vi è una discriminazione terminologica circa i molteplici usi linguistici di questa parola, tanto ricca quanto variegata.

³³ Cfr. Epitteto, *Manuale*, trad. it. Einaudi, Torino 2006.

³⁴ Cfr. Seneca, *Lettere a Lucilio*, trad. it. Bur, Milano 2013.

³⁵ Marco Aurelio, *Pensieri*, trad. it. Mondadori, Milano 2016; cfr. anche P. Hadot, *La cittadella interiore. Introduzione ai "Pensieri" di Marco Aurelio*, trad. it. Vita & Pensiero, Milano 2017.

³⁶ Il discorso resta valido per tutte le filosofie ellenistiche, quindi non solo per lo stoicismo ma anche per l'epicureismo. A questo proposito, pure Hadot crede fermamente che «nello stoicismo, come nell'epicureismo, la filosofia è un atto continuo, un atto permanente, che s'identifica con la vita, un atto che occorre rinnovare a ogni istante. In entrambi i casi si può definire tale atto come un orientamento dell'attenzione. Nello stoicismo l'attenzione è orientata verso la purezza dell'intenzione, ossia la conformità della volontà umana dell'uomo con la Ragione, ossia la volontà della Natura universale. Nell'epicureismo l'attenzione è orientata verso il piacere, che infine è il piacere di essere. Ma, per realizzare tale attenzione, sono necessari esercizi di ogni specie, e in particolare la meditazione intensa sui dogmi fondamentali, la presa di coscienza sempre rinnovata della finitezza della vita, l'esame di coscienza, soprattutto un certo atteggiamento nei confronti del tempo» (P. Hadot, *Esercizi spirituali e filosofia antica*, trad. it. Einaudi, Torino 2005, p. 159).

³⁷ Va anche notato che, sebbene l'attenzione possa essere considerato come tema di indagine filosoficamente autonomo, tuttavia, secondo alcuni studiosi di prevalente estrazione cognitivista, si dovrebbe mettere in discussione l'idea dell'attenzione come processo autonomo. Tra i molti, cfr: W. A. Johnston, V. J. Dark, *Selective Attention*, «Annual Review of Psychology», 37 (1986), pp. 43-75; H. Pasher, *The Psychology of Attention*, Mit Press, Cambridge 1998; D. A. Allport, *Attention and Control. Have We Been Asking the Wrong Questions? A Critical Review of Twenty-Five Years*, in D. E. Meyer, S. Kornblum (ed.), *Attention and Performance, XIV, Synergies in Experimental Psychology, Artificial Intelligence, and Cognitive Neuroscience*, Mit Press, Cambridge 1993, pp. 183-218; B. Anderson, *There is no Such Things as Attention*, «Frontiers in Psychology», 2 (2011); W. Wu, *Attention*, Routledge, New York 2014.

Con l'epoca moderna si intravedono alcuni autori³⁸ che considerano il tema con un occhio meno ingenuo o strumentale, ma è tuttavia tra la fine XIX e l'inizio del XX secolo che l'attenzione inizia ad affermarsi come tema degno... di attenzione: grazie, soprattutto, ad un'invasione nel campo della neonata psicologia³⁹ e alla scelta metodologica di certi filosofi di collocare l'attenzione al cuore dell'esperienza, facendone cioè non solo una capacità di sostegno di altre facoltà ma ciò che può dischiudere e illuminare i caratteri dell'esperienza e dell'esistenza, oppure orientare e offrire una certa disposizione della percezione.

Prima di questo snodo storico si può quasi dire che l'attenzione sia stata solo una serva di scena, utile a portare sotto i riflettori della coscienza o della percezione alcuni elementi, senza poter mai avere un ruolo da protagonista alla ribalta del pensiero filosofico ma, al massimo, quello di un'ancella che vive supportando altri, i quali, oscurandone il ruolo, di converso finiscono col contribuire a farne un grande tema mancato del pensiero classico occidentale.

Natalie Depraz crede che, nel lungo percorso della filosofia occidentale, «l'attenzione – così come anche il tema della sorpresa – [...] sono considerate ipo-filosofiche e non degne di interesse, raccolte da filosofi isolati e situate in contesti eterogenei senza alcuna filiazione ermeneutica»⁴⁰. È difficile rintracciare un quadro filosofico determinato, sia esso empirico o trascendentale. Il tema impone un rischio del pensiero, lo spinge a svolgersi senza rete, ed è per questo che, «per quanto riguarda l'attenzione, essa non fa parte dei temi di attualità o degli atti centrali del soggetto intenzionale, trascendentale, esistenziale, ontologico o etico, come la percezione, il tempo, l'immaginazione, il corpo o l'esperienza degli altri»⁴¹.

I motivi per cui nel corso della storia non si è fatto dell'attenzione un tema autonomo sono sicuramente molti, ma per Depraz se ne possono rintracciare in particolar modo tre.

Il primo è di ordine storico, legato alla particolare organizzazione dei saperi della scienza e conoscenza occidentale, soprattutto quando questa ha preso le forme di una divisione

³⁸ Diversi sarebbero i riferimenti, ma per economia di discorso si fa qui cenno ad alcuni nei quali si riscontra l'emergere del tema secondo nuove categorie interpretative. Cfr. Cartesio, *Meditazioni Metafisiche*, a cura di L. Urbani Ulivi, Bompiani, Milano 2001, in particolare II meditazione, dove Cartesio iscrive l'attenzione non solo in una teoria intellettuale dello spirito in cui governa essenzialmente la volontà e il giudizio, ma dove appare come un *operatore modale di graduazione assiologica* nella conoscenza degli oggetti e del mondo; G. W. Leibniz, *Nuovi saggi sull'intelletto umano*, a cura di S. Cariatì, Bompiani, Milano 2011, nel quale l'attenzione diventa un certo modo di applicazione del pensiero e della riflessione; N. De Malebranche, *Traité de morale*, in *Oeuvres*, Gallimard, Paris 1992 in cui l'attenzione viene definita come una forma di attesa senza aspettativa e che ripropone un certo filone agostiniano nella considerazione del nesso attesa-attenzione. Per un approfondimento sul percorso storico-filosofico e, in particolare, su questi due principali nessi qui accennati, di Agostino-Malebranche e di Cartesio-Leibniz, si rimanda a N. Depraz, *Attention et vigilance. À la croisée de la phénoménologie et des sciences cognitives*, PUF, Paris, PUF, in particolare pp. 24-30.

³⁹ Cfr. W. James, *Principles of Psychology*, Harvard University Press, Harvard 1981.

⁴⁰ N. Depraz, *Attention et surprise. Paul Ricoeur en débat en au-delà*, «Alter. Revue de Phénoménologie», 23 (2015), p. 263 [trad. nostra].

⁴¹ Ivi, p. 266 [trad. nostra].

compartimentale più o meno a presa stagna (basti pensare che l'attenzione fa ingresso nella filosofia husserliana solo passando attraverso la porta della psicologia e delle scienze della mente che in quegli anni si stavano affermando).

Il secondo motivo deriva dal fatto che l'attenzione rappresenta un fenomeno fragile, sfuggente, difficilmente identificabile come i grandi temi ontologici o metafisici ai quali la filosofia ha sempre guardato. Un fenomeno che, facendo parte in maniera leggera e discreta della nostra esperienza, non sarebbe apparso attrattivo per i filosofi dei grandi problemi, quando questi si interrogavano sulle questioni fondamentali e di fondamento epistemico.

Il terzo motivo sarebbe legato allo statuto specifico dell'attenzione che, ad un primo sguardo, potrebbe essere considerato un fenomeno umano solo in minima parte, o in modo laterale. Laddove, cioè, prevarrebbe un significato dell'attenzione simile a quello di allerta, di risveglio automatico suscitato da certi stimoli – una specie di riflesso incondizionato messo in campo dall'istintualità – ecco che il fenomeno rientrerebbe nel campo più vasto pertinente all'orbita dell'animalità: come quando suona la sveglia e ci destiamo, si sente un forte rumore e corriamo ai ripari, oppure vediamo un'ombra minacciosa di fronte a noi e il nostro sguardo resta inchiodato a quel mistero. Se considerata solo secondo questa accezione, dove i termini predominanti più corretti sarebbero *arousal* e *alertness*⁴², l'attenzione sarebbe solo un meccanismo istintuale, una risposta involontaria da considerare per un'etologia umana piuttosto che non per una antropologia. Per questo, sembra essersi affermato un pregiudizio: come può l'attenzione far parte dei temi antropologici se non presenta rilevanti questioni metafisiche, se non riesce a caratterizzare l'umano in quanto tale, come, al contrario, sembra accadere al logos, al tempo, alla consapevolezza della morte, all'autocoscienza, alla libertà o alla responsabilità morale?⁴³

A questi motivi rilevati da Depraz ne va aggiunto un quarto, che pure li attraversa tutti: il fatto che l'attenzione presenti un'innegabile natura proteiforme, tanto dal punto di vista di una descrizione fenomenologica, quanto da quello della sua semantica e concettualizzazione. Essa sfugge alla presa quanto si prova a pensarla, la sua natura appare in prima battuta scivolosa o quantomeno frastagliata: tanto più che non si fa mai cogliere in una posizione compatta e statica

⁴² Molto spesso gli studi cognitivi si concentrano su questi aspetti prevalenti, motivi che spingono Depraz a rilevare che: «La strada reale di ingresso nello studio dell'attenzione passa attraverso l'*arousal* e l'*alertness*, che possono essere tradotti come risveglio, vigilanza e stato di allerta. Questa dimensione minima dell'attenzione, identificata già nel 1949 da Magoun e Mazzu nell'area del cervello denominata "la reticola", corrisponde a una dinamica corporea inconscia che caratterizza la coscienza animale» (Ivi, p. 264 [trad. nostra]). Sugli studi ai quali si riferisce Depraz cfr. G. Moruzzi, H. W. Magoun, *Brain stem reticular formation and activation of the EEG*, «EEG Clinical Neurophysiology», 1 (1949), pp. 455-473.

⁴³ Cfr. Ivi, pp. 267-268.

ma vive di ambivalenze, avvicinamenti e allontanamenti costanti; non si lascia agguantare se non dentro il gioco di un continuo dinamismo che la vede *attiva e passiva*, suscitata e orientata, potenzialmente diffusa e collocata da qualche parte. La linea di confine tra queste articolazioni è posta più sul piano della categorizzazione concettuale che non su quello dell'esperienza vissuta.

Occorre perciò approcciarla da piste differenti, impone di discriminarne i molti sensi e al contempo di coglierne intrecci, legami reciproci, perché costituisce una tematica che merita una trattazione autonoma mentre, al tempo stesso, la si trova attorcigliata ad altre funzioni della coscienza o della percezione⁴⁴.

Non a caso, non è da trascurare il fatto che il termine *attenzione*, in molte lingue o strutture lessicali, necessita spesso di essere declinato o sorretto da verbi transitivi che ne chiariscano il senso o ne indichino un significato di volta in volta specifico. Il linguaggio ordinario, che puntualmente raccoglie certe sedimentazioni di senso nel modo di concepire il mondo e le pratiche, sembra insomma restituire appieno questa varietà proteiforme.

Possiamo allora cercare di dipanarne la complessità distinguendo, ad esempio, in primo luogo un significato ristretto e un significato più ampio.

Secondo un *significato ristretto*, derivato soprattutto dalla psicologia e dalle scienze cognitive, esercitare l'attenzione significherebbe far emergere in primo piano, focalizzare, selezionare con la vista o l'udito un dato percettivo, attenzionare e concentrarsi su qualcosa escludendo il resto dal proprio campo. Questo senso, nella lingua italiana, conduce solitamente ad utilizzare espressioni quali *fai attenzione!*, *sii attenta/o* oppure *concentrati!*, *non distrarti!*, *guarda e ascolta attentamente*; e ancora: *cerca di avere attenzione*, dove il verbo *avere* sottolinea un possesso, una proprietà che alla bisogna viene sfoderata in modo strumentale, come a dire che per impiegare l'attenzione si deve (dimostrare di) averla. Sarebbe il corrispondente di *attention*, in inglese; *Achtung*, in tedesco; *Attention* in francese. In questo caso, sebbene si tratti di una disposizione che viene richiamata o sospinta da stimoli sensoriali, come l'udito o l'ascolto, è soprattutto l'ambito mentale e di concentrazione cognitiva che viene considerato implicato; il che rende l'attenzione una funzione "a servizio" della cognizione, o una sua modalità espressiva.

Secondo un *significato più ampio*, invece, promosso soprattutto dalla filosofia morale, *prestare attenzione* sta ad indicare il promuovere recettività, cura, riguardo, considerazione,

⁴⁴ Non a caso, sempre per Depraz, dovremmo evidenziare e attestare la natura trasversale dell'attenzione, la quale «non è monolitica, ma coinvolge una serie di "stati attentivi"» (N. Depraz, *Attention et vigilance*. cit., p.172 [trad. nostra]).

percepire gli aspetti complessi dell'esistenza o di una particolare realtà del mondo (una pianta, un animale, l'essere umano, un tema politico o un problema come la sostenibilità ambientale); è un saper *aprire lo sguardo*, oltre la pura percezione sensibile; ma indica anche il saper mettere in campo una sensibilità emotiva, un sentire non superficiale, disporsi relazionalmente per intercettare e rispondere ai bisogni o desideri altrui. Assume insomma il significato di *saper ascoltare profondamente*, *saper guardare oltre* la superficie oppure *farsi toccare* da un evento non restando indifferenti a ciò che accade. Dentro a questo significato è intesa un'implicazione personale, mai relegata o ridotta a una funzione cognitiva, una partecipazione dell'intera persona: un coinvolgimento d'essere che, infatti, spinge a parlare di un *essere attento*. In questi casi, inoltre, si usa l'espressione *prestare attenzione* come se l'attenzione non fosse qualcosa di esclusivo o privato che pertiene al soggetto singolo, ma visse di uno scambio, di un dinamismo, di un dare e ricevere o di un concedere e negare a qualcosa o a qualcuno. Paul Valery avrebbe detto «un prestito fatto a una fonte ignota ma immediata di energia per eseguire un lavoro»⁴⁵. Si tratterebbe di una forma di sollecitudine in cui l'attenzione appunto *si presta*, *si dona*, a volte ritorna circolarmente indietro quando diventiamo noi stessi (s-)oggetto di attenzione, oppure ci viene negata quando ad esempio cadiamo nell'indifferenza altrui. In tedesco è traducibile col termine di *Aufmerksamkeit*, che rimanda allo sguardo, alla considerazione personale, ma anche alla gentilezza⁴⁶; *soin* in francese, che traduce anche i termini *cura* e *sollecitudine*.

Esiste pure, per così dire, una *semantica di irradiazione* quando si dice di *fare attenzione* e ancor più di *porre attenzione* nel senso di sollecitare alla cautela, a essere prudenti, sorvegliare, come quando si vuole schivare un problema evitabile o tirare il freno a mano di fronte a quelli inevitabili; si assume un atteggiamento di vigilanza, che si irradia come il cono di luce di un faro quando vuole raggiungere gli orizzonti bui e nascosti della notte, preventivando magari quegli ostacoli che, nel momento attuale, sono solo ipotizzabili rispetto alle loro conseguenze dannose. In questo senso si *pone attenzione* agli effetti collaterali di un farmaco, si vigila sulle scelte comportamentali, sociali, politiche e su come queste avranno delle ricadute sull'ambiente, sulla collettività o sulle generazioni future, mettendo in campo quella

⁴⁵ P. Valery, *Quaderni*, vol. IV, a cura di J. Robinson-Valery, trad. it. di R. Guarini, Adelphi, Milano 1990, p. 406.

⁴⁶ Afferma Waldenfels: «In tedesco l'attenzione (*Aufmerksamkeit*) caratterizza anche una virtù del comportamento relazionale, che corrisponde a termini italiani quali gentilezza o cortesia. [...] In questo caso non si può rimpiazzare l'attenzione con macchine e apparecchiature che la sostituiscano, perché l'attenzione è prestata oppure negata, e non soltanto agli altri che vivono con noi, ma anche alle cose» (B. Waldenfels, *Soglie d'attenzione. Itinerari dei sensi*, trad. it. G. Baptist 2003, pp. 12-13, il documento è presente online: http://www.filosofia.it/wp-content/uploads/2012/05/Waldenfels_Soglie_attenzione.pdf, consultato il 26.01.2024).

che Jonas avrebbe definito un'euristica della paura⁴⁷ e che, dentro questa cornice semantica, può essere appieno considerata come una forma di attenzione. Perciò non solo una forma di vigilanza – restando desti, vigili, facendo ipotesi, supposizioni, immaginando scenari utopici o distopici –, ma connotata con una valenza propriamente etico-politica, rispetto alle ricadute sul benessere personale e collettivo. In inglese si potrebbe utilizzare il termine *careful*.

Come già si rilevava, la varietà semantica dell'attenzione, inoltre, spesso si intreccia, i diversi significati si sovrappongono o implicano più modulazioni contemporaneamente: non a caso Husserl indagava l'attenzione non prescindendo mai dalle continue *trasformazioni attenzionali* con le quali e nelle quali essa si dà, perché «all'attenzione come tale appartengono specificatamente diversi modi di attenzione»⁴⁸ che si co-implicano vicendevolmente. Ad esempio si può moralmente prestare attenzione ai bisogni umani (*sensu ampio*) solo sapendosi concentrare e focalizzare su quelli concreti e determinati, come dare da bere a chi ha sete (*sensu ristretto*); oppure si fa attenzione al gradino (*sensu ristretto*) solo lasciando che essa ci accompagni e faccia con noi tutta la salita della scalinata, per non cadere, come fosse un terzo occhio che ci guida (*sensu di irradiazione*).

Anche una ricostruzione prettamente etimologica del termine non sembra pacifica, tanto che, secondo Bernhard Waldenfels, «le lingue europee antiche si accostano al fenomeno dell'attenzione in maniera talvolta maldestra»⁴⁹. Per mostrare queste molteplici variazioni semantiche, che all'atto pratico vivono di un richiamo tra i diversi sensi, si può brevemente far riferimento all'occorrenza greca e latina.

In greco antico il termine *προσοχή* (*prosochi*) si riferisce ad un *tendere e rivolgersi verso*, un certo *dirigersi*, come quando la nave fa rotta verso la *méta*: la nave è rappresentata allora dalla coscienza capace di orientarsi e saper andare incontro alle cose. È un movimento che, nel momento in cui si attua, si lascia attrarre da ciò che è considerato e visto, come la terra ferma che si scorge dalla prua e orienta il capitano che vi rivolge il timone. Questo implica pure che il direzionarsi escluda altri aspetti: volgersi verso qualcosa implica lasciarsi alle spalle altro.

La variante latina del termine *attentio* sembra, allo stesso modo, evidenziare il carattere del *rivolgersi a, orientarsi verso, inclinarsi, aspirare*, dove purtuttavia prevale anche una

⁴⁷ Per euristica della paura si deve intendere un atteggiamento, una predisposizione logica o un certo processo in cui, per dirlo con Jonas «si deve prestare più ascolto alla profezia di sventura che non a quella di salvezza», avvantaggiando la considerazione dei possibili effetti negativi rispetto ai positivi di un certo comportamento, di una decisione o dello sviluppo di una nuova tecnologia emergente» (H. Jonas, *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, trad. it. Einaudi, Torino 2009, p. 39).

⁴⁸ E. Husserl, *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*, § 92, trad. it. Einaudi, Torino 2002, p. 235.

⁴⁹ Ivi, p.3.

semantica dello *stare in distensione, in aspettativa*, e quindi un particolare stato di *attesa e tensione*. In questa espressione prevale il senso della durata, del *continuum*, della scansione temporale che accompagna l'attenzione e che richiede, a chi intenda essere attento, partecipazione profonda e dinamismo. Ovvero, la lingua latina rimanda alla tensione (*tensio*) con la quale ci si predispone in un'attesa (*ad-tendere*) e che permette la modulazione, il rivolgimento e l'esercizio dell'attenzione stessa (*at-tensio*). Chi è attento sta in attesa⁵⁰. Così Agostino, nelle *Confessioni*, scriveva: «L'animo attende, presta attenzione [...] quello che attende, attraverso il suo sviluppo nel presente, passa poi nel ricordo»⁵¹.

Le due derivazioni sembrano sottolineare aspetti differenti: la greca all'opera di puntamento che *si rivolge verso un obiettivo* specifico, la latina all'attesa, alla durata, allo *scorrere temporale* che accompagna l'attenzione e la mette in tensione. Ma possono essere lette come le due prospettive di un fenomeno unitario, il quale vive reciprocamente di entrambe. Come quando si è fermi al semaforo: siamo rivolti verso la strada di fronte a noi, sappiamo dove dobbiamo andare; lo sguardo punta sul semaforo rosso, si rivolge e si concentra su questo, e al contempo attendiamo la mutazione di colore, siamo in pausa, forse anche in una piccola posa di tensione fisica che vede il piede frizionarsi sull'acceleratore prima di riprendere il cammino e spostare l'attenzione dal semaforo alla strada non appena diventa verde. Oppure come quando un medico si concentra nell'analisi patologica: è ad una particolare esperienza di malattia che è chiamato a rivolgere la propria attenzione, la quale successivamente può modularsi o focalizzarsi sui sintomi, poi sulla terapia e insieme al paziente attendere che questa faccia il suo effetto, si riscontrino dei miglioramenti, senza tuttavia mai perdere di vista la *méta* più vasta della salute della persona ammalata. Il medico *attenziona* il paziente, *attende* con lui e al contempo *tende* verso il suo benessere da promuovere. Per questo è necessario descrivere e dischiudere il fenomeno dell'attenzione, saper abitare i suoi diversi sensi, non riducendolo al solo lavoro di una mente concentrata, ma cogliendone anche la dinamica esperienziale attiva che si dà nel corpo percettivo.

Già Simone Weil aveva messo in guardia contro un'accezione unilaterale, quando si interrogava sulle modalità di educazione dei bambini negli studi scolastici, ma il suo monito non sembra essere stato ascoltato. Nell'esempio dell'educazione scolastica proposto da Weil –

⁵⁰ Anche Bruno Callieri, distinguendo fenomenologicamente tre momenti dell'attenzione, parla di attenzione *aspettante*, attenzione *osservante* e attenzione *riflettente*. Cfr. B. Callieri, *Per un'inquieta fenomenologia dell'attenzione*, «Segni e comprensione», 57 (2006), pp. 13-24; Id., *Aspetti fenomenologici dell'attenzione*, «Informazione, Psicologia, Psicoterapia, Psichiatria», 33 (1998), pp. 2-15.

⁵¹ Agostino, *Le confessioni. La via interiore per arrivare a Dio*, trad. it. Bur, Milano 1994, Libro XI, cap. XXXVIII, p. 333.

e che, come abbiamo evidenziato nel paragrafo precedente, può essere anche una metafora emblematica dei rischi del processo formativo della professione medica – così essa afferma:

Molto spesso l'attenzione viene confusa con una sorta di sforzo muscolare. Quando si dice agli allievi: «Ora state attenti», li si vede corrugare le sopracciglia, trattenere il respiro, contrarre i muscoli. Se qualche istante dopo si domanda loro a che cosa siano stati attenti, non sono in grado di rispondere. Non hanno fatto attenzione. Hanno semplicemente contratto i muscoli. Negli studi vi è spesso dispendio di un simile sforzo muscolare. E poiché alla fine ci si sente stanchi, si ha l'impressione di aver lavorato. Ma è un'illusione.⁵²

Il considerare l'attenzione solo come uno sforzo di concentrazione, se radicalizzato, può portare anche paradossalmente a un mancare, più in generale, l'orizzonte nel quale l'attenzione si svolge: come un medico quando si concentra con acribia nel leggere le analisi del sangue, rilevando statistiche anomale o normali, e manca tuttavia di accorgersi del legame tra il paziente e quelle analisi, ad esempio delle abitudini, aspettative, ansie che vive e interferiscono con la sua condizione.

3. Una disposizione della percezione: primi elementi fenomenologici

Nonostante il tema sia relativamente nuovo nel dibattito della filosofia contemporanea, la fenomenologia ha puntato un particolare *cono di luce* su di esso (usiamo qui una metafora non sporadica e, certo, nemmeno occasionale, considerato che proprio Husserl rammenta come questa immagine sia spesso usata per parlare del tema dell'attenzione⁵³).

Prima di tentare di ricostruire una fenomenologia dell'attenzione, vogliamo qui fare riferimento a due autori che, sebbene non ne abbiano offerto una teoria compiuta, hanno fornito importanti contributi su questo argomento collegandolo al tema della percezione, e hanno permesso di vedere quali proprietà la caratterizzano dal punto di vista del vissuto e della coscienza percettiva.

Questi primi elementi non vanno trascurati, né devono essere presi come delle gravitazioni esterne ad una ricostruzione fenomenologica complessiva: semmai, a fronte della sua natura nomade, meticciasca, quasi anarchica, che difficilmente si fissa dentro concettualizzazioni rigide, aiutano a ravvisare alcune delle molte e possibili *tracce* che

⁵² S. Weil, *Attesa di Dio*, trad. it. Adelphi, Milano 2008, p. 195.

⁵³ «Si è soliti paragonare l'attenzione a una sorgente di luce: Ciò che è specificatamente osservato si trova nel cono, più o meno chiaro, di luce; può peraltro retrocedere nella penombra o nel buio fitto. Sebbene questa metafora non basti a rilevare distintamente tutti i modi che vanno fenomenologicamente fissati, serve però a segnalare le alterazioni che avvengono in ciò che si manifesta come tale» (E. Husserl, *Idee per una fenomenologia pura e una filosofia fenomenologica*, cit., pp. 235-236).

costituiscono l'attenzione e le sue modulazioni. Ciò permette anche di cogliere i legami tra attenzione e percezione, il loro inestricabile intreccio: in fondo, avrebbe detto Paul Valery, «l'attenzione sta alla percezione generale come la messa a fuoco sta alla retina»⁵⁴.

3.1. Husserl: l'attenzione come interesse

Non è semplice rintracciare una riflessione sistematica nel pensiero husserliano sul tema dell'attenzione, tanto che c'è chi dubita si possa parlare di una vera e propria teoria su di essa in questo autore⁵⁵, ma le sue analisi hanno il merito di descrivere alcune caratteristiche peculiari nei modi di darsi dell'attenzione. Poiché essa mantiene dei legami particolari con la percezione, il tema è al contempo autonomo e intrecciato alla percezione stessa.

Non a caso, Husserl presenta l'attenzione come un vissuto della percezione, un atto dell'io il quale va, di volta in volta, a rivolgersi a certe realtà, oggetti, ricordi o contenuti grazie ai “materiali” forniti dalla percezione o che, sulla base di questa, può modulare il proprio “raggio”. Inoltre, nella misura in cui percepire significa anche muovere ed esprimere una certa intenzionalità⁵⁶, l'attenzione mantiene dei legami anche con l'intenzione. Per Husserl, percepire vuol dire sempre percepire qualcosa di particolare a cui l'intenzione si rivolge: altrettanto, l'attenzione si rivela come un'espressione dell'intenzionalità, essere attenti vuol dire sempre essere attenti a qualcosa, in un certo modo, rivolgendosi a questo qualcosa secondo una certa intenzione.

Negli scritti in cui si dedica ad esaminare questo fenomeno, infatti, non solo a un livello generale presenta l'attenzione come una *intenzione speciale*, ma impostando le fasi preparatorie del lavoro di analisi afferma esplicitamente che: «il senso del nostro discorrere sulla *Meinung* [*Intenzione*] sembra avere una certa relazione con l'attenzione o, addirittura, sembra esprimere qualcosa del tutto identico ad essa. Ciò che è osservato attentamente è ciò che è inteso specificatamente in opposizione a ciò a cui non prestiamo attenzione»⁵⁷. Quindi, non prestare attenzione a un fenomeno, un dato di realtà, a un ricordo o a un evento, comporta il non rivolgergli alcuna forma di intenzionalità e per questo motivo «la relazione intenzionante di cui

⁵⁴ P. Valery, *Quaderni*, vol. IV, cit., p. 408.

⁵⁵ N. Depraz, *Where is the phenomenology of attention that Husserl intended to perform? A transcendental pragmatic-oriented description of attention*, «Continental Philosophy Review», 37 (2004), pp. 5-20.

⁵⁶ A tal proposito Husserl afferma: «La percezione vale per me come atto dello stesso genere degli atti intenzionali [...] ho infatti fin da principio caratterizzato il percepire come un atteggiamento intenzionale» (E. Husserl, *Percezione e attenzione*, trad. it. a cura di A. Scanziani e P. Spinicci, Mimesis, Milano-Udine, 2016, p. 135).

⁵⁷ Ivi, p. 102.

stiamo qui parlando si trova evidentemente in stretta connessione con l'attenzione»⁵⁸. Si presta attenzione a qualcosa nel momento in cui questo qualcosa “viene preso”, o si “lascia prendere”, dalla percezione dentro una mira intenzionale.

L'attenzione, così, corrisponderebbe a quella capacità in grado di guidare la percezione, o che le fa compiere delle operazioni che possono prendere, poi, la forma della focalizzazione, della selezione, della considerazione di parti specifiche di un oggetto, quando lo si scruta attentamente e con acribia. I fenomeni, o le parti di questi che vengono considerate, così come pure può avvenire nel caso di una persona umana, costituiscono *ciò* verso cui l'intenzione si rivolge, assumendo di volta in volta ora questa ora quella forma⁵⁹. Perciò la focalizzazione – se volessimo con un esempio riferirci a quel particolare atteggiamento medico che va di volta in volta a concentrarsi sulle oggettività che emergono dal corpo del paziente e che vengono poi definite *evidenze* – non rappresenta totalmente il fenomeno dell'attenzione, ma una sua modalità, nella quale si attuano certe intenzioni che si concentrano ora su *questa parte* o su *quest'altra* di uno stesso corpo, oppure ora su *questo oggetto qui* ora su *quello là*, permettendo l'emergere di un certo dato in quanto *oggetto intenzionale*. Proprio in questo senso Husserl afferma che «l'attenzione è un tendere dell'io verso l'oggetto intenzionale»⁶⁰.

Ci sono tuttavia delle distinzioni da operare rispetto ai legami tra attenzione-percezione.

Anzitutto, un conto è parlare delle percezioni sensibili di ciò che riscontriamo fuori di noi attraverso la vista, l'udito, il tatto e che potremmo cogliere come dati della *percezione esterna*; un altro conto è parlare delle percezioni che risultano dalla considerazione del nostro vissuto, animano la vita della mente e sono propriamente delle *percezioni interne*. Questa distinzione si riflette in quei due risvolti che, per Husserl, caratterizzano il fenomeno dell'attenzione: da un lato si ha una *disposizione* dell'attenzione (che si riferisce alle percezioni esterne, che hanno un certo modo), dall'altro lato si ha un *vissuto* dell'attenzione (che riguarda le percezioni interne). Ovvero: da una parte esistono delle disposizioni psichiche, delle condizioni strutturali, peculiari modalità di porsi che orientano la percezione e permettono di prestare attenzione ai dati della realtà secondo certi caratteri. In questo caso, riproponendo la terminologia husserliana, parliamo di un vero e proprio *habitus disposizionale* che, predisponendo il soggetto a percepire

⁵⁸ Ivi, p. 115.

⁵⁹ A tal proposito, Maren Wehrle, nel ripercorrere l'argomentazione husserliana, sottolinea che quanto l'attenzione è orientata dalla mira intenzionale «essa opera una focalizzazione all'interno di un complesso oggettivo e ci permette di osservare con più precisione alcune parti dell'oggetto» (M. Wehrle, *L'attention : plus ou moins que la perception ? Au croisement des perspectives de la phénoménologie et des sciences cognitives*, in N. Depraz (dir.), *L'attention*, «Alter. Revue de Phénoménologie», 18 (2010), p. 215, [trad. nostra]).

⁶⁰ E. Husserl, *Esperienza e giudizio. Ricerche sulla genealogia della logica*, trad. it. a cura di F. Masi, Scholé-Morcelliana, Brescia 2022, p. 79.

secondo certi canoni o caratteristiche, gli permette di prestare attenzione a qualcosa in un certo modo: infatti Husserl definisce questo lato dell'attenzione come «un'attitudine [...] la cui esistenza ci è rivelata solo a partire da un certo tipo di effetti percepiti»⁶¹, cioè a partire da quelle percezioni esterne sulle quali si va ad esercitare questa attitudine. È qualcosa che riguarda il più complesso modo di incarnare e fare proprio l'*habitus disposizionale*, una particolare postura che, aggiungiamo noi, può venire istruita, educata o influenzata anche da condizioni esterne al soggetto.

Dall'altra parte, invece, l'attenzione si caratterizza a seconda dei vissuti che la connotano, per quelle particolari percezioni interne della coscienza dove prestare attenzione significa *vivere* la propria attenzione: esperirne l'intensità, la durata, sentire il suo grado di rivolgimento a qualcosa; come dirà anche nelle *Idee*: «lo stesso raggio attenzionale è un momento del vissuto»⁶². Sono quei casi in cui ciascuno di noi può dire: «sono attento quando mi trovo in uno stato di coscienza caratterizzato così e così, della cui peculiarità posso convincermi mediante la semplice “percezione interna”»⁶³.

Questi due risvolti, o queste due componenti, comunque, non possono essere scissi se non sul piano della loro concettualizzazione, perché nei fatti vivono di un richiamo e di un imbrigliamento reciproco. Ogni tentativo di definire l'attenzione non può che porsi sulla soglia di un intreccio. Un certo *habitus disposizionale* può essere il connotato che supporta il vissuto dell'attenzione, e il saper prestare attenzione al vissuto può favorire tali particolari modi di esercizio della coscienza⁶⁴, nei quali l'intenzione si attua appunto “attentivamente”: per questo, per il fenomenologo, «è senza dubbio necessario prendere in considerazione tanto le disposizioni quanto i vissuti»⁶⁵.

Tuttavia Husserl non si concentra nell'esaminare il primo lato della questione⁶⁶, soprassiede all'indicare come l'*habitus disposizionale* possa essere incarnato, come possa

⁶¹ Id., *Percezione e attenzione*, cit., p. 131.

⁶² Id., *Idee per una fenomenologia pura e una filosofia fenomenologica*, cit., p. 235.

⁶³ Id., *Percezione e attenzione*, cit., p. 131.

⁶⁴ Per Husserl possono esserci anche dei casi dove, pur esistendo delle attitudini a svolgere delle particolari operazioni, queste operazioni non riverberano il loro effetto sul vissuto, che sembra restar loro indifferente. Sono quei casi in cui «sono attento se sono in grado di compiere determinate operazioni, mentre nell'intero contenuto di coscienza non si trova nulla che valga come attenzione e che rivendichi un peculiare carattere di vissuto» (Ivi, 131). Qui, probabilmente, Husserl si riferisce a particolari forme di automatismo, in cui il corpo sembra attento, capace nell'agire e portare avanti certi compiti – dimostrando cioè l'esistenza incarnata di un certo *habitus* – pur non avendo un pieno investimento della coscienza.

⁶⁵ Ivi, p. 132.

⁶⁶ In questo caso si limita a citare quegli autori che già avevano considerato l'attenzione o come *la disposizione all'ottenimento di una crescita delle rappresentazioni presenti* (Herbart), oppure come una *predisposizione al lavoro psichico* (Höfler). Cfr. J. F. Herbart, *Psychologie als Wissenschaft, neu gegründet auf Erfahrung, Metaphysik un Mathematik*, Zweyter, analytischer Theil, August Wilhelm Unzer., Königsber 1825; A. Höfler, *Psychische Arbeit*, Hamburg, Leipzig 1894.

caratterizzarsi, quali siano le sue componenti o condizioni di possibilità. Si concentra invece nell'esaminare il secondo aspetto: è interessato a «volgere lo sguardo solo al *vissuto caratteristico dell'attenzione* nel quale, appunto, prende forma la sua *essenza vissuta*»⁶⁷ e che implica una configurazione particolare della coscienza. In questo caso, per Husserl, dovremmo notare come l'attenzione sia legata a quello che, con un termine forse smagliato, rappresenta il fenomeno dell'*interesse*. Anzi, dovremmo proprio parlare dell'*attenzione come interesse* e più precisamente di attenzione come una forma di *interesse teoretico*. Questa definizione, a dire il vero, lascia insoddisfatti e fa storcere la bocca allo stesso fenomenologo: se per *teoretico* si intendesse qualcosa che resta impigliato in un ambito prettamente scientifico, di curiosità accademica o brama intellettuale. Infatti, «un evento terribile [...] può suscitare l'attenzione più intensa, ma ciò non ha nulla a che fare con qualcosa di teoretico in senso astrattamente scientifico»⁶⁸.

Lo stesso termine *interesse*, poi, potrebbe inoltre risultare ambiguo, ondivago, se lo si pensasse dentro una logica strumentale, secondo cui ci si interessa a qualcosa al solo scopo di realizzare o giungere a un certo obiettivo. Come a dire: ci si interessa degli affari da compiere fin al punto in cui li si è realizzati, da quel momento cade ogni interesse. Non è questo il significato a cui Husserl rinvia, ma a un senso dove l'interesse è inteso come connesso allo stesso svolgimento della percezione, è ciò che la accompagna e che si lega strettamente alla dinamica dell'intenzionalità. Prestare attenzione è il modo in cui un'intenzione si slancia verso il mondo e una certa dinamica di interessamento è ciò che caratterizza questo slancio che si posa ora su questa ora su quella parte del mondo⁶⁹, indipendentemente da scopi calcolabili o

⁶⁷ E. Husserl, *Percezione e attenzione*, cit., p. 132, corsivi dell'autore.

⁶⁸ Ivi, p. 133. Husserl non si preoccupa di offrire una diversa semantica al termine *teoretico*, ma nel corso dell'analisi, soprattutto attorno ad aspetti che non possiamo qui approfondire, è possibile dedurre che la scelta del termine derivi dal fatto che l'interesse dell'attenzione si rivolge a quelli che egli definisce degli oggetti conoscitivi e poggia su degli *atti conoscitivi*. Il termine *teoretico* si riferisce quindi a questa dimensione conoscitiva dell'attenzione: «l'interesse teoretico [...] è un atto diretto ad oggetti di conoscenza in generale ed è dunque un atto che si fonda su atti conoscitivi in generale. [...] L'interesse si dirige sugli oggetti conoscitivi, ma si connette a, e si "fonda" su, atti conoscitivi. In questo modo esso agisce come motore del processo conoscitivo: spinge il decorso delle percezioni e dei pensieri costantemente in quella direzione che è più conveniente per il farsi avanti nella percezione e nella conoscenza concettuale degli oggetti» (Ivi, pp. 141-142).

⁶⁹ Va qui appuntato il carattere provvisorio della riflessione husserliana, nella quale si rileva una continua problematizzazione dei termini e delle questioni. Infatti, sebbene Husserl veda l'attenzione collegata alla percezione e come una tendenza di interesse dell'io verso il mondo, d'altra parte appunta anche che «grande è poi la tentazione di identificare l'interesse con l'intenzione della percezione, e questa è stata anche, in realtà, una mia precedente convinzione; questa convinzione è diventata ora per me più che dubbia» (Ivi, p. 136). Come scriverà in nota al suo manoscritto, questo dubbio è ciò non ha mandato in porto i suoi scritti *Philosophische Studien zur elementaren Logik* del 1984, ora presenti in E. Husserl, *Aufsätze und Rezensionen* (1890-1910), in Husserliana, XXII, R. Rang, Martinus Nijhoff Publishers, The Hague/Boston/London, 1979, pp. 92-123. Ad un livello generale, ciò che distingue l'interesse dall'intenzione è sostanzialmente il fatto che l'interesse è un atto affettivo [*Gemütsakt*], e presuppone un'affettività, mentre l'intenzione non lo è e non la presuppone. In seguito dirà: «L'intenzione oggettivante non ha una base di sentimento, né di conseguenza ha l'intensità che su esso si fonda.

precedentemente determinati. Si tratta di un significato di *interesse* che abbandona quindi ogni logica strumentale, utilitaristica o di mezzi-fini, contraddistinguendosi invece come un carattere dell'attenzione stessa.

Con le sue parole notiamo che:

L'interesse che è qui in questione è però, per quanto riguarda la sua esistenza e la sua natura specifica, del tutto indipendente dalle opinioni che lo riguardano. Ora, questo interesse, e con intensità anche molto diverse, fa la sua comparsa spesso, se non senza eccezioni, sulla base di una percezione. [...] L'interesse mi appare come un atto (un vissuto) di quella classe che raccolgo sotto il titolo di vissuti intenzionali, ed in particolare mi sembra accomunato agli atti del tipo dell'attendere, del desiderare, del volere e simili.⁷⁰

Perciò l'interesse è molto più vicino al desiderio⁷¹, alla volontà o alla semantica dell'attesa, a cui si faceva riferimento sopra con l'etimologia latina e agostiniana. Ma particolarmente rilevante è l'idea secondo cui l'interesse si caratterizza soprattutto in base al grado di minore o maggiore intensità di un certo *sentimento* che lo anima. Per meglio dire, ogni interesse che anima l'attenzione poggia su un sentimento particolare (come può essere la rabbia, la gioia, la paura, la curiosità) e a seconda del grado di intensità di questo sentimento si determinerà il grado di maggiore o minore interesse, e quindi il grado di maggiore o minore attenzione, dove «l'interesse sembra tanto guadagnare quanto perdere»⁷². Una perdita che, comunque, non comporta mai una completa scomparsa dell'interesse che anima l'attenzione, ma solo un diverso grado, una sua differente intensità. Anche Maren Wehrle, quando ripercorrere le pagine husserliane, rileva che in Husserl «l'interesse non può mai scomparire del tutto, ma può diventare molto debole – ed è allora che gli oggetti competono per essere presi in considerazione»⁷³.

Come se le cose e i fenomeni – suscitando in noi un particolare sentimento, che talvolta si dà anche senza la nostra piena consapevolezza e può presentarsi come più o meno forte, andando a informare il modo in cui si potrà provare più o meno interesse per qualcosa – concorressero così anche alla nostra maggiore o minore attenzione alle cose e ai fenomeni stessi. Infatti Husserl crede che «ogni sentimento legato alle cose che sono meta dell'interesse aumenta l'intensità dell'interesse; e poiché ogni cosa possiede il proprio interesse, ma non tutte

Per esempio, parliamo abbastanza spesso di un interesse acceso, mentre parlare di un'intenzione accesa non ha alcun senso» (Ivi, p. 147).

⁷⁰ Ivi, p. 133.

⁷¹ Così anche Ricoeur, in uno scritto giovanile eppure già fortemente carico dei temi che caratterizzeranno la sua filosofia, affermava: «l'attenzione è sempre più o meno al servizio di un desiderio, di un'intenzione (nel senso corrente di progetto anticipante), di un compito» (P. Ricoeur, *L'attention : Étude phénoménologique de l'attention et de ses connexions philosophiques*, «Studia Phaenomenologica», 13 (2013), p. 36 [trad. nostra]).

⁷² E. Husserl, *Percezione e attenzione*, cit., p. 136.

⁷³ M. Wehrle, *L'attention : plus ou moins que la perception ?*, cit., p. 215 [trad. nostra].

lo posseggono in qualità rilevante, si può sostenere che i sentimenti appaiono come gli autentici motori e come le sorgenti dell'interesse»⁷⁴ e quindi anche motori e sorgenti per la promozione dell'attenzione.

Se ne possono riscontrare degli esempi anche in ambito medico, ad esempio proprio nel momento iniziale dell'incontro clinico: un paziente entra nello studio del medico e quest'ultimo può subito provare un certo sentimento nei suoi confronti, forse un grado di sentimento talmente debole (ecco la questione dell'intensità) da far sì che quella persona venga percepita come quasi indifferente, dove il sentimento non va concepito tanto come un affetto reciproco, né l'interesse va preso solamente secondo un'accezione positiva. Quando un paziente insoddisfatto e arrabbiato si dirige furioso contro il medico, questo può provare paura, allerta, ansia rispetto a ciò che il paziente potrà rivendicare, o anche fargli, cosa che comunque incentiverà nel medico un certo sentimento, aumentando così il grado di interesse verso quel paziente⁷⁵; esattamente come, in situazione del tutto differente, provando un sentimento di compassione o vicinanza nei confronti dell'esperienza di malattia che sta attraversando il paziente, il medico potrà accrescere il suo interesse e il suo grado di attenzione verso di lui.

L'interesse dell'attenzione non corrisponde quindi, per Husserl, a un sentimento di per sé positivo e il *rivolgersi a* che caratterizza l'attenzione non si attiva inevitabilmente a partire da certi scopi determinati. Ciò che gli preme sottolineare è quanto il soggetto sia coinvolto nella dinamica attenzionale tanto con le sue facoltà mentali e cognitive quanto con quelle emotivo-affettive, un coinvolgimento attivo in cui ne va dell'intero essere della persona, e che potremmo intendere come *inter-esse*, un essere dentro, con tutto sé stesi, a ciò a cui si è interessati⁷⁶, prestando attenzione.

Husserl nota che, come nel desiderio si ha una dialettica tra uno stato di tensione (quando l'oggetto del desiderio manca) e di distensione (quando il desiderio viene soddisfatto), altrettanto l'interesse dell'attenzione vive fenomenologicamente di questa stessa dinamica: ci si interessa a qualcosa, si prova una tensione, ci si slancia verso l'oggetto di interesse che, attualmente, non si concede appieno – come quando siamo interessati a qualcosa che non

⁷⁴ E. Husserl, *Percezione e attenzione*, cit., p. 137.

⁷⁵ Lo scenario contemporaneo è spesso animato da casi estremi di violenza nei confronti dei sanitari, che possono dimostrare come, comunque, anche provando paura di un proprio paziente (e quindi un sentimento "distanziante"), questo sentimento non faccia perdere al medico l'attenzione, anzi essa resta vigile anche rispetto ai possibili andamenti o alle eventuali ripercussioni personali.

⁷⁶ Infatti, altrove, Husserl vede l'interesse dell'attenzione come una «partecipazione (*inter-esse*) dell'io» (Husserl, *Esperienza e giudizio*, cit., p. 84). Ci sembra interessante, qui, notare quanto le considerazioni di Husserl siano consonanti con la riflessione di Piaget, il quale pure crede che «L'interesse è quindi l'orientamento proprio ad ogni atto di assimilazione mentale: assimilare [...] significa incorporare un oggetto nell'attività del soggetto, e questo rapporto d'incorporazione fra l'oggetto e l'io altro non è che l'interesse nel senso più specifico del termine (*inter-esse*)» (J. Piaget, *Lo sviluppo mentale del bambino e altri studi di psicologia*, trad. it. Einaudi, Torino 2000, p. 42).

comprendiamo del tutto – e questa tensione permane fin tanto che l’interesse non trova un suo riempimento, si “accasa”, che non vuol dire necessariamente che si risolva. Con le sue parole: «la funzione psicologica dell’interesse è sicuramente questa: è un motore per il mio desiderio [...], mi spinge a una considerazione più ravvicinata dell’oggetto, mi occupa con nuovi fenomeni percettivi che portano a percezione propria nuovi aspetti [...] il riempimento dell’interesse è soddisfacimento, così come il riempimento di un desiderio è il soddisfacimento dello stesso»⁷⁷.

Sarebbe quindi l’interesse, sostenuto dal grado di intensità di un certo sentimento, ciò che qualitativamente caratterizza la vita della coscienza quando presta attenzione e si dispone a percepire, o ad orientare la percezione, in un certo modo. O per meglio dire: l’attenzione, che vive di un interesse, predispose in un certo modo anche la percezione del soggetto; si radica su questa e la istruisce.

Tuttavia si deve evitare il rischio di considerare questo legame tra attenzione e percezione come automaticamente reciproco, perché non ogni forma di attenzione si riferisce necessariamente a una percezione esterna, ma può anche darsi il caso che prestare attenzione a qualcosa significhi esperirlo solo dentro un vissuto della coscienza, intenderlo nel modo di una considerazione psichica, senza che sia oggetto di un’equivalente percezione sensibile.

Per chiarire meglio la cifra di questa differenza si può presentare la distinzione che Husserl fa tra *oggetto* e *contenuto* dell’attenzione. Spesso questi due termini vengono considerati come sinonimi e Husserl stesso, in diversi passaggi, si sente costretto a riformulare la terminologia per rintracciare, ogni volta, quella più idonea. Ma prendendo in prestito il caso della percezione visiva, si può parlare di un *oggetto* (dell’attenzione) come ciò che è percepibile in sé o nella sua materialità; oggetto di attenzione è ciò a cui l’attenzione guarda e a cui si riferisce intenzionalmente quando ad esempio lo indica come *quello*. Diverso è il caso del *contenuto* (dell’attenzione), che guarda al vissuto psichico, al contenuto di coscienza che prende forma nel momento della considerazione, ciò che è inteso nella rappresentazione e comporta una particolare forma di relazione con l’attenzione stessa, perché mentre agli *oggetti* l’attenzione può riferirsi solo intenzionalmente, ai *contenuti* l’attenzione “si lega” secondo un certo vissuto.

Facendo parlare Husserl, notiamo che:

Agli oggetti l’attenzione si riferisce solo “intenzionalmente”. Qualunque carattere esperibile possa mai essere l’attenzione, esso non è ad ogni modo nulla che aderisca agli oggetti o che vi inerisca. [...] D’altra parte, è evidente che ciò che diventa vissuto nella forma dell’attenzione, si lega

⁷⁷ E. Husserl, *Percezione e attenzione*, cit., pp. 148-149.

effettivamente con il contenuto vissuto della percezione, avendo dunque qui luogo una relazione reale e non meramente intenzionale.⁷⁸

In altre parole, la differenza tra *oggetto* e *contenuto* permette di comprendere come il raggio d'azione dell'attenzione non coincida necessariamente con quello della percezione.

Ad esempio, prendendo in prestito gli elementi dell'algebra, «un'integrale non si può percepire, ma ci si può occupare con la massima attenzione di un'integrale»⁷⁹ quando è “afferrata” dalla coscienza o percepita nella vita psichica. Quando ci si arrovella nel risolvere un'integrale algebrica, si può percepire il pensiero rivolto all'integrale o alla formula matematica – si presta quindi attenzione alla percezione vissuta di questa particolare realtà che rappresenta il *contenuto* della nostra attenzione – «ma l'attenzione a questi pensieri non è l'attenzione rivolta all'integrale»⁸⁰ che non è percepibile per sé stessa come un qualsiasi altro *oggetto* di attenzione.

Si può prestare attenzione a ciò che percepiamo direttamente, essendo *là di fronte a noi* (oggetto), e si può prestare attenzione al contenuto della coscienza, la quale esprime e anima la vita della mente quando si interessa al mondo e ai suoi fenomeni, anche quando questi sembrano restare invisibili all'occhio umano, come un'integrale algebrica. Perciò *percepire con attenzione* può significare sia rivolgersi a un *oggetto* particolare – scrutarlo, indagarlo, sezionarlo con la vista, analizzarlo – sia percepire quei vissuti di coscienza *contenuti* nella nostra attenzione, la quale si rivela sempre interessata a qualcosa e animata dal grado di intensità di un sentimento, più o meno forte.

3.2. Merleau-Ponty: l'attenzione come creazione

L'analisi dell'attenzione, in Husserl, resta ancorata a due principali aspetti: anzitutto al fatto che l'attenzione permane in maniera prevalente sotto il dominio della coscienza, è disposizione di un ego-trascendentale⁸¹ che va di volta in volta ad illuminare od oscurare le cose del mondo; poi al fatto che, per Husserl, promuovere attenzione significhi comunque

⁷⁸ Ivi, p. 116.

⁷⁹ Ivi, p. 117.

⁸⁰ Ibidem.

⁸¹ È quanto crede anche Valérie Kokoszka che nel rileggere l'attenzione in Husserl sottolinea come la «soggettività trascendentale ha origine e si gioca nell'attenzione intesa come riflesso delle possibilità dell'Io» (V. Kokoszka, *Modalités réflexives et éthiques de l'attention chez Husserl*, in N. Grandjean, A. Loute (dir.), *Valeurs de l'attention. Perspectives éthiques, politiques et épistémologiques*, Presses Universitaires du Septentrion, Villeneuve d'Ascq 2019, p. 89 [trad. nostra].

impegnarla e dispiegarla in un campo percettivo che, avendo al proprio interno *gli oggetti o le cose* da percepire, è già sempre dato, già offerto in modo spontaneo. Si può scoprirlo, approfondirlo, scorgerne dettagli e aspetti salienti, mettendo, per così dire, “l’attenzione al lavoro”, comunque senza mai dubitare del fatto che l’attenzione trovi qualcosa che è già lì nel vasto campo percettibile.

Il rapporto dell’attenzione col mondo vive della dialettica tra figura e sfondo, dove l’una o l’altro passano in primo piano e secondo piano, oppure si può parlare di rischiaramento, di un’illuminazione dell’oggetto che viene percepito in modo più o meno nitido, più o meno distinto a seconda che l’attenzione proietti o meno il suo conto di luce. Queste modulazioni, date dalla variabilità del grado di sentimento e quindi di interesse che si prova verso le cose, insieme all’oscillazione dell’attenzione quando passa a considerare ora questa ora quella parte, o magari a cogliere la stessa cosa mentre un fascio di ricordi la invade e si riverbera nel modo stesso di prestare attenzione – insomma, data la complessità esperita dal punto di vista dell’esperienza vissuta – è ciò che legittima in Husserl il fatto di dover parlare di continue *trasformazioni attenzionali*.

Tuttavia, pur ammettendo che l’attenzione viva di queste trasformazioni, ciò che essa considera è qualcosa che già trova nel campo della percezione, in modo più o meno disponibile. Come afferma Husserl stesso questi cambiamenti di gradualità dell’interesse, o le più generali *trasformazioni attenzionali*, comunque, «già presuppongono un nucleo noetico»⁸², cioè un nucleo di fenomeni sui quali l’attenzione poggia. L’analisi husserliana sembra essersi concentrata soprattutto a comprendere “come” prestiamo attenzione, piuttosto che “in che modo” essa si istruisca, la sua genesi e origine. È ciò che, in ultima battuta, giustifica in Husserl anche il ricorrente utilizzo di metafore come *sorgente di luce, sguardo spirituale o raggio attenzionale*, dove ci si riferisce a qualcosa che si proietta su qualcos’altro che comunque sembrava aspettare solo di essere illuminato.

È a partire da una diversa prospettiva di indagine che si pongono le riflessioni di Merleau-Ponty: molto più interessato a capire non cosa l’attenzione sia o quali siano i suoi caratteri d’esperienza, ma – a partire dal modo in cui va a considerare i suoi oggetti – come si realizza e si afferma.

Nella *Fenomenologia della percezione*, dopo aver esaminato i pregiudizi classici nella considerazione del mondo oggettivo, che «non è mai primo né in base al tempo, né in base al senso»⁸³, critica radicalmente i modi in cui l’attenzione è stata considerata sia da parte

⁸² E. Husserl, *Idee per una fenomenologia pura e una filosofia fenomenologica*, cit., p. 234.

⁸³ M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, trad. it. Bompiani, Milano 2019, p. 63.

dell'empirismo, sia da parte dell'intellettualismo – in fondo, i veri due blocchi contro i quali si scaglia tutta la sua *Fenomenologia* al fine di un riscatto. Entrambi gli approcci si dimostrano inadeguati, soprattutto nel tentativo di isolare o ridurre il ruolo perspicuo che la percezione viva mantiene nella genesi attenzionale.

L'empirismo, da una parte, sembra considerare l'attenzione come “un'ipotesi di costanza” che, riferendosi a un fascio di sensazioni, si mantiene su un ipotetico mondo oggettivo. Le cose sembrano già avere proprietà, già rivelare le proprie caratteristiche, e attraverso una costante attenzione non si farebbe altro che illuminare qualcosa di preesistente. L'attenzione, quindi, non solo sarebbe un cono di luce, ma un cono di luce neutro che illumina oggetti ricevuti, grazie agli stimoli esterni, non coinvolgendosi mai in maniera partecipativa: un cono che non si sa precisamente da chi sia tenuto in mano, né se costui ne senta davvero la consistenza, il peso, il rilievo affettivo quando questo fa il suo lavoro. *Le cose* si succedono nel mondo senza un particolare interesse da parte dell'attenzione, la quale si limita a far sue certe percezioni sensibili o, al massimo, a rimbalzare da una parte all'altra del mondo come una palla da tennis: «l'attenzione non crea dunque nulla [...] è un potere generale e incondizionato, nel senso che in ogni momento può dirigersi indifferentemente su tutti i contenuti di coscienza. Sempre sterile, essa non potrebbe mai essere interessata»⁸⁴.

Dall'altra parte l'intellettualismo coglie invece una grande fecondità nell'attenzione, le conferisce una certa padronanza nei confronti del mondo, al punto che essa sembra in grado di disvelare la verità ultima degli oggetti stessi: non solo è capace di illuminare le cose, e di farlo in modo intenso, ma sembra capace di abbagliarle al punto da dischiudere la loro struttura intellegibile, già presupposta da parte della coscienza e che aspetta solo di essere rischiarata. Secondo questo approccio, per prendere possesso del mondo si dovrebbe solo sfoderare le capacità di una mente attenta, destarla e risvegliarla: all'attenzione, in quest'altro caso, «basta ritornare in sé, nel senso in cui si dice che un uomo svenuto torna in sé»⁸⁵. In fondo si tratta di un diverso modo per dire che, per prestare attenzione, basta accendere la luce (dell'intelletto) e il resto verrà da sé.

Secondo Merleau-Ponty, insomma, nell'empirismo l'attenzione è una capacità neutra e astratta che non genera alcun rapporto nuovo con il mondo e non prevede alcuna forma di relazione tra l'oggetto e la percezione viva, che al massimo si limita a ricevere degli atomi di sensazioni. Nell'intellettualismo, invece, l'attenzione è satura, ricolma di sé stessa, tanto sovrana da non avere più alcun suddito sotto di sé, né alcun evento che la solleciti, perché a chi

⁸⁴ Ivi, pp. 63-64.

⁸⁵ Ivi, p. 64.

governa tutto non resta più nulla su cui esercitare il proprio governo: «all'empirismo mancava la connessione interna dell'oggetto e dell'atto che esso provoca. All'intellettualismo manca la contingenza delle occasioni di pensare. Nel primo caso la coscienza è troppo povera e nel secondo troppo ricca perché qualche fenomeno possa *sollecitarla*»⁸⁶. Riformulando brevemente la questione si può dire che l'empirismo sembra attenersi solo agli aspetti ricettivi e passivi dell'attenzione; l'intellettualismo invece spinge solo sulle potenzialità attive, che alla fine risultano una specie di sapere saturo, sempre irrimediabilmente ricolmo della propria potenza di intellegibilità perché qualcosa possa davvero risvegliarlo o suscitargli interesse.

Per Merleau-Ponty, insieme a tutta quella che sarà la tradizione fenomenologica dopo di lui, l'attenzione vive proprio sulla soglia di questi due aspetti. La genesi dell'attenzione si colloca nel *tra*, nell'incontro tra possibilità attive e passive⁸⁷. Ma soprattutto, perché l'attenzione inizi a germogliare occorre che essa abbia già internamente sia un seme di possibilità attiva (intellettualismo) sia un nutrimento esterno che ne coltivi "ricettivamente" la gestazione (empirismo). Per il fenomenologo, il peccato dell'empirismo è ignorare il fatto che l'attenzione stia andando alla ricerca di qualcosa, il vizio dell'intellettualismo è una autoreferenzialità asfissiante che non lascia spazio di manovra per il nuovo. Egli afferma:

L'empirismo non vede che abbiamo bisogno di sapere cosa cerchiamo, senza di che non lo cercheremo, e l'intellettualismo non vede che abbiamo bisogno di ignorare cosa cerchiamo, senza di che, di nuovo, non lo cercheremo. Essi si accordano in questo, che nessuno dei due coglie la coscienza nell'atto di apprendere, né tiene conto di quella ignoranza circoscritta, di quella intenzione ancora "vuota" ma già determinata che è l'attenzione stessa.⁸⁸

In altre parole, affinché possa nascere, *l'attenzione deve sapere cosa ignora per andarne alla ricerca, anche se in modo ancora pressoché indeterminato, e deve ignorare conoscendo, cioè sapendo che questa ignoranza la metterà alla ricerca di ciò che le sfugge, per scoprirlo, riscoprirlo o ritrovarlo in modo nuovo.*

Volendo calare queste considerazioni nel cuore del processo diagnostico: un medico che non avesse già una qualche domanda diagnostica, all'ascolto di ciò che il paziente gli dice (approccio empirista), sarebbe cieco, non saprebbe come indirizzarsi, limitandosi a prestare attenzione puntuale ora a questo ora a quel sintomo ma senza alcuna possibilità di coglierne la correlazione, tra loro e con delle cause determinate, quella correlazione che può dare avvio alla

⁸⁶ Ivi p. 65.

⁸⁷ Così pure Wehrle, che afferma «Secondo la prospettiva fenomenologica, l'attenzione non è solamente attiva né solo passiva, essa non si lascia attribuire casualmente né all'intenzione del soggetto né alla singolarità di un oggetto, e si dirige tanto sul conosciuto quanto sullo sconosciuto. Essa è da pensare come un gioco comune di creatività, di funzione strutturante, abituale e di ricordo» (M. Wehrle, *L'attention : plus ou moins que la perception?*, cit., p. 223 [trad. nostra]).

⁸⁸ M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, cit., p. 65.

formulazione di una diagnosi vera propria. Al contrario, un medico che credesse di poter formulare una diagnosi basandosi solo sul proprio background e sulle proprie ipotesi ma accantonando l'esperienza di malattia che viene raccontata dal paziente (approccio intellettualista), eserciterebbe un atto vuoto, essendo la sua diagnosi talmente concentrata sulla correlazione saputa a priori tra sintomi e cause da non considerare il suo modo effettivo di darsi e *da chi* quei sintomi emergano: non presterebbe realmente attenzione al paziente come persona che vive un'esperienza di malattia, a cosa lo abbia portato ad avanzare la propria domanda di salute.

In altre parole: un medico che presta attenzione nella diagnosi deve già avere una certa "domanda guida" sollecitata dalla situazione (per quanto ancora abbozzata), senza purtuttavia credere che questa esaurisca la propria capacità di ascolto del paziente; allo stesso modo, deve saper ascoltare l'esperienza di malattia che il paziente racconta senza disattendere la conoscenza clinica che guida, e dà una certa forma, al proprio particolare ascolto. *È nell'incontro tra sapere e ignoranza, tra conoscenza e ignoto, tra consapevolezza e sorpresa che l'attenzione medica si istruisce e compie il lavoro clinico.* Se si radicalizzano i due approcci e si protende per un solo aspetto si va incontro a un fallimento: «le due dottrine hanno dunque in comune l'idea che l'attenzione non crei nulla, perché un mondo senza impressioni in sé o un universo di pensiero determinante sono egualmente sottratti all'azione dello spirito»⁸⁹.

A ben vedere intellettualismo e empirismo soffocano la possibilità di far sorgere l'attenzione, e invece la domanda che interessa Merleau-Ponty è proprio capire come essa emerga, quale sia la condizione della sua genesi. Affinché ciò avvenga, secondo il fenomenologo, occorre anzitutto una trasformazione del campo mentale, nel modo di darsi della coscienza nei confronti dei propri oggetti: si tratta di una dinamica che, pur essendo parte del processo attenzionale, anticipa, inaugura e promuove l'attenzione stessa.

Per mostrare questo fenomeno Merleau-Ponty fa riferimento a casi patologici particolari: chiama in causa quei pazienti che hanno perso la capacità di localizzare un punto preciso sul corpo quando lo toccano⁹⁰, non riuscendo appunto a prestare attenzione a un luogo determinato del proprio corpo. Sembra paradossale, ma è proprio dove l'attenzione manca o fa difetto che, per il fenomenologo francese, si può trovare e recuperare ciò di cui si va alla ricerca interrogandosi sulla sua genesi. Questi pazienti vivono una specie di *localizzazione vaga*

⁸⁹ Ivi, p. 66.

⁹⁰ Qui Merleau-Ponty fa soprattutto riferimento agli studi di Head il quale, a questo proposito, parlava sommariamente di un «indebolimento locale dell'attenzione» (Cfr. H. Head, *On disturbances of sensation with especial reference to the pain of visceral disease*, «Brain», 16 (1893), pp. 1-133).

rispetto al proprio corpo: percepiscono sì un'estensione – del braccio, dell'addome, della gamba –, ma non riescono a perimetrarla, a circoscriverla; c'è uno spazio, ma non così pertinente da poter essere indicato come un *qui* sul quale si possa fermare l'attenzione; o, per meglio dire, c'è uno spazio talmente vasto da risultare troppo generico, in cui l'attenzione si perde.

Così, secondo Merleau-Ponty, affinché l'attenzione possa iniziare a svolgere il proprio lavoro, questi pazienti devono attivare la modulazione di certe operazioni: poiché non la si può impiegare in modo spontaneo, essa deve essere, per così dire, presa e messa all'opera. Ciò comporta un primo passaggio fondamentale: creare un campo di indagine, infatti «la prima operazione dell'attenzione consiste quindi nel crearsi un *campo*, percettivo o mentale, che si possa dominare (*Überschauen*), in cui i movimenti dell'organo esploratore o evoluzioni del pensiero siano possibili senza che la coscienza perda a poco a poco quanto ha acquisito e perda sé stessa nelle trasformazioni che provoca»⁹¹.

La coscienza percettiva si dispone diversamente e questa disposizione fa sì che si pongano le condizioni per l'esercizio dell'attenzione, che va a “creare” il contenuto di cui si occupa – “crea” il *qui* del corpo, oppure l'oggetto in quanto *questo* oggetto d'attenzione. Si tratta di una “creazione” non nel senso di una generazione dal nulla, ma come una trasformazione capace di riarticolare diversamente, in modo nuovo, ciò che era presente. Paul Valery, con una sintonia d'intenti, sembra fare perfetta eco alle considerazioni di Merleau-Ponty quando scrive che «l'attenzione trasforma sempre l'oggetto. È una trasformazione di un oggetto – e questa *trasformazione ha un senso*, tende a fare dell'oggetto una cosa interamente *conosciuta* – ossia tenuta a memoria e tuttavia situata nel regno delle variabili libere e volontarie. [...] È un procedimento di trasform[azione] dei miei poteri sull'oggetto – Il passaggio da una coordinazione – a un'altra più estesa – più legata – più posseduta»⁹².

Mentre nelle persone che non soffrono di quel disturbo l'atto di attenzione rende già precisa la *localizzazione vaga* – perché la fissazione e l'oggettivazione avvengono in maniera naturale e spontanea –, i casi patologici rivelano l'esistenza di uno spazio *preoggettivo*: quello spazio che non si riesce a oggettivare in un punto determinato e, per questo motivo, deve essere tematizzato dall'attenzione affinché essa lo possa cogliere. Si tratta di una tematizzazione che già implica una certa trasformazione operata dall'attenzione quando va a installarsi sulle cose e a identificarle in un certo modo. Questa identificazione della cosa, o del punto localizzato, è la “creazione” o trasformazione resa possibile appunto dall'attenzione.

⁹¹ M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, cit., p. 66-67, corsivo dell'autore.

⁹² P. Valery, *Quaderni*, vol IV, cit., p. 407, corsivi dell'autore.

Come sottolinea anche Eran Dorfman, «si tratta di una *creazione*, non di *oggetti* determinati, ma di un nuovo *orizzonte*, di una nuova struttura o dimensione»⁹³. Un certo campo viene tematizzato e la tematizzazione vale come una premessa, come l'articolazione o «il dispiegarsi di un *a priori*»⁹⁴ a partire dal quale si esercita l'attenzione. Se l'attenzione fosse solo la maggiore considerazione di ciò che è, allora essa non sarebbe altro che un arresto, un indugiare più o meno prolungato. L'attenzione arriverebbe sempre dopo un certo dato di realtà.

Nella dinamica viva della percezione, però, l'attenzione si rivela partecipe integralmente della tematizzazione e creazione del proprio contenuto, in quanto contribuisce a scoprirlo come tema: non lo fa solo emergere meglio o in modo più chiaro, ma lo costituisce in modo nuovo, in quanto una *certa figura*⁹⁵ particolare, sulla quale essa disegna un nuovo orizzonte di considerazione. Per tali motivi, secondo Merleau-Ponty, «come attività generale e formale, l'attenzione non esiste»⁹⁶: non esiste cioè una capacità di attenzione calata dall'alto della coscienza in modo strumentale o una forma imponibile sulle cose che possa prescindere dalle cose stesse o dalla loro tematizzazione, perché «ogni volta vi è una certa libertà da acquistare, un certo spazio mentale da amministrare. Rimane da far apparire l'oggetto stesso dell'attenzione»⁹⁷.

Richiamando un esempio a cui già abbiamo fatto riferimento in altri passaggi, possiamo rilevare che anche il concetto di *evidenza* si articola in questo stesso processo. L'evidenza medica non è già da sempre lì, presente *sul* corpo, *nel* corpo, o *grazie al* corpo rivelata nelle analisi di laboratorio. Un'evidenza medica è considerata un elemento oggettivo non in quanto riflette una verità gnoseologica, ma in quanto l'attenzione l'ha già presupposta nella sua considerazione: originariamente, quella che si definisce come *evidenza* fa parte di un campo *preoggettivo*, e solo successivamente viene tematizzata dentro un campo oggettivo e come un'oggettività. Il mutamento di orizzonte della coscienza, quando mette in opera l'oggettivazione, crea le condizioni affinché l'attenzione possa concentrarsi attivamente su

⁹³ E. Dorfman, *Réapprendre à voir le monde. Merleau-Ponty face au miroir lacanien*, Springer, AA Dordrecht, The Netherlands 2007, p. 60 [trad. nostra].

⁹⁴ M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, cit., p. 67.

⁹⁵ L'attenzione come creazione di una *figura* è anche ciò che chiarisce la distanza tra Husserl e Merleau-Ponty. Per Husserl la *figura* è ciò che subisce una maggiore considerazione dell'attenzione, rispetto allo *sfondo* che ne gode meno. Per Merleau-Ponty, invece, che riprende molte delle concezioni della *Gestaltheorie*, *figura* è ciò che è propriamente costituito dall'attenzione stessa, altrimenti quest'ultima resterebbe una funzione estrinseca. Essa mantiene una *dipendenza funzionale* col proprio oggetto, come la definisce Koffka, per questo «la distinzione figura-sfondo non può essere identificata a un semplice livello di attenzione» (K. Koffka, *Perception: An introduction to the Gestalt-theorie*, «Psychological Bulletin», 19 (1922), p. 562 [trad. nostra]; cfr. anche S. D. Kelly, *Seeing Things in Merleau-Ponty*, in T. Carman (ed.), *The Cambridge Companion to Merleau-Ponty*, Cambridge University Press, New York 2005, pp. 74-110).

⁹⁶ M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, cit., p. 67

⁹⁷ *Ibidem*.

quella che chiama *evidenza oggettiva*: un'escoriazione sul braccio, una psoriasi cutanea, un livello anomalo di emoglobina, ecc. L'attenzione lavora su ciò che essa stessa ha creato o trasformato in base a un *a priori*.

Con le parole di Merleau-Ponty:

È in base al modello di questi atti originari che deve venir concepita l'attenzione, giacché un'attenzione seconda, che si limitasse a richiamare un sapere già acquisito, ci rinvierebbe all'acquisizione. Fare attenzione non è soltanto illuminare maggiormente dei dati preesistenti, ma anche realizzare in essi un'articolazione nuova prendendoli per *figure*. [...] È proprio la struttura originale, da esse arrecata, a far apparire l'identità dell'oggetto prima e dopo l'atto di attenzione.⁹⁸

La "creazione" dell'attenzione, appunto, non è una creazione *ex nihilo* di un oggetto determinato, come il vasaio che crea il vaso dall'argilla grazie al lavoro delle mani, ma riconfigurando il proprio orizzonte è purtuttavia un particolare tipo di *creazione*⁹⁹, che realizza in modo nuovo lo spazio della *preoggettività*, conferendogli nuova forma: è far esistere in un certo modo ciò che allora può ricadere nell'attenzione. *Crea* nel senso che trasforma¹⁰⁰, offrendo la possibilità di un nuovo ordine: l'attenzione «non presuppone dunque l'oggettività per dispiegarsi, ma esercita essa stessa una funzione oggettivante e trasformatrice [...] L'operazione primaria dell'attenzione consiste quindi nella costituzione di un nuovo oggetto – è essenzialmente *creativa*»¹⁰¹. La trasformazione del campo *preoggettivo* in *oggettivo*, dell'*indeterminato* in *determinato*, con la conseguente tematizzazione di una figura *in quanto figura* fa sì che questa creazione da parte dell'attenzione corrisponda anche alla genesi dell'attenzione stessa, dato che su questa figura tematizzata l'attenzione svolgerà il proprio lavoro attenzionale.

In altre parole: si potrebbe dire che *mentre l'attenzione crea* (l'oggetto), *l'attenzione si crea* (sull'oggetto); oppure si potrebbe anche dire che alla gestazione della figura da parte dell'attenzione corrisponde la nascita dell'attenzione stessa quando si esercita su questa figura, mantenendo con essa un legame di reciproca filiazione. In tal modo, essa non è una semplice durata, una percezione passiva o un'associazione di immagini (come voleva l'empirismo), né è

⁹⁸ Ivi, pp. 67-68.

⁹⁹ Cfr. D. D'Angelo, *A Phenomenology of Creative Attention. Merleau-Ponty and Philosophy of Mind*, «Phänomenologische Forschungen», 2 (2018), pp. 99-116; J. Sallis, *The Logos of the Sensible World: Merleau-Ponty's Phenomenological Philosophy*, Indiana University Press, Bloomington 2019; A. Fredriksson, S. Panizza, *Ethical Attention and the Self in Iris Murdoch and Maurice Merleau-Ponty*, «The Journal of the British Society for Phenomenology», 53 (2022), pp. 24-39.

¹⁰⁰ Anche altrove, Merleau-Ponty afferma: «Non si tratta più di un'attenzione che illumini più o meno un campo immutabile, ma di un potere di ristrutturazione, di far apparire delle componenti del paesaggio che non esistevano fenomenalmente. Non vi è dunque maggiore illuminazione di dettagli preesistenti, ma trasformazione dell'oggetto» (M. Merleau-Ponty, *Psychologie et pédagogie de l'enfant. Cours de Sorbonne 1949-1952*, Verdier, Lagrasse 2001, p. 516 [trad. nostra]).

¹⁰¹ E. Lind, *Attention et motivation chez Merleau-Ponty*, in D. D'angelo (a cura di), *Fenomenologia e pratica dell'attenzione*, «InCircolo. Rivista di filosofia e culture», 13 (2022), p. 33 [trad. nostra].

il destarsi del pensiero quando si rende padrone dei propri oggetti (come voleva l'intellettualismo), ma è «la costituzione attiva di un oggetto nuovo che esplicita e tematizza ciò che prima era offerto solo a titolo di orizzonte indeterminato. Nello stesso tempo in cui mette in moto l'attenzione, l'oggetto è in ogni istante riafferrato e posto di nuovo sotto la sua dipendenza»¹⁰².

Ciò ci permette di notare come l'attenzione non sia una semplice disposizione della percezione, ma in un certo senso sia essa stessa percezione viva e attiva. *L'attenzione è come un pensiero che si muove nel mondo*, un certo modo di vedere che prova già a dire qualcosa di ciò a cui si rivolge, ancora prima di averlo potuto vedere chiaramente e in modo completo. Infatti, sempre per Merleau-Ponty, «questo passare dall'indeterminato al determinato, questo riprendere in ogni istante la propria storia nell'unità di un senso nuovo, è il pensiero stesso»¹⁰³; ovvero, la creazione del determinato da parte dell'attenzione riflette una certa movenza del pensiero su questo determinato. Percepire con attenzione qualcosa significa in un certo senso *pensarlo*. Esattamente come crede Dorfman quando, ripercorrendo l'analisi merleu-pontiana, evidenzia che «è attraverso l'attenzione che la percezione diviene pensiero e che il pensiero diviene percezione»¹⁰⁴.

In questo senso, con Merleau-Ponty, l'attenzione diviene essa stessa una forma di pensiero agito ed esperito nel mondo. Come un pensiero incarnato, essa si fa espressione di un corpo vivo che, quando si muove e va incontro al mondo per prestargli attenzione, crea un orizzonte, una figura, una tematizzazione all'interno di un *certo modo* di andare incontro alle cose. Infatti l'attenzione è sempre una modalità, una disposizione, una forma di impegno, possiamo dire un'attività connotata secondo certe caratteristiche, sempre creatrice di possibilità sulle quali essa stessa si struttura.

Anche per Maren Wehrle, in Merleau-Ponty:

L'attenzione non è più una proprietà dell'ego-trascendentale, ma una forma dell'essere-al-mondo carnale. Merleau-Ponty, per così dire, capovolge l'attenzione dalla testa ai piedi. Come impegno (*engagement*), essa non è una pura funzione della coscienza, ma consiste in una forma concreta [...] La teoria dell'attenzione come faro della coscienza diretto sui suoi oggetti si dissolve. Invece, al suo posto, essa può valere come l'essere-verso-il-mondo di un corpo proprio vissuto con la sua preistoria anonima.¹⁰⁵

Occorre di nuovo riconoscere quanto l'attenzione sia sfuggente a una presa stretta. Ogni volta risulta scompaginata, intrecciata con altre capacità e attività, e non è facile metterla

¹⁰² M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, cit., p. 68.

¹⁰³ Ibidem.

¹⁰⁴ E. Dorfman, *Réapprendre à voir le monde. Merleau-Ponty face au miroir lacanien*, cit., p. 61 [trad. nostra].

¹⁰⁵ M. Wehrle, *L'attention : plus ou moins que la perception ?*, cit., p. 222 [trad. nostra].

all'angolo in solitaria, tanto meno ridurla a una caratteristica di passività o attività: essa non è né solo diretta verso qualcosa come un cono di luce (attiva), né solo destata dal mistero degli oggetti che la provocano o richiamano (passiva). Come cercheremo di approfondire, essa vive sulla soglia.

Soprattutto non si può prescindere dal considerare fenomenologicamente l'attenzione dentro le trame di un'esperienza che custodisce anche la vita irriflessa, l'atteggiamento naturale nei confronti del mondo, e dove abita tutto ciò che è parte del campo preoggettivo. Facendo parlare per ultimo lo stesso Merleau-Ponty: «si deve mettere la coscienza in presenza della sua vita irriflessa nelle cose e destarla alla propria storia, che essa dimenticava: questa è la vera funzione della riflessione filosofica, ed è così che si giunge a una vera teoria dell'attenzione»¹⁰⁶.

4. *Per una fenomenologia dell'attenzione: ovvero sulla soglia*

L'analisi dell'attenzione come interesse, offerta da Husserl, ha permesso di notare alcune caratteristiche che ne contraddistinguono l'esercizio, mentre con Merleau-Ponty ci si è rivolti piuttosto alla sua genesi, e si è parlato di una creazione operata dall'attenzione, nel senso di una trasformazione agita sull'oggetto tale da portarlo a percezione *in un certo modo*.

Nel corso dell'ultimo secolo, se c'è un autore che, forse più di tutti, si è dedicato ad analizzare fenomenologicamente l'attenzione questo è sicuramente Bernhard Waldenfels. I suoi contributi permettono di approfondire la dinamica viva dell'attenzione nell'esperienza¹⁰⁷, di mostrare come e quanto essa sia un percepire incarnato. Il suo contributo ci consente, inoltre, di sviscerarne ulteriori semantiche. Il nostro fine, infatti, resta qui sempre quello di comprendere le modalità, le peculiarità che contraddistinguono questo fenomeno per non ridurlo ad alcune modulazioni specifiche, né relegarlo a significati ristretti, in particolare rispetto alle dinamiche attentive o di attenzione alla persona che possono svolgersi nel momento dell'incontro clinico.

Un medico che presta attenzione alla persona malata, infatti, è chiamato ad impiegare tanto un'attenzione di concentrazione, selezione, focalizzazione secondo il significato ristretto, quanto un'attenzione in senso ampio, fatta di incontro, accoglienza e risposta ai bisogni: cioè un'attenzione che sappia accogliere l'esperienza di malattia del paziente e rispondere a questa secondo un'adeguata postura di incontro, dato che proprio la clinica è costituita di elementi oggettivi e soggettivi, razionali e relazionali. L'attenzione medica deve considerare sia il *corpo*

¹⁰⁶ M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, cit., p. 69.

¹⁰⁷ B. Waldenfels, *Phänomenologie der Aufmerksamkeit*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 2004.

oggettivo della persona – cioè quel corpo che può essere *creato* in un certo modo in quanto oggetto dell'attenzione, direbbe Merleau-Ponty – sia il *soggetto corporeo*, la persona malata che sta vivendo una condizione di sofferenza ed estraneità nei confronti del proprio corpo, esperendolo secondo un certo sentimento, direbbe Husserl. Si tratta ora, perciò, di approfondire ulteriormente la dinamica fenomenologica dell'attenzione e come essa venga vissuta nell'esperienza incarnata.

Proprio come aveva fatto Depraz, anche Waldenfels si è interrogato sulle ragioni che hanno ostacolato la considerazione dell'attenzione tra i grandi temi della filosofia occidentale. Tra i vari motivi, secondo lui, possiamo appuntare, in primo luogo, il fatto che essa pare essere stata considerata solitamente come una fase preliminare, qualcosa che anticipa l'impiego di altre facoltà della coscienza e dove, in sostanza, si dovrebbe solo «aprire gli occhi e le orecchie e poi il resto verrà da sé»¹⁰⁸. In secondo luogo, l'attenzione pare ogni volta cadere sotto il dettato della volontà, reggersi in modo dipendente sull'*intentio voluntatis*: di fatto, in questo modo, essa renderebbe un servizio a qualcosa di altro, che nulla ha a che fare con l'attenzione stessa, ovvero, in linea col primo aspetto, essa pare solo preparare la conoscenza, portare alla luce qualcosa rendendo più chiara la percezione, innestarsi su un'opposizione tra sonno e veglia, oppure favorire l'affermazione di altre capacità. Considerazioni che, in continuità con quanto detto in precedenza, farebbero dell'attenzione una serva di scena, mai davvero protagonista della propria parte. In terzo luogo, l'attenzione sarebbe stata sempre orfana di una domanda guida, centrale, e questo l'avrebbe costretta ad essere scorta da prospettive differenti o divergenti, laterali o trasversali. Perciò, come per Depraz, anche per Waldenfels l'attenzione rivela dei «tratti nomadi e ibridi»¹⁰⁹.

Inoltre, ed è forse una tra le ragioni più ostacolanti all'analisi del fenomeno, l'attenzione è stata spesso scissa in dualità dicotomiche e apparentemente inconciliabili, che l'hanno intesa come un meccanismo o come un atto, come una funzione passiva o attiva, qualcosa che controlliamo volontariamente o che ci domina interamente con la sua fascinazione. In realtà essa pare dimorare proprio sulla soglia tra questi dualismi, abitare nell'incrocio dinamico di queste possibilità. L'attenzione è *nomade* non perché non viva da nessuna parte, ma perché vive tra le cose; è *ibrida* non perché non abbia una propria qualità specifica, ma perché riflette gli incontri molteplici che fa nel mondo, riverbera i tanti incroci delle proprie trasformazioni e modulazioni.

¹⁰⁸ Id., *Estraneo, straniero, straordinario. Saggi di fenomenologia responsiva*, a cura di U. Perone, Rosenberg & Sellier, Torino 2020, p 157.

¹⁰⁹ Ibidem.

L'attenzione è un *tra*: si inserisce negli interstizi dell'esperienza, sta tra qualcosa che la sollecita e qualcosa che la direziona; tra ciò che è già accaduto e ciò che potrebbe accadere, come quando un vulcano preannuncia di eruttare e richiama a sé tutta la nostra sollecita attenzione. Si può allora forse dire che l'attenzione abita sulla soglia e segna un passaggio, un cambiamento, come quando ci rendiamo conto, appunto, di essere diventati attenti a qualcosa che prima ci passava accanto trovandoci indifferenti. L'attenzione sta *tra* il soggetto e la cosa.

Perciò è solo abitando la soglia, sostando su quel passaggio che si addensa nell'esperienza incarnata, che possiamo trovare i modi per provare a tratteggiare una più comprensiva fenomenologia dell'attenzione. Sapendo che, sebbene possa darsi in modo attivo o passivo, come un meccanismo o un atto volontario, come effetto o causa, l'attenzione è fenomenologicamente irriducibile a un unico polo di tensione, rifugge gli estremismi e continua a vagare e oscillare tra queste possibilità: si arresta, qualche volta, ma riprende sempre il cammino senza fissa dimora e attratta da nuovi interessi.

4.1. *L'attenzione come inter-evento*

Ogni volta che si parla di attenzione si deve notare che essa si riferisce a qualcosa: ha sempre un suo oggetto. Come recita il celebre motto della fenomenologia, secondo il quale non c'è percezione che non sia percezione di qualcosa¹¹⁰, altrettanto non si dà attenzione che non sia un'attenzione rivolta a qualcosa o qualcuno. Ma questo rappresenta il primo passo, forse il più ingenuo, per la descrizione del fenomeno.

Secondo Waldenfels, ciò che davvero ne identifica la peculiarità è che l'attenzione presupponga, ed offra al tempo stesso, ben tre fatti costitutivi quando coglie il proprio oggetto: (a) il fatto che *qualcosa* appare, (b) il fatto che appaia questo *piuttosto* che quest'altro, e (c) il fatto che questo qualcosa appaia *in un certo modo* piuttosto che in un altro. L'apparire all'attenzione di qualcosa porta con sé la momentanea esclusione di altro e il suo darsi secondo una modalità sommariamente descrivibile. Come quando si nota una persona camminare in strada con un equilibrio precario e incerto: non sappiamo ancora perché cammini così (se è ubriaca, ha problemi di equilibrio, dolore ai piedi o se le scarpe la sbilancino), né magari sappiamo del tutto descrivere quella camminata ondivaga, anche se essa si impone *in un certo modo* indeterminato alla nostra vista; riempie la nostra attenzione, non ci fa più cogliere gli altri

¹¹⁰ Per Husserl «la percezione è un vissuto dell'Io percipiente e si riferisce a un oggetto percepito» (E. Husserl, *Percezione e attenzione*, cit., p. 38).

che camminano accanto ma notiamo solo il mistero di quell'incedere enigmatico. Talvolta è proprio questa sensazione di estraneità e mistero che attira l'attenzione rispetto a tutti gli altri che camminano in modo prevedibile e ordinato.

Il saltare all'occhio, il fatto che qualcosa ci sia rispetto ad altro e che risalti secondo un certo modo, costituiscono per Waldenfels i criteri di quello che, con le sue parole, possiamo definire un *fatto primordiale* o un *fenomeno originario*. Questo fatto non rappresenta un esordio oggettivabile, non è un'archè a partire dal quale dedurre o ricavare delle asserzioni: come dire che Cesare, passando il Rubicone, ha creato un fatto storicamente rilevante, a partire dal quale leggere le conseguenze della marcia su Roma e della sua ascesa politica, cioè, da quel momento, *Alea iacta est*. Nel caso dell'attenzione, si tratta di un fenomeno originario che inaugura, origina e incalza la nascita di altro da sé, come una riflessione o una domanda su ciò che sta accadendo, senza poter essere ancora descritto appieno. Con le sue parole, «il dato di fatto primordiale è originario nella misura in cui costituisce il punto di partenza indispensabile per domande ufficiali quali: che cosa è questo? Chi sono io? Chi sei tu? Perché qualcosa è in tal modo? I dati di fatto primordiali suscitano tali domande, prima ancora che noi possiamo descrivere e decidere ciò che nella fattispecie sta accadendo»¹¹¹.

Possiamo fare l'esempio di un rumore improvviso per strada, il saluto inaspettato di un conoscente lontano, un incidente d'auto, il grido di un bambino; oppure, in ambito medico, lo svenimento di una persona in corsia, un dolore lancinante al fianco (tanto quello esperito dal paziente, quanto quello considerato indirettamente dal medico che visita il paziente), il suono dell'ambulanza che arriva al pronto soccorso. È solo dopo, successivamente, quando la nostra attenzione è stata destata, risvegliata o accesa improvvisamente, che ci si inizia ad interrogare sul fenomeno: «è solo a posteriori che si pone la domanda su ciò che ci ha portati in modo così straordinario fuori di noi»¹¹², quando appunto ci interroghiamo sul *cosa?*, *come?*, *perché?*

Questo fenomeno originario rappresenta la sorgente iniziatica dell'attenzione, potremmo dire quasi un rito di passaggio nella misura in cui la sposta, la spinge verso quel qualcosa, e la fa crescere come un'attenzione a qualcosa di nuovo. Certo, si tratta di un fenomeno non facilmente identificabile, perché «il fatto originario è qualcosa che si può solo mostrare, cioè indicare in modo indiretto e a posteriori, senza essere capaci di dimostrarlo»¹¹³. Waldenfels si serve in questo caso dei termini tedeschi *aufweisen* (*mostrare*) e *beweisen* (*dimostrare*) per

¹¹¹ Ivi, p. 159.

¹¹² Ibidem.

¹¹³ Id., *Attention suscitée et dirigée*, in N. Depraz, *L'attention*, «Alter. Revue de Phénoménologie», 18 (2010), p. 34 [trad. nostra].

tracciare la differenza. Questo fenomeno non può essere comprovato o avvalorato come una teoria matematica, cosa che non lo rende nemmeno un fatto *vero o falso* in senso assoluto, dato che nell'esperienza vissuta, quando si impone, sembra già sfuggito alla presa di un discorso linguistico. Il fenomeno è originario poiché, mostrandosi, dà origine a una dinamica che prima non c'era, senza aver formato ancora un'interrogazione determinata. Richiamando Aristotele, è in questo senso che per Waldenfels «nel campo delle considerazioni pratiche il “che” (*hoti*) precede il “perché” (*dióti*)»¹¹⁴.

Quando qualcosa accade, questo *qualcosa* assume il ruolo di un fatto originario che “salta all'occhio”: un vulcano erutta, inizia la partita di calcio, qualcuno ci rivolge la parola, ci strattona alle spalle, oppure in teatro si alza il sipario; questi eventi ci trascinano, richiamano, noi partecipiamo ad essi, ma non siamo ancora coinvolti attivamente, non rispondiamo completamente a quel richiamo e non ne partecipiamo secondo il dettato della volontà. Semplicemente facciamo esperienza di questi eventi secondo una modalità passiva, in quanto soggetti ricettivi.

Questa è la natura propriamente passiva dell'attenzione, che si lascia suscitare dalle cose quando accadono, partecipa degli eventi nel modo di un coinvolgimento indiretto o, potremmo dire, di un coinvolgimento in seconda battuta. Una dinamica che, per Waldenfels, si iscrive in un'esperienza patica e più propriamente nel modo affettivo del *pathos*.

Per questo, per Waldenfels:

La prima parte dell'attenzione consiste nel fatto che qualcosa mi arriva, mi colpisce, mi tocca e mi rende affetto. Per caratterizzarla uso il termine tedesco *Widerfahrnis*, che letteralmente significa una sorta di contro-esperienza, oppure può riferirsi alla parola greca *pathos*, considerata nel suo triplice senso: la forma grammaticale del passivo, la sofferenza e la passione. Abbiamo a che fare qui con un evento, o piuttosto con un avvenimento: siamo impegnati in esso, non secondo il nominativo dell'autore, ma piuttosto al dativo o all'accusativo, cioè sotto delle forme grammaticali che si riferiscono a me come a qualcuno che è colpito o interpellato.¹¹⁵

La prima parte dell'attenzione comporta una dimensione patica, che subiamo e da cui siamo affetti senza che lo abbia voluto la nostra volontà. Per comprendere il soggetto che presta attenzione, in questo primo momento, ci si sente quasi costretti a recuperare l'originaria semantica latina del termine *soggetto* (*subiectus*), che lo vede come *soggetto a* qualcosa, assoggettato, supplice di un evento accidentale. Questa dimensione, inoltre, giustifica l'uso di molte espressioni linguistiche che ci portano a dire *non so che sta accadendo*, oppure *che è*

¹¹⁴ Id., *Estraneo, straniero, straordinario*, cit., p. 160. Cfr. anche *Etica Nicomachea I*, in Aristotele, *Le tre etiche. Etica Eudemia, Etica Nicomachea, Grande Etica, Sulle virtù e i vizi*, trad. it. a cura di A. Fermani, Bompiani, Milano 2010.

¹¹⁵ Id., *Attention suscitée et dirigée*, cit., p. 35 [trad. nostra].

successo?, cosa mi è accaduto? mentre l'evento già si sta svolgendo. L'attenzione si rivela una forma di *pathos*, in quanto innanzitutto è suscitata, sollecitata e toccata da ciò che accade.

È solo in un secondo momento che l'attenzione "si addensa" e inizia a tematizzare le cose, a offrirsi come una capacità di coglierle o lasciare andare, "trattenerle" o dimenticarle. Per Waldenfels, che iscrive la sua analisi dentro una fenomenologia responsiva, il poter dirigere e orientare la considerazione verso ciò che l'ha suscitata rappresenta, così, la capacità dell'attenzione di darsi come una *risposta* a quell'evento. Non è più una semplice dimensione di patire, perché ora l'attenzione è diventata una particolare forma di azione, si è trasformata in un *prestare attenzione* a ciò che accade, oppure in un distogliere l'attenzione: guardare o girarsi dall'altra parte, ascoltare o negare l'ascolto per sentire altro.

Prima le cose *accadono* (*pathos*) e poi l'attenzione le prende in considerazione in quanto *accadimenti* (*risposta*). Come sottolinea anche Frédéric Moinat, con un riferimento ai rilievi affettivi di Husserl, «l'attenzione del soggetto nasce a un livello passivo venendo anzitutto risvegliata in modo affettivo. Il soggetto è sollecitato dal mondo attraverso l'intermediazione di forze affettive che si esercitano su di lui *ancor prima che la sua attenzione si rivolga ad esse*»¹¹⁶. In altre parole, prima esiste una attenzione che *viene a me*, mi sollecita e rende affetto, successivamente un'attenzione che *viene da me*, che indirizzo e offro come risposta.

Per meglio comprendere la dinamica responsiva dell'attenzione occorrerebbe anche chiarire l'accezione che Waldenfels dà del termine *risposta*, la quale non ha nulla a che fare con un contenuto discorsivo o con ciò che riempie un vuoto di conoscenza, come quando si chiede "che ore sono?" e qualcuno risponde "sono le tre". Per risposta qui si deve intendere, semmai, la capacità di occuparsi, dare riscontro, rivolgersi a ciò che accade, anche nei modi della negazione, come si diceva, perché anche distogliere lo sguardo da chi ci chiede l'elemosina o non parlare a qualcuno che ci sta rivolgendo la parola sono, comunque, dei modi di rispondere al mondo.

Perciò la *risposta*, in Waldenfels, con le sue stesse parole, va considerata come:

Un agire che prende le mosse da una richiesta estranea, rivolgendosi ad essa. [...] una cosa è la risposta in quanto oggetto della risposta, ovvero in quanto *dato* contenuto nella risposta, il quale può essere vero o falso; altra cosa è, invece, la risposta in quanto *il dare* stesso della risposta medesima, insomma il rispondere in quanto tale, che non è in alcun modo vero o falso. [...] rispondere consiste nel fatto che "ciò da cui siamo colpiti" (la richiesta di ingiunzione dell'estraneo) viene trasformato in un "ciò a cui rispondiamo". Ma questo rispondere non riguarda solo l'ambito del discorso. Noi possiamo rispondere in diversi modi, che interessano tutto il repertorio corporeo: posso rispondere

¹¹⁶ F. Moinat, *Phénoménologie de l'attention aliénée : Edmund Husserl, Bernhard Waldenfels, Simone Weil*, in N. Depraz, *L'attention*, cit., p. 60 [trad. nostra], corsivi dell'autore.

infatti con sguardi, cenni, azioni. [...] Risposta, piuttosto, significa anzitutto che qualcuno dà una risposta che non può essere in alcun modo ridotta a una mera reazione meccanica a uno stimolo.¹¹⁷

La risposta dell'attenzione è quindi il modo in cui ci rivolgiamo a qualcosa, come lo "risolviamo" o ce ne occupiamo creativamente. A seguito del *pathos* si può avere (anche se non è sempre così) la risposta dell'attenzione in quanto direzione a ciò che prende in considerazione. La dimensione passiva si trasforma in dinamica attiva, orientata intenzionalmente. Per meglio dire, «nel caso dell'attenzione in carne ed ossa, la risposta consiste esattamente nel fatto che io presto attenzione (*ich aufmerke*) a ciò che mi salta all'occhio (*was mir auffällt*), insomma mi ci rivolgo lasciandomi coinvolgere. In tale situazione, il ciò *a cui* presto attenzione (*das, worauf ich aufmerke*) si trasforma in un *qualcosa* che noto (*etwas, das ich bemerke*)»¹¹⁸.

Non molto lontano da Merleau-Ponty, che aveva parlato della trasformazione dell'indeterminato in determinato, così per Waldenfels la risposta dell'attenzione trasforma il *qualcosa che accade* nel *ciò che sta accadendo*: l'attenzione che ora rivolgiamo si caratterizza come un tipo di *risposta creativa*¹¹⁹. E quasi facendo eco alle considerazioni dell'attenzione come creazione, di Merleau-Ponty, si ribadisce che:

La creazione non è mai pura creazione, tale da rapirci d'un sol colpo nel regno della fantasia. Essa si compie invece sotto forma di risposte, le quali, proprio in quanto risposte, sono creative e, quali trasformazioni, sono riferite a forme preesistenti [...] attraverso il processo di risposta creativa accade che ciò *da cui* siamo affetti e ciò *a cui* rispondiamo si trasforma in *qualcosa che* esperiamo e intendiamo *in quanto qualcosa*.¹²⁰

Questi passi motivano quanto abbiamo detto precedentemente, ovvero che il fenomeno dell'attenzione non può essere ridotto né alla sola dimensione passiva né a quella attiva. Queste dimensioni si danno reciprocamente, anche se attraverso un differimento temporale. Costituiscono una dualità che non è mai tuttavia un completo dualismo, poiché l'attenzione si istruisce e modula nell'interstizio *tra* un movimento e l'altro. Vive sulla soglia degli eventi, dove colui che presta attenzione è *soggetto* a qualcosa (*pathos*) e può trasformarsi in un soggetto che dà attenzione a qualcosa, oppure la nega (*risposta*).

Tra *pathos* e *risposta* esiste quindi una successione, ma non tanto nel senso di un prima e dopo, quanto in quello di una differenza. Per usare le parole di Lind, «la transizione tra il fatto di essere affetto passivamente e la formazione di una risposta attiva non è discontinua ma trasformatrice»¹²¹. Accade qualcosa di diverso, dove certamente il rapporto tra questi due

¹¹⁷ B. Waldenfels., *Estraneo, straniero, straordinario*, cit., pp. 48-49, corsivi dell'autore.

¹¹⁸ Ivi, p. 161, corsivi dell'autore.

¹¹⁹ Cfr. Id., *Creatività responsiva*, trad. it. a cura di R. Guccinelli, InSchibboleth, Roma 2022.

¹²⁰ Id. *Estraneo, straniero, straordinario*, cit., p. 164, corsivi dell'autore.

¹²¹ E. Lind, *Attention et motivation chez Merleau-Ponty*, cit., p. 44 [trad. nostra].

momenti non è una mera conseguenza logica, non c'è un'implicazione necessaria come l'effetto segue alla causa: sia perché i modi del rispondere al *pathos* possono essere molti e differenti; sia perché, per Waldenfels, possono esistere pure casi viziati o difettivi di attenzione dove si ha risposta senza *pathos*¹²² e coinvolgimento del soggetto – è il caso in cui si generano *idee fisse*, risposte stereotipate, automatiche e prive di impulso – oppure in cui si vive un *pathos* dove la risposta non arriva mai, poiché l'attenzione non è in grado di trasformarsi creativamente, generando piuttosto una continua *fuga o dispersione*¹²³. La risposta potrebbe anche congelarsi in forme anomale o patologiche, come nei casi del trauma, dello shock o come incapacità a reagire a ciò che accade: come quando, di fronte a un grave incidente stradale, chi sta nei pressi della disgrazia non solo non sa cosa fare, ma anche sapendo il da farsi si raggela, si dimostra incapace di agire, come sospeso in un fermo immagine. Purtroppo anche alcune vittime di violenza esprimono questa dinamica, dove l'aggressore crea un tale turbamento emotivo, nel quale ricade il *pathos* della loro attenzione, che le vittime non sono capaci di rispondere adeguatamente a ciò che sta avvenendo: la loro attenzione è congelata e non riesce a trasformarsi in difesa, contrattacco o reazione.

Tuttavia, se le due controparti di *pathos* e risposta riescono a vivere in un reciproco dinamismo, si comprende come passività e attività siano distinguibili concettualmente ma non completamente separati sul piano dell'esperienza incarnata. Così come, capovolgendo la questione, la loro unità si nota a partire dalla differenza che creano tra un prima che la cosa accadesse e il dopo che consideriamo la cosa accaduta: i due momenti «non possono essere integrati in un tutto, di conseguenza resistono alla totalizzazione o alla riconciliazione in senso hegeliano»¹²⁴.

In questo modo, per Waldenfels:

¹²² Per Waldenfels è il caso dell'estrema concentrazione che produce delle *idee fisse* e ricorrenti, le quali possono prendere la forma di risposte stereotipate, pietrificate o prive di impulso. Un esempio letterario sarebbe rappresentato da Bartleby di Melville, un uomo che, rifiutandosi di svolgere ogni tipo di lavoro, non fa altro che rispondere “preferirei di no” (*I would prefer not to*). In questi casi «ricorrendo a puri stereotipi ci si avvicina allo stato di morte, costituito dall'indifferenza dove tutto è uguale; l'attenzione si spegne come un fuoco» (B. Waldenfels, *Attention suscitée et dirigée*, cit., p. 42 [trad. nostra]).

¹²³ Sono i casi di *shock*, di trauma o di fuga eccessiva delle idee che non riescono a stabilizzarsi o trasformarsi in risposte adeguate, paralizzando il comportamento. L'*ipervigilanza* può rappresentare un esempio emblematico, quando il soggetto vive costantemente un *pathos* di minaccia, di paura, di allerta, essendo incapace di trasformare quel *pathos* in una risposta adatta alla situazione e al contesto, oppure di percepire il nuovo e il differente che può accadere nell'esistenza. Interessanti sono, in tal senso, le analisi svolte da Micali quando evidenzia che proprio l'*ipervigilanza* è una delle caratteristiche del trauma – cioè un *pathos* vissuto che non muta in risposta e non è capace di prestare attenzione ad altro. Infatti, «una persona traumatizzata vive nella continua attesa di un evento negativo incombente [...] le persone traumatizzate hanno una capacità molto limitata di entrare in sintonia con l'accadere del nuovo perché sono imprigionate nell'evento traumatico» (S. Micali, *Fenomenologia dell'angoscia*, Quodlibet, Macerata 2023, pp. 89-93).

¹²⁴ Id., *Attention suscitée et dirigée*, cit., p. 36 [trad. nostra].

L'evento dell'attenzione si presenta come un evento doppio e un inter-evento, in quanto esso varca una *soglia* che simultaneamente connette e separa. Da un lato, la soglia connette. Infatti non c'è alcun *pathos*, tanto piacevole quanto doloroso, senza un qualcuno a cui esso capiti. E, d'altro canto, non c'è alcuna risposta senza un qualcosa a cui io possa rispondere. Dall'altro lato, la soglia separa, perché né il *pathos* può essere derivato dalla risposta, né tanto meno la risposta dal *pathos*. C'è un abisso a separare ciò che *mi sopraggiunge* e ciò che, invece, *procede da me*. Senza un tale abisso non potrebbe scaturire alcuna nuova esperienza.¹²⁵

Altrove, oltre all'immagine della soglia, Waldenfels utilizzerà anche la metafora del *trattino* che lega e divide due parole, proprio per indicare quel nesso negli eventi di attenzione che unisce e separa, tra ciò che *viene a noi* e ciò che *viene da noi*, tra l'attenzione suscitata e l'attenzione diretta, tra un evento che si impone senza il nostro consenso e la considerazione intenzionale dell'evento stesso da parte del soggetto. L'attenzione è come un trattino che ci separa dagli eventi, ce li fa percepire come qualcosa di estraneo, improvviso, irruento o affascinante, che sorprende, entusiasma, ma che certo è sempre altro, diverso e *al di fuori* di noi; al tempo stesso l'attenzione ci lega a questi eventi, ce li fa percepire come qualcosa che ci riguarda, ci interpella e impegna. Qualcosa che infine incarniamo, attraverso l'attenzione, poiché, considerandoli, iniziamo a viverli come ospiti, abitanti interiori, eventi vissuti e che si muovono *dentro di noi*.

Così avviene, dal punto di vista dei pazienti, la comparsa di una malattia nel corpo: prima si esperisce un'anomalia, il corpo inizia ad imporsi e a sollecitare attenzione, rendendoci propriamente non solo quei pazienti che patiscono (*pathos*) la sofferenza che viene dal proprio corpo, ma pazienti di quell'attenzione che affiora dal corpo quando esso passa dallo sfondo delle abitudini al primo piano; il corpo diventa qualcosa di estraneo, ci separa da noi stessi e non sappiamo quasi più a chi appartenga. Poi, successivamente, «la nostra attenzione va alla parte del corpo che funziona male e improvvisamente esso diventa il centro della nostra attenzione invece dell'invisibile background delle nostre attività»¹²⁶. L'attenzione risvegliata dal corpo si trasforma in attenzione alla malattia; o a quella che, in un primo momento, si reputa tale, se un medico non ha ancora proferito la diagnosi. In tal modo il corpo si scopre malato: non solo *abbiamo* una malattia, ma la sentiamo e viviamo, *siamo* nelle sue fitte o nei suoi lamenti improvvisi. L'attenzione *risponde* al corpo malato facendo cose, interrogandosi, chiedendosi cosa stia accadendo o cosa poter fare. Si risponde anche decidendo di chiamare un amico o di andare dal medico. Ed è così che, per Carel, quando «il normale funzionamento del corpo biologico viene a mancare, esso diventa oggetto di ansiosa attenzione e di osservazione medica»¹²⁷.

¹²⁵ Id., *Estraneo, straniero, straordinario*, cit., p. 161.

¹²⁶ H. Carel, *Malattia. Il grido della carne*, trad. it. Ariele, Milano 2016, p. 28.

¹²⁷ Ivi, p. 74.

4.2. *Commencer ailleurs: differimento temporale e scissione*

Tra qualcosa che salta all'occhio e il prestare attenzione in senso proprio, ovvero tra ciò che caratterizza il *pathos* e la *risposta*, esiste uno "scarto" di tempo. Qualcosa di sottilissimo, quasi liminale, che pure rappresenta una dimensione rilevante nell'esperienza d'attenzione, perché questa differenza implica una scissione. Il soggetto è come diviso in due: è *soggetto a* (ciò che *viene a* lui, che lo coinvolge e coglie la sua attenzione) e al contempo è *soggetto di* (ciò che *viene da* lui, che è intenzionato attraverso la considerazione). Da una parte è un soggetto che patisce la situazione, dall'altra un soggetto chiamato a risponderle con la propria attenzione. Proprio come un medico che incontra un paziente, il quale prima viene sollecitato dalla sofferenza o dall'istanza di salute che proviene dalla persona malata e, quasi al tempo stesso, è chiamato a rispondere con la propria attenzione e offrire aiuto concreto.

Questa duplice movenza, che implica una divisione nella persona quando esperisce la dinamica dell'attenzione, va concepita non tanto come un dualismo vero e proprio, ma semmai come l'esperienza di un differimento temporale. Si diceva: qualcosa accade e successivamente inizia ad essere considerato in quanto accadimento. Tra l'una e l'altra si dà una discrepanza che, tuttavia, non riguarda un'ipotetica linea del tempo tra ciò che viene *prima* e ciò che, effettivamente, verrebbe *dopo*. Il differire non indica una successione cronologica, quanto una scissione propria nell'esperienza temporale del soggetto, una diffrazione incarnata da chi vive, per così dire, *il tempo dell'attenzione* nel momento di passaggio sulla soglia tra *pathos* e *risposta*. Si tratta di una separazione del sé, una crepa tra me e me stesso che non comporta alcuna forma patologica o di dissociazione identitaria. Anzi, questa differenza intrinseca nell'esperienza temporale del sé, anche se indirettamente, sembra richiamare le considerazioni di Hannah Arendt, e la sua lettura di Socrate, quando pensa che la capacità del soggetto di ritirarsi in sé, racchiudersi nell'intimità, nell'interstizio tra sé e se stesso, sia ciò che permette all'essere umano la riflessione, il dialogo interiore, la capacità di critica e discernimento, che pure possono essere considerate particolari forme di attenzione¹²⁸.

¹²⁸ Afferma Arendt «anche se sono uno solo, io non sono uno solo, ho un io e sono sempre in rapporto con il mio proprio io. Questo non è affatto un'illusione; si fa sentire parlandomi – io parlo a me stesso, non sono soltanto cosciente di me stesso. E in tal senso, benché io sia uno solo, io sono anche due-in-uno» (H. Arendt, *Alcune questioni di filosofia morale*, trad. it. Einaudi, Torino 2015, p. 49).

Nel caso dell'attenzione incarnata e vissuta, la scissione del soggetto prende la forma di uno spostamento temporale, o per meglio dire di uno sfasamento¹²⁹, perché – riprendendo un lemma già presente nella tradizione antica da Aristotele a Plotino fino a Levinas¹³⁰ – secondo Waldenfels comporta una *diastasi*. Il termine indica una *distinzione*, un *divergere*, in questo caso una “separazione da sé” che si compie comunque nell'unità del soggetto: qualcosa che unisce dividendo e divide unendo¹³¹.

In Waldenfels la diastasi fotografa quel particolare momento non tematizzabile, eppure esperibile, dove la nostra attenzione è *qui* e *là* allo stesso tempo, *al di qua* e *al di là* di noi: è ancorata in ciò che la trattiene e sorprende, e al tempo stesso quasi pronta a fare un salto nel vuoto. È la soglia propriamente detta dove il *pathos* ha avvolto il corpo, rendendoci pazienti dell'attenzione, e la risposta sta appena per avventurarsi e farsi attenzione vera e propria. Nella diastasi avviene, perciò, «un differimento temporale, che si scinde nell'antioriorità del *pathos* e nella posteriorità o ritardo della risposta»¹³². Uno slittamento che fa percepire gli eventi sempre *troppo presto*, quando arrivano, e la nostra risposta ad essi come se venisse sempre *troppo tardi*.

Con le sue parole:

La *diastasi* assume un significato spazio-temporale. Mentre siamo qui e ora, siamo anche altrove, e questo in un modo paradossale che contraddice le concezioni comuni. Tutto ciò che ci arriva, ci colpisce, ci tocca e ci sorprende viene *troppo presto*, mentre la risposta che diamo ad esso arriva *troppo tardi*. Si tratta di un'antioriorità e posteriorità tutta originale. Naturalmente, arrivare troppo presto o arrivare troppo tardi non significa che l'uno arrivi più tardi dell'altro, come se fossero eventi collocati in punti successivi di una scala temporale continua. [...] Dalla prospettiva dell'esperienza stessa, siamo sia più giovani che più vecchi di noi stessi, come dice Platone a proposito di ciò che accade nel tempo.¹³³

Per questo la diastasi dell'attenzione, pur facendo esperire una scissione temporale interna, non comporta una reale separazione, nel senso che «entrambi gli eventi, quello dell'essere affetti e quello del rispondere, compaiono uno assieme all'altro, eppure separati da un differimento temporale originario»¹³⁴. Il fatto che l'attenzione viva di questa diffrazione sollecita ad evidenziare il profilo di forte passività che caratterizza l'attenzione stessa nel suo

¹²⁹ Cfr. S. Micali, *La diastasi originaria: tra linguaggio ed esperienza. Un'intervista a Bernhard Waldenfels*, «Paradigmi. Rivista di critica filosofica», vol. 22, 66 (2004), pp. 477-487; Id., *Fenomenologia della temporalità: un'analisi critica del fenomeno della diacronia*, in M. Durante (a cura di), *Responsabilità di fronte alla storia. La filosofia di Emmanuel Levinas tra alterità e terzietà*, il Melangolo, Genova 2008, pp. 53-75.

¹³⁰ Levinas pensa all'io come a un sé senza concetto e diseguale nell'identità, e perciò come una «identità in diastasi» (E. Levinas, *Altrimenti che essere o al di là dell'essenza*, trad. it. a cura di S. Petrosino e M. T. Aiello, Jaca Book, Milano 1983, p.144).

¹³¹ Cfr. B. Waldenfels, *Bruchlinien der Erfahrung. Phänomenologie, Psychoanalyse, Phänomenotechnik*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main 2002, pp.173-175.

¹³² B. Waldenfels, *Fenomenologia dell'estraneo*, trad. it. a cura di F. G. Menga, Raffaello Cortina, Milano 2008, p. 57.

¹³³ Id., *Attention suscitée et dirigée*, cit., p. 37 [trad. nostra].

¹³⁴ Id., *Estraneo, straniero, straordinario*, cit., p. 162.

momento sorgivo, poiché la risposta si istruisce a partire da qualcosa che è già avvenuto (troppo presto), anche se essa sta giusto formandosi per riferirsi a *quel qualcosa* di quasi passato (troppo tardi). Con le parole di Waldenfels: «questo strano evento è penetrato da una passività radicale e originaria. [...] Rispondere significa iniziare altrove (*commencer ailleurs*), cominciare da qualcosa che si sottrae»¹³⁵. In tal senso «esperisce un continuo *slittamento*, è una pazienza vissuta che si lascia sorprendere [...] l'attenzione originaria aspetta qualcosa che non sarà mai completamente presente»¹³⁶.

Un esempio letterario di questo fenomeno, richiamato peraltro dallo stesso fenomenologo, ce lo offre ancora una volta Paul Valery quando scrive: «Ciò che *Io* sono *istruisce*, *stupisce* ciò che io sono. E c'è un tempo fra me e me. Me nasce da me»¹³⁷. Tanto che Waldenfels, sottolineando come «l'attenzione include in sé un'autosorpresa radicale – crede pure che – la differenziazione teorico-sociale dell'*ego* in *io* e *me*, in *je* e *moi*, in *I* e *me*, che compare in autori così diversi come James, Mead, Husserl, Jakobson e Lacan, ritrova qui la sua origine»¹³⁸. Interpretando le sue parole, possiamo dire che l'autoriflessività del soggetto è il risultato dell'attenzione all'interiorità quando vive questa diffrazione, dove le cose si dividono restando unite, o restano unite nella differenza che c'è tra me e me. Nel differimento temporale di questa scissione, l'attenzione vive il proprio tempo di *diastasi*. Ed è proprio nel tempo vissuto sulla soglia, tra il *pathos* e la risposta, che il soggetto emerge come un *me stesso* che presta attenzione. Anche un medico, per tornare all'ambito che soprattutto ci interessa, non prescinde dal vivere questa dinamica, nel momento in cui, ascoltando l'esperienza di malattia che gli racconta un paziente, si interroga, riflette tra sé e sé sul da farsi, pondera e fa oscillare la propria attenzione tra sé, come colui che ascolta, e sé stesso, come colui che deve rispondere alla persona malata con la propria attenzione clinica.

4.3. (Ripensare) l'attenzione come selezione

Se molto spesso l'attenzione viene associata alla capacità di selezione, è anche pur vero che il processo di selezione deve essere ricompreso dal punto di vista dell'esperienza, non ridotto a un'anonima, meccanica e impersonale opera di puntamento cognitivo. Attenzione non

¹³⁵ Id. *Attention suscitée et dirigée*, cit., p. 37 [trad. nostra].

¹³⁶ Id., *Soglie d'attenzione*, cit., p. 12.

¹³⁷ P. Valery, *Quaderni*, vol. III, a cura di J. Robinson-Valery, trad. it. di R. Guarini, Adelphi, Milano 1988, p. 256 [traduzione qui leggermente modificata].

¹³⁸ B. Waldenfels, *Estraneo, straniero, straordinario*, cit., pp. 161-162, corsivi dell'autore.

è solo far emergere un dato, escludendone intenzionalmente altri. Nella dinamica tra *pathos* e risposta, il carattere selettivo dell'attenzione rivela, piuttosto, un'oscillazione tra queste. Perciò, prima di procedere, proponiamo qui di ripensare una tra le proprietà più note dell'attenzione.

La metafora del *cono di luce*, insieme a quella del *raggio*, del *fascio* o del *proiettore*¹³⁹, sono state spesso chiamate in causa dalla psicologia. E ciò avviene ancora oggi, a fronte di una tradizione di studi cognitivi che, a più riprese, ne rievoca appunto l'immagine, diventata per tanti molto più che un'allegoria, quasi paradigmatica¹⁴⁰. Tuttavia l'idea di selezione, se la si intende come un proiettore che va dritto al proprio obiettivo restando indifferente a ciò che sta attorno, si rivela fuorviante o del tutto errata. Nella metafora si crede, infatti, che l'attenzione considererà solo ciò che viene illuminato, mentre il resto sarà dimenticato. Ciò che ricade al di fuori del cono di luce sembra restare indifferente e estraneo al costituirsi della figura considerata.

La selezione dell'attenzione, al contrario, comporta il mettere in campo un gioco dinamico fatto di primo piano e sfondo, dove lo sfondo non è mai totalmente escluso o oscurato. Anzi, è proprio un certo sfondo, la possibilità di un *campo tematico* nel quale far emergere un *tema* specifico (figura), che permette l'emergere della figura stessa. Non esiste un oggetto avulso da un contesto, così come non esiste una persona che presti attenzione non trovandosi dentro una situazione particolare e comunque a partire da un certo luogo. Il processo di selezione implica, perciò, una particolare organizzazione del campo percettivo, una configurazione nella quale concorrono diversi fattori.

La psicologia e gli studi cognitivi hanno spesso descritto questo fenomeno come un atto dove il soggetto andrebbe a *scegliere* cosa mantenere e cosa escludere: come un regista che, su un palco al buio, dove si muovono gli attori, decide quali illuminare e quali lasciare nel chiaroscuro affinché gli spettatori guardino solamente quelli e non altri. Per lo più per gli studi di psicologia sperimentale, la selezione corrisponde al caso secondo cui «la nostra capacità attentiva deve scegliere uno stimolo [...] ed eventualmente elaborare una risposta di ritorno»¹⁴¹.

¹³⁹ Così c'è chi afferma che «l'attenzione può essere paragonata a un riflettore (*spotlight*) che migliora l'efficienza del rilevamento degli eventi all'interno del suo raggio» (M. I. Posner, C. R. Snyder, B. J. Davidson, *Attention and the Detection of Signals*, «Journal of experimental psychology», 109 (2/1980), p. 172 [trad. nostra]). Cfr anche D. A. Norman, *Toward a theory of memory and attention*, «Psychological Review», 75 (1968), pp. 522–536.

¹⁴⁰ Cfr. P. Legrenzi - C. Umiltà, *Una cosa alla volta. Le regole dell'attenzione*, il Mulino, Bologna 2016, pp. 33-45; R. Dell'Acqua - M. Turatto, *Attenzione e percezione. I processi cognitivi tra psicologia e neuroscienze*, Carocci, Roma 2021, pp. 16-48.

¹⁴¹ V. D'Urso, F. Giusberti, *Esperimenti di psicologia*, Zanichelli, Bologna 2000, p. 88.

Si cita spesso l'effetto *cocktail party*¹⁴² a questo proposito, un'esperienza che tutti hanno provato almeno una volta nella vita. Immaginiamo di essere a una festa con molte persone: a poco a poco si creano dei piccoli gruppi di conversazione dove ciascun gruppo condivide un argomento. Siamo nel nostro gruppo di conversazione, ma qualcosa ci fa interessare al discorso che viene portato avanti da un gruppo diverso, vicino al nostro. Non abbandoniamo i nostri compagni, continuiamo a star lì e ad annuire a certi discorsi, anche se l'ascolto si è diretto e concentrato solo su ciò che viene detto nell'altro: perché magari parlano di noi, di un amico in comune o di qualcosa che ci interessa. La capacità di ascoltare l'altro discorso, pur rimanendo nella trama sociale del nostro gruppo, comporterebbe la capacità di isolare i discorsi e selezionare solo quello che davvero ci interessa. Stando alla metafora del proiettore, cioè, noi saremmo capaci di ascoltare ciò che viene detto nell'altro gruppo escludendo del tutto ciò che sta avvenendo nel nostro, il quale resterebbe al buio, completamente dimenticato dalla coscienza.

Tuttavia, nell'esperienza vissuta, sappiamo che il discorso del gruppo affianco viene selezionato e considerato come *quel discorso che a noi interessa di più* solo nella misura in cui continua ad esistere comunque, in uno sfondo imprecisato, tutto ciò che accade nel nostro gruppo di conversazione: quest'ultimo resta vivo, animato e semmai sembra semplicemente scivolato in secondo piano, ma non è completamente soppresso o morto¹⁴³; esso non esiste in modo prevalente, tanto che, infatti, non sentiamo più la voce di ciò che sta dicendo il nostro amico di fronte a noi, ma comunque le sue parole creano un sottofondo, un tessuto sonoro che si confonde con gli altri suoni. A volte questo sfondo può costituire una specie di "interferenza concorrente", che ci provoca un senso di competizione nell'ascolto al fine di mantenere l'attenzione solo sull'altro discorso. E quando ci si concentra solo su quelle parole, scopriamo che riusciamo a farlo nonostante il nostro gruppo continui a parlare a voce vivace.

La stessa dinamica la esperiscono coloro che si occupano di traduzione simultanea, i quali devono focalizzare l'attenzione sul discorso da dover tradurre facendo arretrare quelle ulteriori interferenze che disturbano l'ascolto, ma comunque continuano a far parte di un campo complesso di percezione uditiva, dove più elementi sono coinvolti. Sono queste situazioni che

¹⁴² Nello studio dell'attenzione selettiva, il "problema del cocktail party" è stato così definito e indagato per primo da Colin Cherry al MIT intorno al 1953. Cfr. C.E. Cherry, *Some experiments on the recognition of speech with one and two ears*, «The Journal of the Acoustical Society of America», 25 (1953), pp. 975-979.

¹⁴³ Per Arvidson, infatti, da parte dei ricercatori che indagano l'attenzione selettiva «ciò che è "soppresso" o "non illuminato" non viene preso in seria considerazione» (P. S. Arvidson, *Toward a Phenomenology of Attention*, «Human Studies», vol. 19, 1 (1996), p. 80 [trad. nostra]).

hanno spinto Merleau-Ponty e Aron Gurwitsch¹⁴⁴ a criticare l'immagine del proiettore o del cono di luce in riferimento alla proprietà selettiva dell'attenzione: perché il resto non è abolito, ma solo spostato in secondo piano, dove continua ad esistere in modo sommerso o attenuato.

Inoltre, come pure evidenzia Arvidson, nella dinamica dell'attenzione sono rilevanti non soltanto il *tema* (la figura) e il *campo tematico* (lo sfondo, contesto), ma anche il *marginè*, ovvero quell'insieme di elementi che, pur irrilevanti per il tema e il contesto, restano comunque compresenti e partecipi. Per fare un esempio, pensiamo a una casa che scorgiamo in lontananza dal vetro di una finestra che si affaccia sulla campagna: la casa lontana è il tema, il paesaggio è il campo tematico che si presenta come un certo contesto nel quale si inserisce e si muove la nostra percezione, mentre le opache striature di sporco sul vetro della finestra sono degli elementi di marginè; oppure se, mentre si osserva la casa, si prova un certo appetito, altrettanto la fame, il richiamo dello stomaco, insieme all'opacità del vetro, rappresentano degli elementi di marginè: non rilevanti o non sufficientemente considerati dall'attenzione, eppure compresenti alla coscienza che presa attenzione secondo modi o gradi diversi.

Non solo: rispetto alle continue *modificazioni attenzionali* esiste anche la possibilità di mantenere l'attenzione a un tema mentre cambia il campo tematico e il contesto in cui si svolge, cosa che fa della selezione un processo vivo in cui lo sfondo continua a vivere in modo autonomo. Nell'esempio del *cocktail party*: possiamo continuare ad ascoltare il discorso dell'altro gruppo (tema), mentre i nostri compagni ci offrono un nuovo drink, ci prendono il piattino vuoto di mano o ci invitano a sedere (cambiamento del campo tematico): cose che riusciamo a fare secondo un certo automatismo e senza problemi.

Questi aspetti mostrano che il campo, il contesto o lo sfondo, insomma ciò che non viene propriamente considerato, non è escluso o abbattuto, ma solo momentaneamente accantonato mentre rimane vivo in una specie di sottotono: ciò mostra «la profonda interconnessione tra tema e campo tematico e il profondo cambiamento di questa interconnessione che può accompagnare un cambiamento di atteggiamento o di contesto [...] questi cambiamenti sono realizzazioni che vengono vissute come un processo, come un vissuto, non come un risultato morto»¹⁴⁵, come invece la metafora del cono di luce vorrebbe far credere.

Inoltre, questi aspetti riferibili alla selezione ci consentono di offrire anche una distinzione terminologica rispetto a *disattenzione* e *distrazione*, che vengono di solito considerate come sinonimi tra loro e contrari rispetto all'attenzione: mentre la *disattenzione* è

¹⁴⁴ Cfr. A. Gurwitsch, *Théorie du champ de la conscience*, Desclée de Brouwer, Paris 1957; Id., *Studies in Phenomenology and Psychology*, Northwestern University Press, Evanston, 1979.

¹⁴⁵ P. S. Arvidson, *Toward a Phenomenology of Attention*, cit. p. 75 [trad. nostra].

parte integrante e costitutiva dell'attenzione stessa – perché essere attento a *questa* cosa, o ad una sua parte, significa essere necessariamente essere disattento nei confronti di *quest'altra* (cosa o parte)¹⁴⁶ –, la *distrazione* riguarda il rivolgere attenzione a qualcosa di diverso rispetto a ciò che qualcuno reputa degno. La disattenzione è costitutiva, la distrazione è la sovversione rispetto a una norma: come un bambino che non segue la lezione della maestra, il che non significa che non sia attento, ma solo che è attento ad altro da ciò che ci si aspetta da lui, come ad esempio a ciò che accade al compagno di merenda nel banco affianco. Perciò *disattenzione* e *distrazione* non sono contrari dell'attenzione: la prima è l'altra faccia costitutiva della medaglia, la seconda un'attenzione che si è dislocata da un'attenzione comune, condivisa, attesa oppure reputata tale.

Al darsi dell'attenzione corrisponde un processo di organizzazione della percezione, che non coglie mai completamente una totalità complessa, ma si amministra e gestisce secondo divisioni. Gli organi sensoriali, pur potendo accogliere molteplici stimoli o informazioni, non possono concentrarsi in egual misura su tutti questi, perché vedere tutto o ascoltare tutto con la stessa intensità significherebbe, alla fine, non vedere e non ascoltare nulla. Ogni percezione è sempre orientata e offerta da una prospettiva¹⁴⁷. C'è sempre *uno* sguardo o *un* ascolto che privilegia qualcosa, lo preferisce o vi si rivolge a fronte di quelli che Husserl chiamava *rilievi affettivi*. Ma la selezione non è un atto che escluda o bandisca il contesto, o il più generale campo tematico nel quale si svolge.

Se poi si iscrive la selezione propria dell'attenzione nella dinamica tra *pathos* e risposta, per come l'abbiamo percorsa insieme a Waldenfels, possiamo comprendere come la capacità di selezionare non sia solamente, o prevalentemente, intenzionale e volontaria. C'è qualcosa che la sollecita, la richiama *passivamente* dentro un certo perimetro privilegiato, ma ciò avviene ancor prima che l'attenzione possa darsi come una vera e propria *risposta* selettiva.

Tanto che questa rilettura del fenomeno, secondo Waldenfels, consente di mettere al riparo la selezione dell'attenzione da due principali letture riduzioniste. Come Merleau-Ponty, che voleva difendere l'attenzione dall'*empirismo* e dall'*intellettualismo*, altrettanto Waldenfels vuole tutelare la selezione dagli attacchi del *realismo* e dal *soggettivismo*, che potrebbero essere

¹⁴⁶ Anche Husserl evidenzia che ogni percezione è sempre parziale, «non accade mai e neppure può accadere che ci sia data una cosa *tutta in una volta*, in un atto composto da una sola fase, e che ci sia con ciò presentato l'oggetto da tutti i suoi lati contemporaneamente e rispetto al suo pieno contenuto» (E. Husserl, *Percezione e attenzione*, cit., p. 86).

¹⁴⁷ A questo proposito, Husserl appunta: «è infatti evidente che una cosa spaziale può essere intuita soltanto per mezzo di manifestazioni, non soltanto da noi uomini ma anche da parte di Dio – quale rappresentante della conoscenza assoluta; e in queste manifestazioni essa è e deve essere data soltanto secondo "prospettive" mutevoli, secondo dei modi molteplici, anche se determinati, e quindi secondo mutevoli "orientazioni"» (E. Husserl, *Idee per una fenomenologia pura e una filosofia fenomenologica*, cit., § 150, p. 374).

diverse riproposizioni degli stessi nemici. Infatti, «un processo di selezione del genere, che si gioca nel cuore della nostra esperienza, si oppone a interpretazione semplificatrici. Per un verso, si contrappone a un'interpretazione *realistica*, secondo la quale l'attenzione si limita a selezionare qualcosa di già dato. [...] Per l'altro verso, la selezione si contrappone anche a una concezione di tipo *soggettivistico*»¹⁴⁸ dove l'intenzione o la volontà del soggetto la farebbero da padrona nel tagliare, selezionare, illuminare o circoscrivere qualcosa.

La metafora del proiettore o del cono di luce come capacità selettiva si dimostra, insomma, errata: sia perché, con Arvidson, «c'è un intreccio di possibilità»¹⁴⁹ dove «l'attenzione nella coscienza ha una struttura tridimensionale, non bidimensionale»¹⁵⁰ cioè vive dell'interazione tra *figura*, *campo* e *marginie* e della compartecipazione tra questi, sebbene in gradi e livelli differenti; sia perché la selezione non è agita come un atto estrinseco, come un bambino che, nel cuore della notte e con una torcia in mano, volesse illuminare gli angoli della camera da letto per tenere lontani i mostri. Al contrario: con Waldenfels la selezione è, piuttosto, un processo intrinseco alla modalità della percezione di *gestire* e *organizzare* il proprio campo percettivo quando lo esperisce e vive in modo situato. La selezione è quindi «legata alla ristrettezza della coscienza e alla limitatezza degli orizzonti di senso [...] è parte integrante dell'organizzazione stessa dell'esperienza»¹⁵¹ la quale non può cogliere tutto, ma coglie sempre e solo a partire da *un certo sguardo*, da *un certo ascolto*, da *una certa prospettiva*.

Più che illuminare e lasciare al buio, come la metafora del cono di luce vorrebbe dire, si dovrebbe forse pensare la selezione dell'attenzione come una bolla che si forma dalla pentola dell'acqua calda: essa si crea a poco a poco, si isola dal resto mentre lievita, e quando emerge sembra esserci essa soltanto, sebbene l'acqua intorno continui a ribollire e, anzi, sia proprio ciò che la muove, l'alimenta di vapore e la fa crescere. Poi altre bollicine si addensano, magari solleticano la nostra fantasia, ma la grande bolla sta per compiersi quando rende sempre più esplicito il riflesso e lo spazio d'aria della sua cupola: li trattiene in essa, finché non scoppia. La bolla si è dispersa e continua ad esser lì *comunque*, in altra forma, prosegue a trasformarsi dinamicamente in una nuova bolla, formandosi e riformandosi, magari mentre noi sentiamo il vapore caldo che tocca e liscia la faccia, e ci chiediamo quando sia il momento giusto per buttare la pasta. Siamo focalizzati su quella realtà in ebollizione, abbiamo privilegiato quell'effervescenza sui fornelli, mentre il resto continua a scalpitare tacitamente insieme

¹⁴⁸ B. Waldenfels, *Estraneo, straniero, straordinario*, cit., p. 165, corsivi dell'autore.

¹⁴⁹ P. S. Arvidson, *Toward a Phenomenology of Attention*, cit. p. 78 [trad. nostra].

¹⁵⁰ Ivi, p. 80 [trad. nostra]. Cfr. anche P. S. Arvidson, *The field of consciousness: James and Gurwitsch*, «Transactions of the Charles S. Peirce Society», vol. 28, 4 (1992), pp. 833-856.

¹⁵¹ B. Waldenfels, *Attention suscitée et dirigée*, cit., p. 38 [trad. nostra].

all'appetito. E forse, mentre la guardiamo, ci rendiamo conto che la vera bolla siamo noi. Non è forse questo il senso che accompagna l'espressione rivolta a chi, essendo fortemente concentrato e selezionato su qualcosa, sembra *vivere dentro una bolla*?

5. *L'attenzione come cura e la qualità etica della relazione*

C'è un ulteriore significato che caratterizza l'attenzione, nella semantica ampia di cui abbiamo detto in precedenza. Poiché non si riduce a un'operazione cognitiva, anzi il fenomeno rimanda a un complesso dinamismo intrinseco che abbiamo approfondito grazie, da ultimo, alla fenomenologia responsiva di Waldenfels, si può rilevare che l'attenzione comporta non semplicemente vivere sulla soglia tra il *venire a me* e il *venire da me*, ma anche saper stare dentro un contesto relazionale, fatto di altre persone, sguardi, dinamiche vitali di un'esistenza in comune in cui si condividono vulnerabilità, bisogni e desideri che sono privati e pubblici, singolari e collettivi¹⁵². Proprio come può essere compresa la salute, che è al tempo stesso un bisogno e desiderio del singolo e dell'intera comunità.

L'attenzione si manifesta, insomma, non solo come disposizione e esercizio personale, ma come un vissuto relazionale e una dinamica esperita nell'incontro con il mondo, venendo a connotarsi, perciò, anche eticamente: è stato infatti affermato che «avere attenzione è avere considerazione per l'altro»¹⁵³.

C'è un risvolto per cui essa esprime una forma di sollecitudine in cui l'altro non è ridotto a un mero *oggetto* di considerazione, come potrebbe esserlo un elemento materiale, ma mantiene la propria connotazione di *soggetto* vivente e incarnato. Quando l'attenzione esprime un'intenzionalità rivolta all'esistenza di altre persone al fine di promuoverla, sostenerla o arricchirla, allora essa diventa sinonimo di cura.

Ed è proprio all'etica della cura che dobbiamo forse la maggiore e più significativa risemantizzazione del concetto di attenzione, il quale qui non viene mai slegato da una dinamica relazionale vissuta concretamente nelle possibilità dell'incontro e della considerazione. Parlare del *concetto* di attenzione, piuttosto che del *fenomeno vissuto*, non significa mai, nell'etica della cura, concepire l'attenzione come qualcosa di astratto o intellettuale.

Se, da una parte, c'è chi crede che l'attenzione sia «un concetto centrale per l'etica della cura, in quanto funziona da generatore del processo di cura [poiché...] senza la capacità di fare

¹⁵² M. Garrau, *Politiques de la vulnérabilité*, CNRS Edition, Paris 2023.

¹⁵³ L. Mortari, *Filosofia della cura*, Raffaello Cortina, Milano 2015, p. 178.

attenzione ai bisogni altrui non ci potrebbe essere letteralmente cura degli altri»¹⁵⁴, dall'altra c'è che anche chi afferma che «la prospettiva del *care* si sviluppa in effetti come un'attenzione alle pratiche che formano la tessitura delle vite ordinarie»¹⁵⁵. Cioè: se da un lato l'attenzione inaugura la cura, è sorgente e punto di inizio delle pratiche, dall'altro è già una movenza, in quanto la accompagna e sostiene; e non è altrimenti possibile promuovere cura se non continuando a prestare attenzione all'altro o a ciò che si fa nei suoi confronti. L'attenzione può essere quindi espressione di cura, tanto quanto il fenomeno della cura incarna una movenza di attenzione.

In questo senso, *prestare attenzione* è appunto una dimensione relazionale: basti pensare al fatto che la capacità intenzionale di prestare attenzione al mondo e agli altri, fosse anche allo scoprire se stessi come soggetti intenzionali, sorge fin dall'infanzia in una reciproca dinamica di relazione, appresa culturalmente con gli altri e dagli altri e dove si continua a coltivare un rapporto con essi¹⁵⁶. L'attenzione è una forma della relazione perché nasce dalle occasioni di incontro e può diventare una postura della modalità comunicativa¹⁵⁷. Vuol dire lasciarsi “toccare” da ciò che succede e, al contempo, attivare però una certa ricettività che non rimane indifferente a ciò che accade; anzi, vuol dire coltivare riguardo verso l'esistenza e gli aspetti della vita, perfino i più banali e sfuggenti, che solitamente scivolano via dallo sguardo perché abituali e ripetitivi, anche se talvolta in grado di reggere silenziosamente le fondamenta della vita stessa. Un rilevante filone dell'etica della cura ha cercato di affermarsi proprio come un'etica dell'attenzione nei confronti del particolare, e di quella che viene definita la vita dell'ordinario¹⁵⁸.

A fronte dei particolari legami che la vedono prossima alla cura, secondo Laugier, addirittura il termine «*attention* potrebbe allora essere una possibile traduzione in francese del

¹⁵⁴ F. P. Adorno, *Gli obblighi della cura. Problemi e prospettive delle etiche del care*, Vita e Pensiero, Milano 2019, p. 102.

¹⁵⁵ M. Garrau, *Care et attention*, Puf, Paris 2014, p. 12 [trad. nostra].

¹⁵⁶ Dal punto di vista evolutivo, l'attenzione nasce intorno ai 9 mesi di età, quando inizia ad emergere un complesso di capacità nelle quali il bambino non dà attenzione al mondo in modo duale (bambino-oggetto) ma attraverso comportamenti triadici (bambino-adulto-oggetto) che comportano il fenomeno dell'*attenzione congiunta*. Dentro questa dinamica non solo l'attenzione viene condivisa ma si apprendono anche dei modi culturali, comunicativi e sociali di prestare attenzione. Cfr. C. Moore, P. J. Dunham (ed.), *Joint Attention. Its Origins and Role in Development*, Psychology Press, New York 2016, in particolare M. Tomasello, *Joint Attention as Social Cognition*, pp. 103-130; Cfr. anche É. Bimbenet, *Pour une approche phénoménologique de l'attention conjointe* e S. Gallagher, *Joint attention, joint action, and participatory sense making*, entrambi in N. Depraz, *L'attention*, cit., pp. 132-180.

¹⁵⁷ Infatti Tomasello sottolinea come «il semplice atto di indicare un oggetto a qualcun altro al solo scopo di condividere l'attenzione verso di esso sia un comportamento comunicativo specificatamente umano, l'assenza del quale è anche un importante criterio diagnostico della sindrome dell'autismo infantile» (M. Tomasello, *Le origini culturali della cognizione umana*, trad. it. il Mulino, Bologna 2005, p. 84).

¹⁵⁸ Cfr. S. Laugier, *L'etica come attenzione al particolare*, trad. it. Iride, Fascicolo 1, Il Mulino, Bologna 2008; P. Donatelli, *Il lato ordinario della vita. Filosofia ed esperienza comune*, il Mulino, Bologna 2018.

termine inglese *care* e del suo senso etico»¹⁵⁹. Come a dire che l'attenzione traduce concretamente la parola cura. Tuttavia, sebbene sia vero che la cura si traduce in un'opera di attenzione, non è altrettanto giusto affermare che l'attenzione si traduca sempre e comunque in una postura di cura e tanto meno secondo un senso etico. Ogni volta c'è una disposizione da formare, una peculiare percezione da istruire, che sappia guardare al bene e ai fini etici quando presta attenzione all'altro, domandandosi pure a quali condizioni si possa parlare di attenzione etica e quando invece non è possibile. Infatti, si può dare attenzione all'altro anche per scopi malvagi o con intenzioni malevole per portare danno alla sua esistenza: basti pensare a un cecchino concentrato attentamente nel mirare alla propria vittima che passeggia per strada, del tutto inconsapevole della scure di morte che sta per abbattersi¹⁶⁰.

Oppure può darsi anche il caso in cui, pur essendoci una considerazione dell'altro, l'attenzione dimostri una sua densità etica solo quando aderisce a un *sensu* che guarda al bene, a una ragione profonda: qualcosa che, quindi, pur guardando a un fine, eccede e supera il fine estrinseco, ma si riempie di un *rapporto di sensu* capace di renderla intrinsecamente etica. Facciamo un esempio: pensiamo a un chirurgo concentrato nel tamponare un'emorragia interna mentre il paziente è aperto, sedato e steso in sala operatoria. Sul piano del fine estrinseco, occludere l'emorragia si rivela certo un gesto di considerazione per il benessere della persona. Il chirurgo è attento a cosa fa, a come mette le mani, a come suturare la lacerazione, guarda ai vasi sanguinei, cuce con le mani e con lo sguardo che conduce il dettato di un'azione tecnica, ma non è questa attenzione *alle cose da fare* ciò che semplicemente conferisce un rilievo etico al suo operato. Dal punto di vista dell'attenzione chirurgica si potrebbe dire che il medico esercita un'attenzione cognitiva che gli permette di compiere delle azioni tecnicamente corrette, rientrando nell'alveo di una abilità; ma per il rapporto clinico non ci si può fermare all'intento di eseguire perfettamente delle mansioni efficaci ad un risultato, per quanto necessarie.

È solo nella misura in cui il chirurgo sa *perché* lo sta facendo, e questo è un motivo di bene, che la sua attenzione di cura dimostra *un sensu* più grande rispetto alla semplice attenzione che accompagna il corpo ad una esecuzione: è un'attenzione pre-gna di sensu quella che “guarda” alla qualità di vita, al benessere possibile da donare, quando cioè il medico offre un'attenzione che pensa al poter-essere dell'altra persona, riconoscendola oltre il corpo

¹⁵⁹ S. Laugier, *L'etica di Amy, La cura come cambio di paradigma*, «Iride», Fascicolo 2, il Mulino, Bologna 2011, p. 340.

¹⁶⁰ Particolarmente interessante risulta il progetto fotografico compiuto da due artisti italiani che hanno tentato di riprodurre la prospettiva dei cecchini intenti a sparare contro la popolazione di Sarajevo, dove era necessario prestare molta attenzione alle precise parti del corpo da colpire: talvolta soltanto per ferire la vittima senza volerla uccidere e perciò con un'attenzione selettiva di non poco conto. Cfr. L. Ottani, *Shooting in Sarajevo*, a cura di R. Biagiarelli, Bottega Errante Edizioni, Udine 2020.

biologico, come corpo coscienziale e coscienza incarnata che vive una ferita che è tanto somatica quanto morale ed esistenziale. Ed è solo facendo proprio questo *sensò* d'attenzione all'altro che il gesto di cura (*to cure*) acquista un carattere davvero etico (*to care*).

Mentre l'attenzione cognitiva segue le azioni pratiche indifferentemente rispetto al fine, come la retina segue lo sguardo, al *prestare attenzione*, in questa accezione, occorre educarsi ed essere educato. L'attenzione di cura è sempre figlia di formazione, saperi, culture e pratiche relazionali che sanno mettere in campo una percezione sensibile nei confronti di un'alterità investita di significato¹⁶¹.

Qui possiamo forse cogliere la differenza tra un chirurgo umano e un robot chirurgico: il primo sa *cosa* sta facendo, e soprattutto *perché*; guarda attentamente al fine rappresentato dalla persona e dal valore inestimabile della salute intesa come possibilità di compiere un progetto di vita. Il secondo, invece, non lo sa: è una macchina che esegue seguendo schematismi, gesti automatici e procedure correlate; vuoti dal punto di vista del *sensò*. Può realizzare degli obiettivi buoni, positivi, curando il paziente, ma non presta un'attenzione intrinsecamente etica poiché il suo sguardo non vive di un senso morale e relazionale rispetto al *perché* lo fa¹⁶²: ciò che realizza non è propriamente un fine etico perché non è un agente morale.

Mentre un robot esegue un compito, un medico si relaziona a una persona: qui si apre lo spazio dell'etica, perché il medico fa delle scelte, ha delle ragioni, compie azioni all'interno di un orizzonte di senso inteso al bene. Se si relaziona alla persona malata perseguendo il fine del bene della persona, la sua attenzione è connotata eticamente. E il suo relazionarsi, di converso, non sarebbe eticamente qualificabile se non fosse caratterizzato da attenzione. Nel caso in cui ad esempio operasse bene ma fosse attento solo per diventare ricco attraverso la possibilità di attrarre molti pazienti, la sua attenzione diverrebbe un mero strumento tecnico per il raggiungimento di un obiettivo che, a propria volta, strumentalizzerebbe la persona malata

¹⁶¹ Diversi autori sottolineano questo aspetto, unito alla necessità di intraprendere azioni formative, perché l'attenzione è «una questione di apprendimento e di educazione alla percezione [...] in medicina in particolare, imparare a prestare attenzione e a prendersi cura non è una questione di mitica percezione immediata, innata: è oggetto di educazione. Prestare attenzione agli altri, come metodo e come etica, mobilita la ricettività e la creazione di significato» (J. M. Baleyte, S. Vannel, A. M. Hennequin, *Le soin, une éthique de l'attention ?*, «Éthique & Santé», 14 (4/2017), p. 199 [trad. nostra]).

¹⁶² Anche Donati, sottolineando l'importanza di uno sguardo relazionale, si domanda: «Dove sta la differenza fra lo sguardo umano e non-umano? [...] La peculiarità dello sguardo umano è il risultato di una grande complessità di fattori. Dipende dalla storia dell'osservatore, dalla cultura in cui è immerso, dal contesto situazionale e da tanti fattori che dipendono dall'agire e dal contesto [...] L'osservatore che non considera la natura relazionale del proprio sguardo può essere riflessivo dentro di sé, nella sua conversazione interiore, ma lo sguardo come tale rimane sgriffato se la sua attenzione non si focalizza sulla stessa relazione con l'oggetto» (P. Donati, *L'unità del sapere: la conoscenza come bene comune relazionale*, in P. Donati, L. Alici, G. Gabrielli, *Beni relazionali. La conoscenza che accomuna*, Franco Angeli, Milano 2021, pp. 27-31; cfr. anche Id., *Lo sguardo relazionale. Saggio sul punto cieco delle scienze sociali*, Meltemi, Milano 2021).

(appunto al fine della sua ricchezza). Se la sua azione raggiunge l'obiettivo della guarigione della persona ammalata, certamente, questo è un buon risultato, ma non biasimeremmo comunque il suo essere interessato solo al danaro? Il senso ultimo in cui si inquadrebbe la sua azione sarebbe il guadagno, e non la guarigione della persona (strumentale, invece, a farsi altri clienti).

Non è un caso che Sandra Laugier, una tra le maggiori teoriche della cura in ambito francese, abbia spesso proposto di definire la cura come una *percezione attenta* in cui ci si predispone in un certo modo: si guarda secondo una postura ricettiva, si cerca di cogliere e scorgere le istanze che provengono dall'altro, sapendo che questo sguardo non si riduce a un seguire con gli occhi, ma rappresenta un modo di *essere con l'altro* e, all'occorrenza, di *essere per l'altro*. Nella modulazione di una percezione attenta, che è molto più che aprire gli occhi o drizzare le orecchie, l'altro è percepito come essere umano vulnerabile ed è questa percezione (o disposizione della percezione) indirizzata dalla scelta di volere il suo bene, a far sì che l'attenzione diventi propriamente un'azione morale che coinvolge totalmente il nostro essere. Si potrebbe anche dire, più in generale, che non c'è questione morale che non nasca da un'attenzione che conferiamo al mondo¹⁶³.

Inoltre, prestare attenzione vuol dire pure assumere un peculiare comportamento, modificare il modo in cui ci presentiamo e approcciamo il mondo¹⁶⁴: sia perché, come sottolinea Waldenfels, «già il porsi in un atteggiamento di attenzione influenza le reazioni elementari dei centri sensoriali del cervello»¹⁶⁵, e cioè la stessa percezione; sia perché l'attenzione data agli altri inaugura nuove prassi, mette in moto dei gesti, è una particolare e sensibile forma dell'ambito pratico: «l'attenzione è perciò capace di indicare un nuovo paradigma dell'agire»¹⁶⁶, perché c'è una differenza qualitativa tra l'agire con o senza attenzione. Essa

¹⁶³ Cfr. E. Pulcini, *La cura del mondo. Paura e responsabilità nell'età globale*, Bollati Boringhieri, Torino 2009. Nello specifico, sul ruolo dell'attenzione per la moralità cfr. S. Laugier, *Le sujet du care: vulnérabilité et expression ordinaire*, in P. Molinier, S. Laugier, P. Paperman, *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Éditions Payot & Rivage, Paris 2009, pp. 159-200.

¹⁶⁴ Come pure sottolinea Adorno, quando rileggere le considerazioni di Tronto, «fare attenzione [...] dovrebbe condurre a cambiare radicalmente il proprio comportamento poiché, d'altra parte, chi non fa attenzione alle conseguenze delle proprie azioni si comporta *ipso facto* in maniera immorale [...] il primo esempio di disattenzione immorale è Adolf Eichmann, che per Tronto era talmente concentrato sulla propria carriera da non rendersi conto delle conseguenze dei suoi atti. [...] Il secondo esempio di disattenzione morale è quello dei cittadini del primo mondo che non si rendono conto che le conseguenze del loro stile di vita hanno "come risultato la morte di fame di migliaia di persone o la schiavitù sessuale in Thailandia"» (F. P. Adorno, *Gli obblighi della cura*, cit., p. 103). Sul riferimento e la citazione interna cfr. J. Tronto, *Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura*, Diabasis, Parma 2006, p. 147.

¹⁶⁵ B. Waldenfels, *Soglie d'attenzione*, cit., p. 4.

¹⁶⁶ D. Cherubini, *Alterità e attenzione. Sul rapporto tra riconoscimento e giustizia in Simone Weil*, «Dialegesthai. Rivista di filosofia», 21 (2019), disponibile on line: <https://mondodomani.org/dialegesthai/articoli/davide-cherubini-01>, consultato il 26.01.2024.

rappresenta anche una modalità per rivelare, attestare e affermare secondo un rilievo morale l'esistenza: basti pensare al fatto che solo quando diamo attenzione ai viventi questi iniziano ad esistere *in un certo modo* per noi (come una pianta, un animale, un altro essere umano, oppure un problema ambientale o sociale). È solo allora che iniziamo a scorgerne i bisogni, le possibilità o i limiti e quindi ad intervenire concretamente in loro favore. Per dirlo con Valery «essa permette la novità. Getta un ponte, apre una strada / buca i tempi»¹⁶⁷. Perché *solo la vita che riceve attenzione esiste davvero e diventa un'esistenza alla quale dover rispondere. Ciò a cui non prestiamo attenzione non esiste per noi e nemmeno sollecita ad intervenire nei suoi confronti*.

Quando davvero prestiamo attenzione in senso etico, noi inauguriamo un comportamento di cura, «percepriamo le situazioni in modo diverso, attivo. Ciò cambia la percezione e le responsabilità che abbiamo nei confronti dell'agente morale e delle capacità stesse di essere agenti morali»¹⁶⁸. Se concepita in questi termini, avrebbe detto Simone Weil, allora l'attenzione diventa «come un dono gratuito e generoso [...]. L'attenzione è la forma più rara e più pura della generosità»¹⁶⁹ in cui «nessuno sforzo di autentica attenzione va mai perduto, anche quando non porti mai direttamente o indirettamente qualche risultato visibile»¹⁷⁰.

Per comprendere la connessione tra cura e attenzione possiamo inoltre ricordare che Joan Tronto, interrogandosi sulle fasi che connotano l'azione di cura, individua alcune *qualità morali* peculiari che ne scandiscono il processo e nelle quali l'esercizio dell'attenzione è una condizione di possibilità. La prima fase riguarda la capacità di *interessarsi a (caring about)*, in cui si notano dei bisogni insoddisfatti e dove, quindi, si «richiede la qualità morale dell'attenzione» che lei, riproponendo un concetto di attenzione simile a quello di Weil, definisce come una «sospensione del proprio interesse, e una capacità di guardare, realmente, dalla prospettiva di qualcuno che ha bisogno (infatti, potremmo essere attenti o disattenti ai nostri stessi bisogni)»¹⁷¹; segue il *prendersi cura (taking care of)* costituito dalla qualità morale della *responsabilità* che si preoccupa affinché qualcuno possa soddisfare tali bisogni; tuttavia, dato che assumersi la responsabilità non è già offrire cura vera e propria, occorre successivamente *prestare cura (care-giving)* che richiede la qualità della *competenza*, la quale «non è semplicemente una questione tecnica, ma morale»¹⁷²; infine si ha la *ricezione* della cura

¹⁶⁷ P. Valery, *Quaderni*, vol. IV, cit., p. 405.

¹⁶⁸ S. Laugier, *Etica e politica dell'ordinario*, LED Edizioni Universitarie, Milano 2015, p. 63.

¹⁶⁹ S. Weil, J. Bousquet, *Corrispondenza*, a cura di A. Marchetti, trad. it. di G. Gaeta, Se, Milano 1994, p. 13.

¹⁷⁰ Ivi, p. 37.

¹⁷¹ J. Tronto, *Cura e politica democratica. Alcune premesse fondamentali*, «La società degli individui», 38 (2010), pp. 36-37.

¹⁷² Ivi, p. 37.

(*care-receiving*) dove si valuta se la cura offerta sia stata efficace o meno, utile o dannosa, il che comporta la qualità morale della *responsiveness*, che forse più di tutte evidenzia la reciprocità sottesa alla cura, perché in questa fase dobbiamo dimostrarci capaci e “fare nostra” la risposta che proviene dall’altro. Perciò per Tronto, in piena linea con le considerazioni promosse dopo di lei nelle teorie del *care*, l’attenzione è sia ciò che apre uno spazio di cura, sia ciò che condiziona il suo svolgimento, dato che rappresenta la prima tappa di un processo articolato, complesso e partecipato dalla presenza degli altri. Per dirlo con Danani «attenzione, responsabilità, competenza, responsività sono quindi le virtù in cui la cura si manifesta e insieme le condizioni che la costituiscono: in un intreccio in cui ciascuno è implicato, contemporaneamente, come colui o colei che fornisce e che riceve cura»¹⁷³.

Pensare alla qualità morale dell’attenzione come una forma di *interesse a (caring about)*, richiama qui anche le considerazioni husserliane svolte precedentemente, conferendo loro uno spessore etico che, in precedenza, si era potuto solo intuire rispetto a quello che Husserl presentava come un grado del sentimento suscitato dall’interesse. Nelle etiche della cura, l’attenzione riguarda effettivamente una percezione di interesse sensibile, che mantiene una risonanza con l’altro, senza che questa risonanza venga ridotta a un sentimento privato o intimistico.

Ma c’è un ulteriore rimando, imprescindibile, che cuce le fila del nostro discorso. E cioè: questo senso di attenzione strettamente legato alla cura si dimostra compatibile con quella fenomenologia dell’attenzione che abbiamo delineato con Waldenfels? Possiamo individuare dei collegamenti di risonanza, di attinenza? In altri termini: è possibile pensare un rapporto tra il concetto di attenzione promosso dall’etica della cura e l’attenzione concepita da Waldenfels attraverso una fenomenologia responsiva? La risposta sembra positiva per diverse ragioni.

In primo luogo, perché pure Waldenfels presenta l’attenzione come una forma di rispetto nei confronti dell’altro, per cui sarebbe impossibile concepire l’attenzione completamente «libera da impulsi etici»¹⁷⁴. Ciò lo porta a sottolineare quanto «il rispetto, la considerazione, il riguardo sono strettamente legati tra di loro, molto di più di quanto non facciano credere i modelli che indagano sull’attenzione da un punto di vista cognitivo»¹⁷⁵. In secondo luogo perché, facendo un confronto tra la descrizione fenomenologica della dinamica dell’attenzione di Waldenfels e la definizione di cura offerta dalle teoriche del *care*, si scopre un’affinità tra le

¹⁷³ C. Danani, *Cura di sé, cura degli altri*, in F. Eustachi, M. Migliori, *Per la rinascita del pensiero critico*, Mimesis, Milano 2017, p. 51.

¹⁷⁴ B. Waldenfels, *Estraneo, straniero, straordinario*, cit., p. 171.

¹⁷⁵ Id., *Soglie d’attenzione*, cit., p. 8.

due dimensioni. Infatti, se da una parte Waldenfels descrive l'attenzione come un fenomeno suscitato e responsivo, patito e agito, altrettanto «la cura è in effetti un'attività consistente a percepire e a rispondere ai bisogni particolari degli altri, un valore identificante una maniera di percepirli e di rispondervi»¹⁷⁶.

In altre parole, così come l'attenzione sta sulla soglia – tra *pathos* e risposta, passività e attività, sollecitazione e direzione attenzionale – altrettanto la cura vive sulla soglia dell'incontro tra l'interesse, l'affezione scaturita da un sensibile riconoscimento del bisogno dell'altro (*pathos*), e il riscontro che si concretizza in gesto (*risposta*). In terzo luogo, se per le etiche del *care* l'attenzione è una percezione sensibile, Waldenfels indica anche la necessità di ripensare, grazie all'attenzione, a «un'etica “dal basso”, cioè un'etica che tiene conto delle richieste singolari e situate, prima ancora di orientarsi a norme universali, [capace di impartire...] una chiara lezione sull'*etica dei sensi*»¹⁷⁷. Un'etica plasmata dall'ascolto, dallo sguardo, dal tatto, dall'olfatto o dal gusto sensibili, i quali pure costituiscono dei vettori per la comprensione intersoggettiva dei bisogni e desideri altrui. Ovvero: da entrambe le prospettive, la sensibilità è in gioco nell'attenzione sia come disposizione ricettiva pronta ad intercettare l'altro, sia come base a partire dalla quale ripensare le forme di una risposta eticamente connotata.

Non solo: così come, per Waldenfels, perdere il rapporto reciproco tra *pathos* e *risposta* significa incorrere in forme patologiche di attenzione (o dove il *pathos* blocca la risposta o dove la risposta blocca il *pathos*), altrettanto «quando questa dualità è persa di vista, la cura può essere ridotta alla sua dimensione materiale e considerata come un'attività tecnica, indipendentemente dalle attitudini etiche messe in campo dai suoi attori»¹⁷⁸. Cioè, se l'attenzione di cura perde l'esperienza incarnata fatta di partecipazione, coinvolgimento, dimensione patica e dinamica responsiva, rischia di diventare un mero procedere tecnico, gesto di considerazione meccanico, proprio come quelli che potrebbe impiegare un robot chirurgico. Al contrario, occorre abitare questa dualità che rende l'attenzione una sensibilità e una forma di intervento, una percezione attenta e una postura esistenziale, un modo d'essere nelle

¹⁷⁶ M. Garrau, *Care et attention*, cit., p. 27 [trad. nostra]. Sebbene si definisca spesso la cura come capacità di rispondere ai bisogni e desideri altrui, ma non potendo approfondire qui la questione, va tuttavia precisato che la risposta a questi bisogni o desideri non può avvenire in maniera acritica o automatica. Infatti l'altro potrebbe anche voler desiderare di essere torturato, reso oggetto di violenza masochista, oppure dar adito a quello che Freud definiva impulso di morte. Ciò spinge a chiarire la risposta di cura quale frutto di una riflessione circa le buone e giuste condizioni a partire dalle quali rispondere ai bisogni altrui, che significa saper mettere questo bisogno dentro condizioni accettabili. Per un sollecito a tale questione, non debitamente affrontata dall'etica del *care*, cfr. A. Nicolini, *Cura dell'altro e ritualità sadomasochista*, in S. Chemotti (a cura di), *La cura come relazione con il mondo. Sapienza delle donne, costruzione o costrizione?*, il Poligrafo, Padova 2015, pp. 145-156.

¹⁷⁷ B. Waldenfels, *Estraneo, straniero, straordinario*, cit., p. 172.

¹⁷⁸ M. Garrau, *Care et attention*, cit., pp. 27-28 [trad. nostra].

situazioni. Per dirlo con Garrau, rintracciando un passo che risuona coerente col discorso di Waldenfels, «questa attenzione include un elemento passivo e un elemento attivo: essa presuppone la capacità di lasciarsi influenzare da ciò che accade e di riconoscere il proprio coinvolgimento emotivo nelle relazioni in cui ci troviamo; in cambio, questa sensibilità è vista come il vettore di una capacità di percepire la situazione nel dettaglio e in tutta la sua complessità»¹⁷⁹.

Se l'attenzione vive sulla soglia, altrettanto l'attenzione di cura è zona di incontro, luogo di passaggio e scambio, sulla quale si ripropone appieno la dinamica viva di passione e azione. Dove, cioè, prestare attenzione è sia farsi riempire dalla presenza altrui, sia esserci, partecipare in modo coinvolto, rispondere donando quell'attenzione che è qualità etica per la cura dell'altro.

6. Per una epistemologia dell'attenzione clinica

A questo punto della riflessione si possono articolare alcune domande: che tipo di attenzione accompagna il momento dell'incontro clinico? È possibile, pur distinguendo, non separare i molti sensi dell'attenzione quando si offre cura? Perché, sebbene sia vero che l'attenzione dei medici sia soprattutto un'attenzione che va a rintracciare segni, sintomi ed "evidenze" – almeno per come abbiamo ripensato questo termine a fronte di quella riconfigurazione percettiva che caratterizza lo sguardo medico –, è anche vero che non si può prescindere dall'offrire alla persona malata una particolare attenzione di cura e considerazione, quell'attenzione che fa dell'incontro clinico un atto morale e un'arte relazionale, non solo una prestazione tecnica. Perciò *come* pensare un'attenzione all'altezza di questo compito? Per farlo dobbiamo riprendere l'esperienza che vive la persona e di cui ci siamo occupati nel primo capitolo.

Ciò che vive una persona malata è qualcosa di complesso, irriducibile a un elenco di sintomi fatto di cause ed effetti. Ogni malattia è un "assalto ontologico"¹⁸⁰ che lacera la trama esistenziale e costringe a vivere un'esperienza nel mondo del tutto differente da quella precedente la malattia. Non si ha una malattia nel corpo, ma si vive e incarna una malattia nell'esistenza, con tutto ciò che questo significa. Quando un paziente percepisce l'insorgenza

¹⁷⁹ Ivi, p. 50 [trad. nostra].

¹⁸⁰ Cfr. E. D. Pellegrino, *Toward a Reconstruction of Medical Morality: The Primacy of the Act of Profession and the Fact of Illness*, «The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine», 4 (1/1979), pp. 32–56.

della malattia, e sente questo assalto ontologico che turba il normale vivere quotidiano, accade che la storia di vita di una persona subisca un cambiamento, la malattia «disfa una narrazione»¹⁸¹: come l'improvviso colpo di scena in un romanzo, dove si rompe ogni equilibrio e la storia prende una piega inaspettata. Dal punto di vista della persona malata ciò significa anche ripensare la propria storia di vita, le cose da fare, le priorità, cambia l'orizzonte temporale e si deve riscrivere pure la propria esistenza, narrarla diversamente.

Questo porta a considerare come, nella maggior parte dei casi, l'esperienza di malattia (*illness*) accada prima della malattia (*disease*): è qualcosa che precede la sua etichettatura diagnostica, perché prima la persona vive un malessere, inizia a percepirlo e a raccontarlo (a sé stesso o agli altri), e solo dopo consegna questa narrazione a un medico, il quale solo in seconda battuta dà *un nome* a quel malessere tramite la propria diagnosi. Anzi, ciò che una persona malata consegna a un medico, diventando così un paziente, è proprio la narrazione di tale esperienza, il racconto della sua storia di vita turbata. Andare dal medico significa narrare cosa sta accadendo al corpo, quali percezioni nuove si vivono nel mondo ed è ascoltando questa narrazione che il medico tenta di ricostruire o dare senso a quel malessere. Se, come avviene nella maggior parte dei casi, il paziente è cosciente e capace di parlare, è solo questo racconto che i medici incontrano in prima battuta: prima il medico ci chiede di raccontare e dirgli cosa proviamo, e solo dopo ci chiede di spogliarci per procedere con quello che, nella terminologia medica, costituisce l'*esame obiettivo* del corpo.

Perciò la pratica medica è profondamente intessuta dalla presenza della narrazione, che assume un rilievo di non poco conto¹⁸². La medicina è intessuta di parole e racconti: quelli che i pazienti fanno ai medici o che i medici fanno ai pazienti; quelli che i professionisti della salute condividono tra loro o quelli che i familiari si aspettano; le parole di sofferenza, le metafore che diciamo per esprimere il dolore e dargli una forma comprensibile¹⁸³, fino ad arrivare alle narrazioni pubbliche su certe patologie o pratiche sanitarie.

Accogliere questo racconto non può essere considerato un passaggio accessorio o utile solamente per fini di ricerca clinica: esso non rappresenta solo la narrazione di sintomi impreveduti o effetti dolorosi. Quando racconta, il paziente sta consegnando parte della propria storia personale, delle proprie aspettative e cadute, dei desideri e di ciò che sembra ostacolarli. Ascoltare l'esperienza narrata è ciò che mette un medico tanto nella condizione di formulare

¹⁸¹ V. Costa, *Trame corporee. La cura come riconfigurazione*, in L. Alici, S. Bignotti (a cura di), *Cura e narrazione. Tra filosofia e medicina*, «Humanitas», 78 (2/2023), pp. 250-251.

¹⁸² Cfr. M. Marinelli, *Medicina tra scienza e narrazione*, in L. Alici, P. Nicolini (a cura di), *L'umano e le sue potenzialità tra cura e narrazione*, Aracne, Canterano 2020, pp.125-145.

¹⁸³ Cfr. S. Sontag, *Malattia come metafora e L'aids e le sue metafore*, trad. it. Nottetempo, Milano 2020.

una diagnosi e proporre un adeguato il piano terapeutico, quanto di dare valore al paziente e alla sua storia.

In questo senso, prestare attenzione alla narrazione permette di costruire una reciprocità tra medico e paziente, è la base accogliente di una postura non indifferente all'altro, lastrica la strada per la costruzione di fiducia e per realizzare una buona concordanza terapeutica. L'attenzione da impiegare nella clinica, in tal modo, è proteiforme: deve essere sia di tipo *percettivo* (vedere, auscultare, tastare...), sia di tipo *selettivo* (far emergere certe figure, considerare delle evidenze), sia di tipo *relazionale*, secondo quell'attenzione che offre ascolto al racconto di malattia. E poiché la pratica clinica è pervasa dalla narrazione e dalle storie delle varie esperienze, ogni medico dovrebbe sviluppare delle vere e proprie *competenze alla narratività*, che rilevino, colgano e valutino i modi in cui la narrazione può contribuire alla delineazione di una migliore diagnosi, alla costruzione di un piano terapeutico più aderente e quindi anche ad una migliore prognosi. Sono aspetti che rientrano tutti nel paradigma promosso dalla *Medicina Narrativa*, che si presenta, da sempre, come un approccio non alternativo, ma complementare al paradigma dell'*Evidence Based Medicine*.

Per usare le parole di Rita Charon, la massima teorica della *Medicina Narrativa*, si dovrebbe ripensare la pratica clinica dentro «un orientamento teorico che considera la narrazione come una via per la consapevolezza, l'impegno, la responsabilità, l'eticità, l'empatia»¹⁸⁴. A questo proposito Charon propone di ripensare la scansione dell'incontro clinico attraverso tre principali momenti: la sua proposta è interessante per il nostro discorso, in quanto va a conferma di alcune nostre considerazioni. È opportuno, perciò ripercorrere qui brevemente le tappe che contraddistinguono la *Medicina Narrativa*, per poter poi offrire un approfondimento su come la sua idea di attenzione debba essere ripensata dentro un più solido quadro epistemologico.

Nella prima fase, non a caso, abbiamo quello che Charon definisce il momento dell'*Attenzione*. La sua importanza non è da trascurare perché, con le sue parole, «ogni tentativo di cura comincia da qui»¹⁸⁵. È una postura di avvicinamento, un momento preparatorio e propedeutico all'incontro clinico, è ciò che accompagna, istruisce e va a caratterizzare qualitativamente la relazione medico-paziente, sapendo che, «ancora prima di dare avvio alla serie di operazioni che culmineranno nella diagnosi e nella terapia [i medici danno...] testimonianza alla sofferenza»¹⁸⁶. Nella seconda fase, abbiamo la *Rappresentazione* che indica

¹⁸⁴ R. Charon, *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2019, p. 145.

¹⁸⁵ Ivi, p. 146.

¹⁸⁶ Ibidem.

la creazione della trama narrativa, del racconto vero e proprio fatto dal paziente, il quale dà conto della propria esperienza di malattia, consegna la sua storia, e il medico è chiamato a riconfigurare questo racconto, a farlo proprio, a raccontare la propria prospettiva di medico, magari dentro la scrittura di un racconto o di quella che Charon chiama la *cartella parallela*. La *Rappresentazione*, perciò, rappresenta il cuore pulsante della pratica narrativa in medicina e tra *attenzione* e *rappresentazione* esiste un legame strettissimo in quanto l'una non si dà senza l'altra. Infine, si ha l'*Affiliazione*¹⁸⁷ che indica quel momento culminante della relazione in cui i professionisti della salute e i pazienti si sentono in risonanza, trovano una corrispondenza reciproca sul piano dell'affettività, della comprensione sensibile e intellegibile¹⁸⁸.

Richiamando le considerazioni psicoanalitiche di Donald Moss¹⁸⁹, Charon definisce l'*affiliazione* pure come *una forma di contatto*, che evita le pratiche dell'abbandono e trasmette un senso di fiducia e sicurezza. L'*attenzione* e la *rappresentazione* precedono e rendono possibile questo terzo momento, ma è proprio nell'*affiliazione* che si matura la consapevolezza, crede Charon, che «costruiamo una comunità anche senza saperlo [perché...] *i nostri atti narrativi condivisi ci permettono di connetterci in diadi di cure efficaci con i singoli pazienti e con i colleghi, all'interno di collettività professionali coerenti*»¹⁹⁰. Questi tre momenti scandiscono la prassi della *Medicina Narrativa*, che secondo Charon ogni professionista della salute dovrebbe maturare, coltivare e affinare nella pratica quotidiana¹⁹¹.

Ma se si approfondisce il concetto di attenzione promosso da Charon si scopre che essa ne dà un profilo molto particolare, in qualche modo parziale e che richiede fortemente un'articolazione ulteriore. Per Charon l'attenzione rappresenta «uno stato complesso, impegnativo e difficile da raggiungere, che richiede uno svuotamento di sé»¹⁹² in cui si mettono «a tacere le distrazioni interne per potersi focalizzare sull'ammalato»¹⁹³. Sono richiamate diverse tradizioni culturali, soprattutto orientali, tanto che verrebbe spontaneo chiedersi se, o in che misura, queste tradizioni possano essere effettivamente recepite e messe in pratica in un

¹⁸⁷ Per correttezza dichiariamo la scelta di usare qui il termine originale impiegato da Charon (*affiliation*) poiché ci sembra più concorde al significato delle sue intenzioni mentre, nella ricezione italiana del testo, questo termine è stato tradotto con *connessione*.

¹⁸⁸ Charon ha offerto anche un parallelismo tra questi tre momenti e la triplice Mimesis offerta da Paul Ricoeur, così che l'*attenzione* corrisponderebbe a *Mimesis I*, la *rappresentazione* a *Mimesis II* e l'*affiliazione* a *Mimesis III* (Cfr. P. Ricoeur, *Tempo e racconto*, vol. I, trad. it. Jaca Book, Milano 1986).

¹⁸⁹ Cfr. D. Moss, *Hating in the First Person Plural: Psychoanalytic Essays on Racism, Homophobia, Misogyny, and Terror*, Other Press, New York 2003.

¹⁹⁰ R. Charon, *Medicina Narrativa*, cit., p. 165 [corsivi dell'autrice].

¹⁹¹ Cfr. Id. et al, *The Principles and Practice of Narrative Medicine*, Oxford University Press, Oxford 2016, in particolare R. Charon, *A Framework for Teaching Close Reading*, pp. 180-207.

¹⁹² Id., *Medicina Narrativa*, cit., p. 146.

¹⁹³ Ibidem.

contesto occidentale. Si fa riferimento alla *mindfulness*, alle pratiche contemplative come il buddismo zen o tibetano, il sufismo, la meditazione trascendentale e le pratiche di yoga che permetterebbero di accrescere la capacità di intuizione e di immaginazione. Il riferimento a queste pratiche, per Charon, è essenziale nella misura in cui esse portano allo *svuotamento*, ad una *sospensione dell'io*, un far posto all'altro o addirittura un tentativo di dare voce all'altro con la propria presenza muta. Non a caso si cita l'esempio del ventriloquo e, offrendo la sua esperienza di medico, afferma: «agiamo alla stregua di ventriloqui per dare voce al paziente [...] molte informazioni ci arrivano dai silenzi, dai gesti, dalle espressioni e dalla postura, oltre che dagli accertamenti, dalla diagnostica per immagini e dalle analisi di laboratorio»¹⁹⁴.

Perciò non sorprende che in Charon, come immagine paradigmatica, si faccia molto spesso riferimento alla *grande e vuota coppa di attenzione* che, nel romanzo *Le ali della Colomba* di Henry James, il personaggio del dottor Sir Luke rivolge alla paziente Milly per dimostrarsi un dottore attento, predisposto all'ascolto e sensibile nei suoi confronti¹⁹⁵. Come «Sir Luke *sospende sé stesso* per ascoltare Milly»¹⁹⁶, così un medico, secondo Charon, dovrebbe rinunciare temporaneamente al proprio io per far emergere l'io del paziente. Il movimento intenzionale dell'attenzione medica dovrebbe essere perciò quello di dislocarsi, retrocedere, desistere al giudizio affinché il vuoto creato diventi spazio di ascolto e palcoscenico per la persona che racconta la propria storia di malattia, così da «offrire all'ammalato tutto quello che sappiamo in quanto individui, per fargli spazio con la giusta generosità e umiltà, con intuito ed empatia, con la capacità di rendere testimonianza ed essere presenti»¹⁹⁷.

Questa idea di attenzione si avvicina molto alle riflessioni di Simone Weil e Iris Murdoch¹⁹⁸ – autrici che Charon cita *en passant* – e nelle quali l'attenzione è «tanto piena che "l'io" vi scompare»¹⁹⁹, come dice la prima, oppure, dove l'attenzione ha un ruolo «anche nei momenti apparentemente vuoti o quotidiani, trasformando quelle piccole osservazioni in sforzi di immaginazione che producono risultati cumulativi importantissimi»²⁰⁰, come crede la seconda.

L'idea proposta da Charon è sicuramente meritevole di considerazione, tanto più che ella è stata tra le prime ad evidenziare l'importanza dell'attenzione nella prassi clinica, in una

¹⁹⁴ Ibidem.

¹⁹⁵ James scrive: «così limpida era la grande e vuota coppa d'attenzione che egli pose fra loro due a tavola» (H. James, *Le ali della colomba*, trad. it. Rizzoli, Milano 1995, p. 193).

¹⁹⁶ R. Charon, *Medicina Narrativa*, cit. p. 147.

¹⁹⁷ Ivi, pp.147-148.

¹⁹⁸ Cfr. S. Caprioglio Panizza, *The Ethics of Attention. Engaging the Real with Iris Murdoch and Simone Weil*, Routledge, New York 2022.

¹⁹⁹ S. Weil, *L'ombra e la grazia*, trad. it. Se, Milano 2021, p. 113.

²⁰⁰ I. Murdoch, *Esistenzialisti e mistici. Scritti di filosofia e letteratura*, trad. it. Il Saggiatore, Milano 2006, p. 334.

accezione peraltro che si integra molto bene con l'idea di cura. Tuttavia, essa sembra sbilanciare troppo la dinamica di attenzione sul versante patico o passivo, il quale costituisce solo una faccia della medaglia. Non c'è solo un'attenzione che si lascia suscitare e riempire dall'altro, ma, nella clinica, l'attenzione deve diventare pure un'azione creatrice e trasformatrice quando considera l'altro in un certo modo (Merleau-Ponty), lo segue attivamente e con interesse (Husserl) e tenta di darsi come risposta creativa (Waldenfels) o concreto gesto di cura (Ethics of Care).

Per tali motivi, pur accogliendo la proposta teorica di Charon, dal punto di vista di un'epistemologia dell'attenzione in ambito medico si deve anche riconoscerne i limiti, perché il concetto non sembra tenere debitamente conto di tutti gli aspetti di quel fenomeno nomade, ibrido e sfaccettato che è l'attenzione. Questa critica sembra tanto necessaria quanto paradossale se si pensa al fatto che, proprio Charon, poco prima di approfondire nel suo testo la propria idea di attenzione, aveva parlato della relazione terapeutica suggerendo una metafora molto prossima alla dinamica responsiva, paragonandola all'immagine del movimento cardiaco. Nel suo esempio, così come il cuore ha un movimento *diastolico* che riceve energia, riempie le proprie arterie di sangue, e un movimento *sistolico* che, invece, rilascia energia e dà impulso vitale al resto dell'organismo, altrettanto la relazione vivrebbe di queste movenze.

Anche in questo caso Charon parla in prima persona, come medico, e afferma:

Da un lato, usiamo il cervello in maniera dinamica: diagnosticiamo, interpretiamo, formuliamo ipotesi, suggeriamo significati, facciamo accadere alcune cose. È il lavoro sistolico: immettere energia, elaborare una trama, guidare l'azione. Quasi allo stesso tempo, o alternativamente, recepiamo, accogliamo, ci distendiamo, per arrivare a un'accettazione oceanica di quello che il paziente ha da offrire. È la fase diastolica: aspettare, dare attenzione, riempirsi della presenza dell'ammalato. Il cuore agisce grazie a questi due movimenti. Il malfunzionamento dell'uno o dell'altro è catastrofico.²⁰¹

Tuttavia, come è evidente, in questa metafora della relazione ella colloca l'attenzione solo nel momento diastolico, quando in realtà essa appartiene anche a quello sistolico e la metafora può ben riferirsi alla più articolata dinamica attenzionale. O per meglio dire, prestare attenzione nella clinica è corrispondere appieno all'espressione: *al cuore dell'attenzione alla persona c'è tanto di passività e attività*. Si ha ragione di credere che, quando si perde questa movenza duale e unitaria al tempo stesso, i risultati possano essere catastrofici. Infatti se si pratica un'attenzione "requisita" dalla dimensione patica nei confronti del paziente, o dove essa diventerebbe in modo prevalente un sinonimo di empatia, il rischio è che l'attenzione si sbilanci e non riesca a trasformarsi in risposta. Questa critica non è solo di tipo teorico, non riguarda soltanto la ricerca

²⁰¹ R. Charon, *Medicina Narrativa*, cit., p.146.

di una coerenza metodologica rispetto ai discorsi che abbiamo fatto finora, ma sono gli stessi medici, spesso, ad evidenziare il rischio che la cura si affossi, diventi incapace di svilupparsi, non permettendo al medico di realizzare il proprio compito²⁰². Sembra paradossale, ma di fronte a un appello pubblico che incalza i medici affinché siano maggiormente empatici con i propri pazienti – appello promosso anche dalla stessa Charon, peraltro – si deve anche evitare di non cadere nell'estremo opposto.

Riecheggiano qui le considerazioni di Waldenfels: da un lato, ciò che per lui era la soglia tra *pathos* e *risposta*, in Charon possiamo ritrovarla nella metafora del cuore come lavoro *diastolico* e *sistolico* rispetto alla relazione terapeutica; dall'altro, se si pensa a quando Charon scrive che i due momenti – sistolico e diastolico – si danno «quasi allo stesso tempo, o alternativamente», ritroviamo quel movimento che Waldenfels aveva rintracciato nell'immagine della *diastasi*. Tuttavia, l'incontro tra queste prospettive è possibile – e, per ciò che a noi interessa, il carattere dell'attenzione nella clinica diviene convincente – solo se la stessa metafora viene applicata all'attenzione stessa nel suo complesso, cosa che Caron non fa, avendo una predilezione solo per la recettività, la sospensione o l'attesa.

Un ultimo punto merita di essere considerato. Ci siamo qui concentrati a descrivere l'attenzione come una disposizione, una caratteristica che riguarda prevalentemente la persona e la sua relazione col mondo e che potremmo definire come una disposizione *personale* o *abituale*, ma dall'altro non si devono trascurare anche le condizioni *strutturali* entro le quali si esercita ed è influenzata la prima: c'è un lavoro *personale* da fare dal punto di vista del comportamento *abituale*, da formare e coltivare come una certa postura; c'è un lavoro *strutturale* che va fatto sull'istituzione medico-universitaria quando guida l'attenzione medica verso certi fini diagnostici o terapeutici. L'attenzione è duale (non dualista) anche perché vive di questo duplice fronte: *strutturale* e *personale/abituale*. Solo in questo modo l'approccio della *Medicina Narrativa* è davvero complementare alla *Medicina basata sulle evidenze* e non soltanto un accessorio o una sorta di accompagnamento.

A tal proposito, non sorprende che Waldenfels sul crinale tra tali dimensioni – *personale* e *strutturale* – collochi proprio la capacità diagnostica del medico, quando afferma che «questa duplice formazione dell'attenzione, per metà strutturale e per metà abituale, svolge un ruolo decisivo nei diversi mondi occupazionali, e ciò nella misura in cui, per esempio, offre supporto

²⁰² Così pure Costa e Cesana, quando evidenziano che «un infermiere che assorbe la depressione di un malato terminale forse non si viene a trovare nelle migliori condizioni possibili per svolgere una funzione di aiuto, sicché questa empatia potrebbe danneggiare la relazione di cura» (V. Costa, L. Cesana, *Fenomenologia della cura medica*, cit., p. 117).

tanto alla diagnosi medica quanto al fiuto investigativo»²⁰³. Se da un lato non si deve svalutare quell'attenzione di cura che conferisce rilievo etico alla relazione clinica, dall'altra si deve altrettanto riconoscere come i «sintomi che danno all'occhio, come per esempio le chiazze rosse sulla pelle [solo...] allo sguardo attento di un dottore si presentano come segni di una febbre imminente»²⁰⁴, mentre per chiunque altro possono non avere particolare importanza: ed entrambe le questioni sono rilevanti nella relazione medico-paziente.

Quindi, affinché possa darsi al tempo stesso come *selezione* cognitiva e *gesto* di considerazione, abilità che *attenziona* il corpo e *presta attenzione* all'esperienza di malattia, come *disposizione* della percezione e *postura* relazionale, *abitudine* e *struttura*, *capacità incarnata* e *qualità morale*, l'attenzione nella relazione clinica deve vivere in maniera interrelata e reciproca di tutte le sue molte sfaccettature: diversamente, si provocherebbe uno sbilanciamento che protenderebbe troppo o sul lato della compassione, che non offre risposta, o su quello della competenza asettica che non offre riconoscimento accogliente. Anche nella clinica l'attenzione vive sulla soglia, con il proprio carattere nomade e ibrido: *qui* e *là*, tra ciò che *viene a me* e ciò che *viene da me*; tra il corpo che abbiamo e che siamo. È letteralmente l'apertura del *tra* nella relazione tra medico e paziente.

²⁰³ B. Waldenfels, *Estraneo, straniero, straordinario*, cit., p. 166.

²⁰⁴ *Ibidem*.

CAPITOLO III

Negli ambienti digitali

Percepire e prestare attenzione negli ambienti digitali: una questione inedita

Il primo capitolo di questo lavoro ha messo a tema l'esperienza di malattia e, a partire da questa, alcuni elementi fondamentali di cui si compone la relazione medico-paziente: in particolare, considerando che i medici hanno una certa percezione del corpo o della malattia, che può essere soggetta a rischi di riduzionismo, occorre non cedere a criteri meramente quantitativi, più facilmente accertabili ma insufficienti. Il secondo capitolo, individuando nell'attenzione un fattore fondamentale e un nodo teoretico-pratico di tale relazione, ha approfondito i molti modi in cui essa si dice e si dà, ha cercato di analizzarla nella sua complessità, di metterne in luce i tratti e coglierli in particolare nella relazione di cura.

Tenendo conto di una tendenza che sembra sempre più affermarsi e globalizzarsi, riteniamo di fondamentale importanza riflettere ora sulla condizione peculiare in cui la relazione medico-paziente, e l'attenzione che la dovrebbe caratterizzare, viene a trovarsi nella trasformazione degli ambienti in senso sempre più digitale. Ad uno sguardo ingenuo si potrebbe pensare che, in fondo, nel digitale si ripropongono le stesse dinamiche di un ambiente fisico, si ripresentano gli stessi problemi, al massimo da gestire con strumenti diversi.

Tuttavia non è così: il digitale riscrive le occasioni, mette in scena diversi copioni e, talvolta, stratifica vecchi problemi sotto nuove possibilità, si creano nuove prassi, abitudini, modi di concepire e relazionarsi.

Nel corso degli ultimi anni numerosi studi hanno iniziato a indagare diversi temi: ad esempio come la tecnologia digitale impatti la gestione sanitaria, quanto gli algoritmi siano performanti nel “leggere” e trattare i dati clinici, come riuscire ad aggregare i dati stessi per ottenere diagnosi e terapie in modo digitale. Si tratta di studi, a un livello generale, che si preoccupano di mantenere alta la promessa della medicina, non riducendola mai a una semplice prestazione tecnica, seppur sempre più mediata dalla tecnologia.

La maggior parte di questi studi, nazionali e internazionali, si è incentrata molto sull'etica della tecnologia, studiando le diverse fasi del suo possibile intervento: dalla progettazione, alla sperimentazione, all'utilizzo. Ci si è interrogati su come regolamentare eticamente, ma anche come normare dal punto di vista giuridico, la realizzazione e l'applicazione delle tecnologie digitali: dopo il *Libro Bianco* del 2020, l'Europa sta approvando il cosiddetto AI ACT, poiché si è ben consapevoli che nella partita di una “intelligenza artificiale affidabile” ne va dell'esistenza collettiva e del benessere della società democratica.

Un altro fronte su cui riflettere, e tuttavia non meno rilevante, è come la tecnologia digitale, offrendo un nuovo ambiente alla relazione medico-paziente, porti a riconfigurare i modi di vivere la relazione di cura, la ricerca della salute e la lotta alla malattia, come il digitale trasformi l'esperienza dell'esser paziente e dell'esser medico. Si tratta di un apporto alla crescita di consapevolezza e coscienza collettiva rispetto ai cambiamenti avvenuti o che stanno avvenendo, il cui orizzonte non è meno importante di quello normativo e neppure di quello tecnologico: consente di abitare il presente con coscienza critica, pur tra la risacca dei dubbi e le presunzioni di sapere, per non correre il rischio, di fronte a tante luccicanti e anche preziose novità, di diventare ciechi rispetto a ciò che è essenziale.

Qualunque idea è effettivamente un incrocio instabile e mutevole tra me e qualunque cosa io stia incontrando. Per estensione, il pensiero non avviene dentro di me ma, in un certo senso, tra ciò che percepisco come io e non-io.

Jenny Odell¹

1. La gestazione del cambiamento

Pensando alle trasformazioni che il nuovo progresso tecnico e scientifico stava apportando nel campo della medicina, nel suo testo *Il medico nell'età della tecnica* Jaspers notava un fatto rilevante: «si sente dire: quanto più crescono conoscenza e competenza, quanto più le apparecchiature per la diagnostica e la terapia aumentano le loro prestazioni, tanto più è difficile trovare un buon medico, anzi, trovarne in assoluto uno»².

Una considerazione di non poco conto, pesante quanto una denuncia sociale, che sembra accusare i professionisti della salute, a fronte dell'avanzamento tecnico, di giocare a nascondino coi propri pazienti. Certo sarebbe difficile negare i vantaggi che ogni processo di innovazione comporta, tanto più in campo sanitario dove l'aspettativa di vita e di successo terapeutico sono notevolmente cresciuti nel corso del tempo, ma sebbene il raggio delle conoscenze aumenti, insieme alle capacità di intervento e agli strumenti di trattamento, questo non significa una minor rilevanza di chi è chiamato a saper ben impiegare quelle conoscenze e quegli strumenti.

Per questo le parole di Jaspers, scritte verso la fine degli anni '80 del secolo scorso, valgono come un monito da far risuonare anche oggi, tanto più a fronte di un panorama che registra come molti pazienti lamentino una diminuzione delle occasioni di incontro e confronto; un aumento esponenziale delle apparecchiature ma una diminuzione progressiva delle abilità comunicative e di vera attenzione alla persona; un accrescimento delle terapie ma la riduzione di un senso di cura integrale.

Il progresso tecno-scientifico ha certamente incrementato le possibilità della medicina, unitamente agli strumenti diagnostici e terapeutici. Un'evoluzione da concepire anche come il frutto di un investimento industriale ed economico³ che ha contribuito a mutare radicalmente

¹ J. Odell, *Come non fare niente. Resistere all'economia dell'attenzione*, trad. it. Hoepli, Milano 2021, pp. 148-149.

² K. Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 1991, p. 47.

³ A tal proposito l'OMS nel 2010 ha istituito il *Global Observatory for the e-Health* con lo scopo di comprendere e valutare la diffusione dei servizi di telemedicina: tra le altre cose si evidenzia l'alto costo da sostenere nella fase di implementazione per la diffusione della telemedicina. Cfr. Organizzazione Mondiale della sanità, *Telemedicine. Opportunities and Developments in members states*, Report on the Second Global Survey on e-Health, Ginevra 2010. Per un documento più aggiornato cfr. F. Saigí-Rubió, I. J. Borges do Nascimento, N. Robles, K. Ivanovska, C. Katz, N. Azzopardi-Muscat, D. Novillo Ortiz, *The Current Status of Telemedicine Technology Use*

l'assetto della sanità, in generale, e della pratica clinica, in particolare, con conseguenze anche sulla relazione tra medici e pazienti.

Il panorama tecnologico odierno ha riconfigurato i luoghi di incontro con i professionisti della salute: sembra del tutto paradossale ma quella che Jaspers chiama la “difficoltà nel trovare un medico” deriva dal fatto che l'assistenza sanitaria, oggi, può trovarsi potenzialmente ovunque, in modi e secondo possibilità di accesso inedite. Se fino a qualche anno fa era per lo più necessario recarsi nell'ambulatorio nel proprio medico di base, chiedere a lui direttamente delle prescrizioni e la migliore terapia da seguire, oramai è possibile avere dei consulti a distanza, alcune analisi si possono svolgere direttamente da casa, magari mentre si passeggia distrattamente, semplicemente indossando un *wearable*⁴, mentre alcuni dispositivi inviano segnali di allerta per ricordare di assumere farmaci. Non solo: alcuni apparati li rilasciano direttamente e in modo automatico nel corpo, esonerando il paziente dalla preoccupazione di stare ai giusti intervalli o di capire la giusta dose⁵.

La figura del medico, se la intendiamo non come una presenza “in persona” ma simbolicamente come la disponibilità di un sapere messo al servizio dell'ammalato, è comunque “presente”: *vicino* a noi, *attorno* a noi o addirittura *impiantata* in noi. Il medico è allora difficile trovarlo, diremmo con Jaspers, proprio perché pare disseminato in molte possibilità: nel dispositivo indossabile che misura la pressione arteriosa, nello *smartwatch* che monitora l'ossigenazione e la saturazione sanguinea, nell'impianto incorporato che, puntualmente alla stessa ora, rilascia una dose di insulina alla persona diabetica; può essere perfino nello *smartphone* che il paziente tiene distrattamente in tasca mentre questo invia tutti i parametri monitorati durante la giornata, comunicando eventuali anomalie o se tutto proceda secondo la norma⁶. Ecco il paradosso: è difficile trovare il medico in ciascuna di queste

Across the World Health Organization European Region: An Overview of Systematic Reviews, «Journal of Medical Internet Research», 24 (2022), doi: [10.2196/40877](https://doi.org/10.2196/40877).

⁴ Secondo la definizione di Collecchia e De Gobbi, si tratta di «dispositivi indossabili, costituiti da uno o più biosensori, dotati o meno di IA, che, inseriti su capi di abbigliamento quali orologi (smartwatch), magliette, scarpe, pantaloni, cinture, fasce (*smart clothing*), occhiali (*smartglasses*), possono rilevare e misurare diversi parametri biologici (frequenza cardiaca, variazioni spirometriche, saturazione di ossigeno, temperatura corporea, pressione arteriosa, glucosio, sudore, respiro, onde cerebrali) e fornire informazioni utili sullo stile di vita (attività fisica, sonno, alimentazione, calorie consumate)» (G. Collecchia, R. De Gobbi, *Intelligenza artificiale e medicina digitale. Una guida critica*, Il Pensiero Scientifico, Roma 2020, p. 57).

⁵ È il caso delle cosiddette *terapie digitali* le quali, tra le molte e diverse applicazioni, prevedono l'impianto, nel paziente, di un dispositivo che rilascia al bisogno la giusta dose di farmaco grazie al comando impartito da un segnale dello *smartphone* e l'intermediazione di un cerotto fungente da centralina. Cfr. G. Gussoni (ed.), *Terapie digitali, un'opportunità per l'Italia*, Passoni Editore, Milano 2021.

⁶ Basti pensare al capo *Apple Watch* che sfrutta sensori per elaborare previsioni su determinate patologie o consigliare controlli medici. Oppure si pensi a *Cardiogram*, una app che sfruttando gli stessi sensori di *Apple Watch*, secondo uno studio condotto su 6000 persone, è stata in grado di rilevare l'apnea nel sonno su 1.016 partecipanti e l'ipertensione su 2.230. Cfr. R. Ascione, *Il futuro della salute. Come la tecnologia digitale sta rivoluzionando la medicina (e la nostra vita)*, Hoepli, Milano 2018, in particolare pp. 3-16).

interazioni, anche se il suo controllo non sembra mai essere stato così presente, per quanto in modo ineffabile.

È così che la relazione clinica sta cambiando il proprio volto, redistribuendo le posizioni dei suoi protagonisti e mutando la maniera del loro darsi: il che significa minore presenza nello spazio fisico dell'incontro, tra medici e pazienti, ma maggiore monitoraggio spalmato nel tempo di vita e nei luoghi quotidiani vissuti dalla persona malata. Infatti, come affermano i due medici Collecchia e De Gobbi, «le tecnologie stanno trasformando i tempi e gli spazi della salute, in particolare attraverso il monitoraggio continuo delle persone, a casa, durante il tempo libero e anche sui luoghi di lavoro, registrando gli eventi che accadono durante i cosiddetti “altri 362 giorni all’anno”, quando i pazienti non sono visti dai sanitari»⁷.

Tutto ciò è reso possibile sia da uno sviluppo tecnologico che inserisce nelle trame del rapporto medico-paziente apparecchiature sempre più sofisticate, sia dallo sviluppo di nuove premesse di intervento medico, non più dipendenti da un rapporto in presenza con il paziente, ma fiduciose dei dati trasmessi dalle macchine. Il rapporto medico-paziente si configura diversamente negli ambienti digitali, che sono ancora ambienti fisici ma di certo trasformati e complessificati dalla nuova tecnologia: all'interno di tali ambienti si creano nuove occasioni, nuove pratiche e la cura stessa assume un nuovo profilo.

Non solo: col mutare delle occasioni di incontro, mutano pure molti dei concetti che tradizionalmente facevano parte del lessico medico, e che negli ambienti digitali acquistano nuovi significati, come il concetto di salute o l'esperienza di malattia. Si tratta di un mutamento che investe tanto le ontologie e i concetti della medicina, quanto le pratiche che accompagnano la clinica, come ad esempio l'attenzione che un medico riserva al paziente. Tali aspetti richiedono di essere analizzati e compresi criticamente, sia per non subire in modo inconsapevole e passivo la trasformazione in atto, sia per fugare (e semmai ripensare) lo scivolamento in possibili forme di riduzionismo che, se già possono essere una patologia del paradigma biomedico, con le nuove tecnologie possono assumere forme nuove, esacerbarsi o sommarsi alle precedenti.

Senza farsi prendere troppo la mano da una critica ingenua, che talvolta assume le forme di una nostalgica mitizzazione del passato, si deve tener conto che questi mutamenti si inscrivono dentro un contesto storico più articolato, antecedente allo stesso sviluppo delle nuove tecnologie, che non può essere considerato a partire dalla sola presenza dei nuovi dispositivi. La medicina ha sempre cercato di avanzare e tenere il passo con la complessità della

⁷ G. Collecchia, R. De Gobbi, *Intelligenza artificiale e medicina digitale*, cit., p. 55.

realtà, che comprende anche i significati culturali e sociali di salute e malattia, vede l'insorgere di nuove patologie e plurime co-morbilità, trasformarsi i bisogni umani e la domanda di cura; insorgono momenti di cambiamento radicali e paradigmatici nelle diverse epoche storiche, che sono anch'esse un po' figlie delle scoperte scientifiche⁸.

Da una parte nascono occasioni mai avute, che spingono verso un facile entusiasmo, dall'altra proprio la fascinazione del nuovo comporta una vertigine rispetto a "ciò che potrebbe realizzarsi ulteriormente". *Ogni fase di cambiamento mantiene in grembo la gestazione di un rischio.*

Questo discorso tocca l'ambito medico in maniera rilevante. Infatti, come si diceva, da un certo punto di vista la medicina ha sempre avuto un rapporto intimo con la tecnica che, stando alla tradizione mitica, rappresenta uno tra gli esiti della consegna di Prometeo fatta agli umani⁹. La pratica medica, nel mondo antico, era considerata proprio una forma particolare di tecnica, dato che il termine *techne* indica solitamente *un saper fare, un produrre, un agire* guidato da saperi e conoscenze specifiche, per non dire di settore. In quanto conoscitore della natura umana, il medico che impiegava una tecnica era visto anche come un filosofo, poiché indagando le cose naturali sa poi applicare la propria arte nei confronti del paziente: basti pensare a Galeno, quando affermava che «se ai medici è necessaria la filosofia per l'apprendimento iniziale e per il successivo esercizio, è chiaro che chi è un vero medico è sempre anche filosofo»¹⁰. Esercitare la tecnica medica, nel mondo antico, vuol dire saper esercitare un'arte fatta tanto di saperi quanto di abilità pratiche e relazionali, che rendono il medico conoscitore e praticante al tempo stesso: perché se il medico non è anche un po' filosofo è solo uno spacciatore di farmaci. Perciò il *buon medico* era colui che sapeva impiegare una tecnica, con competenza razionale e conoscenza scientifica (come il filosofo), ma sapendo trasformare questo sapere in un intervento pratico, in un agire applicato e messo a disposizione del singolo paziente (medico).

⁸ Cfr. T. S. Kuhn, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, trad. it. Einaudi, Torino 2009.

⁹ Anche Curi evidenzia questo aspetto affermando che «gli esiti più recenti della pratica e della ricerca biomedica, spesso considerati alla stregua di scandalose anomalie, rispetto agli orientamenti "normali" della scienza medica, sono viceversa già tutti potenzialmente iscritti nelle sue origini» di cui figura paradigmatica è Prometeo «il dono da lui elargito, frutto della violazione della sfera di attribuzione degli dei, è quello della tecnica – anzi, per la precisione, di *pasai technai*, di tutte le "tecniche", fra le quali dunque, e non in una collocazione marginale, anche la *iatrike techne*. [...] In quanto *techne* – in una certa misura, in quanto forma più compiuta e rappresentativa di *techne* – la medicina condivide le potenzialità straordinarie, ma insieme anche le "catene", che accompagnano il dono prometeico» (U. Curi, *Le parole della cura. Medicina e filosofia*, Raffaello Cortina, Milano 2017, pp. 50-51, corsivi dell'autore).

¹⁰ C. Galeno, *Il miglior medico è anche filosofo*, in *Opere Scelte*, trad. it. a cura di I. Garofalo, M. Venetti, UTET, Torino 1978, p. 101.

Inoltre, nel corso del tempo, il medico si è servito di abilità o anche munito di veri e propri strumenti tecnici per migliorare sia la conoscenza sia l'esercizio della propria arte: si pensi alla capacità di auscultazione del torace, la palpazione dell'addome, la manualità impiegata per la riabilitazione, il drenaggio o il massaggio cardiaco; oppure, rispetto agli strumenti tecnici materiali, si pensi allo stetoscopio, al martellino per la valutazione dei riflessi, al termometro, fino allo sfigmomanometro o all'elettrocardiogramma. In tal senso la medicina andrebbe letta anche come il risultato del progresso scientifico e tecnico¹¹, considerando il suo connubio storicamente stretto con la tecnica.

Secondo Cappelletti, guardando alla trama di questo rapporto e mutuando un linguaggio tipicamente informatico, potremmo distinguere quattro fasi evolutive della medicina: *Medicina 1.0* è la medicina tradizionale, basata poco più che sui cinque sensi del medico e qualche strumento tecnico per diagnosticare e offrire cura; *Medicina 2.0* è la medicina tecnologica novecentesca, legata all'introduzione dei raggi X e degli antibiotici; *Medicina 3.0* è quella caratterizzata dalla miniaturizzazione di microsistemi elettronici, dove vige una chirurgia assistita dalla computerizzazione, dal riconoscimento delle immagini e dalla robotica; *Medicina 4.0* – quella che stiamo attualmente vivendo – combina in modo integrato l'elettronica alle Tecnologie per l'Informazione e la Comunicazione (ICT) e quindi alla digitalizzazione, in un connubio che vede anche la predominanza dei *social network*. Perciò «la *Medicina 4.0* è il corrispettivo nella scienza e nella pratica medica della Quarta Rivoluzione Industriale [...] che è caratterizzata dalla fusione di tecnologie fisiche, digitali e biologiche»¹².

Il carattere radicale e innovativo, rappresentato dalla tecnologia e dal digitale, inscrivono però il nesso tra tecnica e medicina su un nuovo piano, che non può essere letto solo come una sua diversa e ultima fase evolutiva. Le ragioni sono molte, ma tutte perlopiù legate alla portata propria delle tecnologie e al carattere connotante di quest'ultime, che non possono essere concepite come semplici strumenti, meri utensili impiegati al pari di uno stetoscopio o di un martelletto. Mentre la tecnica tradizionale e gli strumenti medici di un tempo potevano ancora essere interpretati sotto il segno di un supporto, un allungamento protesico o un sostegno alle capacità percettive e umane del medico – il quale manipolava, controllava e amministrava il loro stesso utilizzo – le nuove tecnologie scompaginano la capacità di controllo, scivolano via dallo statuto di strumenti utilizzabili.

¹¹ Cfr. R. Porter, *La rivoluzione scientifica ha prodotto una rivoluzione medica?*, «Intersezioni. Rivista di storia delle idee», 7 (1/1992), il Mulino, pp. 87-101.

¹² P. Cappelletti, *Medicina 4.0. Un'introduzione*, «Rivista Italiana della Medicina di Laboratorio», 14 (2018), p. 132.

2. *Tecnica, tecnologia e ambienti digitali: lo statuto della quarta via*

Se ci si attiene al linguaggio ordinario vengono spesso utilizzati in modo intercambiabile, se non addirittura considerati due termini sinonimi: *tecnica* e *tecnologia* non sarebbero che due sorelle, forse una più adulta e dai tratti classici, mentre l'altra più giovane e dal volto imprevedibile.

Nell'ambito della lingua italiana l'uso sembra spesso sovrapporsi, e alcuni filosofi contemporanei, pur riflettendo sulle novità attualmente apportate dal progresso tecnologico e digitale, non mostrano alcuna titubanza nel parlare di *età della tecnica*¹³, piuttosto che di *età della tecnologia* o *era del digitale*. Diverso è il caso della lingua inglese, nella quale *technology* è termine che indica anche la più generale tecnica, mentre *technics* «è di uso più raro e denota l'insieme dei dettagli e delle metodologie utilizzate in una determinata attività»¹⁴. Differente ancora è il caso della lingua francese, dove si preferisce utilizzare *technique*, sebbene il termine copra entrambe le semantiche, mentre *technologie* viene considerato più un lemma aulico, legato al suffisso *-logia* che gli conferisce un senso dotto, come un particolare “discorso sulla tecnica” tale da riallacciarsi all'etimologia del *logos* greco. Quindi, mentre l'ambito anglofono ha privilegiato *technology* e l'ambito francofono *technique*, la lingua italiana li ha mantenuti entrambi, quasi a non tradire i loro reciproci legami e non dimenticare che possono esistere similitudini anche nella discordanza.

Come già accennato, sulla base dello sfondo greco-antico il termine *téchne* designa certamente *un fare, un'attività, la produzione* di qualcosa, comprendendo anche una conoscenza necessaria a dar forma all'azione, come un vasaio che sa le possibilità dell'argilla quando impiega la propria tecnica di modellazione e cottura. In questo caso *tecnica* indica un “mettere in esecuzione” che si pone al servizio di un risultato: «la tecnica è una forma di sapere pratico¹⁵ che, avvalendosi anche di determinati strumenti presenti già in natura o costruiti

¹³ Cfr. U. Galimberti, *L'uomo nell'età della tecnica*, Orthotes, Napoli-Salerno 2023; Id., *L'età della tecnica e la fine della storia*, Orthotes, Napoli-Salerno 2021.

¹⁴ E. Agazzi, *Il bene, il male e la scienza. Le dimensioni etiche dell'impresa scientifico-tecnologica*, Rusconi, Milano 1992, p. 75.

¹⁵ Fabris rimanda ad Aristotele e in particolare al seguente passo: «Noi riteniamo che coloro che hanno la direzione nelle singole arti siano più degni di onore e posseggano maggior conoscenza e siano più sapienti dei manovali, in quanto conoscono le cause delle cose che vengono fatte; invece i manovali agiscono, ma senza sapere ciò che fanno, così agiscono alcuni degli esseri umani inanimati, per esempio, così come il fuoco brucia: ciascuno di questi esseri inanimati agisce per un certo impulso naturale, mentre i manovali agiscono per abitudine. Perciò consideriamo i primi come più sapienti, non perché capaci di fare, ma perché in possesso di un sapere concettuale

appositamente, aumenta la portata dell'azione»¹⁶. La tecnica si presenta come strumento in vista di un fine, dove quest'ultimo resta purtuttavia estraneo alla tecnica stessa, dal momento che essa non sembra averlo posto, né pensato. La tecnica guarda solo ai mezzi. Un martello “si rivolge” sempre e solo al chiodo (mezzo), mai al quadro da appendere e esporre (fine), a meno che l'intento non sia distruggerlo; ma, anche in quel caso, il martello si fa mezzo di distruzione per eseguire un'azione dannosa, senza sapere per qual fine si realizza quell'intenzione di distruzione. La tecnica è allora un mezzo cieco di fronte ai fini, che restano frutto di intenzioni e scelte umane: al massimo realizza con i viventi dei rapporti di incorporazione quando questi, a forza di utilizzare e far proprio il mezzo, non lo percepiscono più soltanto come aggiuntivo, accessorio o al di fuori di essi, ma come parte integrante, sempre disponibile e utilizzabile nei rapporti di mediazione e scambio col proprio ambiente. L'unico sapere di cui la tecnica dispone è il modo in cui realizzare un certo scopo, è un saper *come fare*, senza saperne il *perché*, che è semmai un'acquisizione offerta dalla scienza quando orienta o impiega la tecnica a certi fini.

Come anche sottolinea Agazzi, la tecnica

prosegue per forza propria secondo la logica dell'efficacia, senza sapere il perché della sua efficacia e in fondo senza neppure porsi la domanda: ancora oggi, ad esempio, la medicina fa uso con successo di molti farmaci la cui efficacia è stata *spiegata* biologicamente solo molto tempo dopo la loro scoperta (o magari non lo è ancora del tutto), così come la chirurgia progredisce attraverso l'introduzione di *tecniche* sempre più ardite e perfezionate, che solo in misura marginale sono il frutto dell'applicazione di conoscenze teoriche.¹⁷

Mentre la scienza guarda al *sapere*, la tecnica guarda al *fare*: e ciò mantiene la tecnica in un rapporto di subalternità rispetto alla scienza, perché è solo quest'ultima, promossa e incarnata dalle intenzioni umane, a scegliere come impiegarla e perché.

Tuttavia, lo scenario contemporaneo è del tutto differente rispetto a questi discorsi. Infatti ad oggi, pur continuando ad esistere dei rapporti intimi tra scienza e tecnica, il risultato che se ne ricava non è più un rapporto di subalternità dove la prima dominerebbe sulla seconda. I legami si sono riarticolati e intrecciati in un pendolarismo di andata e ritorno, dove sarebbe complesso dire quando inizi l'una e finisca l'altra, se non attestando che il rapporto produce un incessante apparato di tecno-scienza¹⁸. Peraltro, non solo la tecnica contemporanea, ma la

e perché conoscono le cause» (Aristotele, *Metafisica*, I, 1,981 b, 30, trad. it. a cura di G. Reale, Bompiani, Milano 2017, p. 5-7).

¹⁶ A. Fabris, *Etica per le tecnologie dell'informazione e della comunicazione*, Carocci, Roma 2018, ebook, primo capitolo. Natoli ricorda pure che «i Greci, per dire “fare”, impiegavano tre termini: *pràxis*, *tékhne*, *poiesis*. Con queste parole intendevano – grosso modo come noi – l’“agire”, il “fabbricare”, il “produrre”» (S. Natoli, *Il buon uso del mondo. Agire nell'età del rischio*, Mondadori, Roma 2015, p. 15).

¹⁷ E. Agazzi, *Il bene, il male e la scienza*, cit., p. 76.

¹⁸ Il termine *tecnoscienza* è stato originariamente coniato da Brun Latour, a sottolineare la oramai interrelazione tra i due ambiti o dove la tecnica si presenta come un'applicazione della conoscenza scientifica o dove la stessa può implementare la conoscenza grazie agli apparati tecnici. Cfr. B. Latour, *Science in Action. How to Follow*

tecnologia mostra qualcosa di ancor più profondo, complesso e performante. Non si tratta solo di attestare, molto ingenuamente, che un martello si anima solo grazie alla mano umana mentre un dispositivo tecnologico potrebbe attivarsi senza il bisogno dell'umano, ma si deve considerare che, nella capacità del dispositivo di "fare cose" in modo automatico, il risultato di queste operazioni influisce sulla vita delle persone, le tocca e le condiziona, riverberandosi anche sulle stesse intenzioni umane.

Come rileva Adriano Fabris: «La tecnologia [dunque], come sistema della tecnica, è in grado di sviluppare un agire che in buona parte risulta indipendente dall'agire umano e con il quale l'agire umano deve a sua volta fare i conti»¹⁹. In questo cambio di paradigma, «la tecnica ha iniziato a essere non più una sorta di prodotto secondario o forse più precisamente un prodotto derivato dalle conoscenze scientifiche, ma è diventata in sé un fine e un mezzo»²⁰. È appunto quando la tecnica dimostra una portata performante in grado di delineare anche fini, non solo mezzi, che si assiste a un mutamento che legittima anche uno spostamento semantico: dalla *tecnica* alla *tecnologia*.

Infatti, come sostiene Agazzi:

Se è vero che l'ambito del puro e semplice saper fare (ossia del saper *come* si fa, senza necessariamente saper *perché* operando così si raggiunge il successo) può essere indicato come l'ambito della *tecnica*, dovremmo trovare un altro termine per indicare l'emergere di questa dimensione ulteriore, per cui si giunge ad un operare efficace che conosce le ragioni della sua efficacia e su di esse si fonda, ossia di un operare efficace che si alimenta di un suo specifico retroterra di *sapere teorico*. Tale nuovo termine può per l'appunto essere quello di *tecnologia*.²¹

Il suffisso *-logia*, che si aggiunge a *tecnica*, è ben altro che un'aggiunta etimologicamente dotta come vorrebbe la lingua francese, né lascia impregiudicata la natura della tecnica sul piano pratico. Il "discorso" a cui rimanda "*-logia*" pare riferirsi, invece, quasi alla portata di una struttura linguistico-concettuale nella quale vivono, per così dire, significati, connotazioni di

Scientists and Engineers Through Society, Harvard University Press, Harvard 1988. Sul rapporto tra scienza e tecnica, quando oramai si è verificata tale sovrapposizione, Agazzi nota che la possibilità di regolamentazione morale circa le applicazioni dipende molto da dove cade l'attenzione rispetto ai termini singoli del rapporto, perché «in questa asserita identità scienza-tecnica, infatti, possiamo lasciarci attrarre dalla carica di significati che si addensa sul termine "tecnica", che esprime in modo preponderante un *fare*, e allora, riflettendo a quanto male si può *fare* usando la tecnica o anche soltanto lasciandola priva di controlli, si sarà indotti a richiedere per la scienza tecnica l'istituzione di giudizi morale, controlli e divieti. Al contrario, se in questa asserita identità il polo di attenzione diviene il termine "scienza", che esprime in via principale uno sforzo di sapere e *conoscere*, saremo portati a sottolineare il fatto che conoscendo *non si fa del male a nessuno*, che le pretese di delimitare la libertà di sapere e conoscere o di porle divieti sono tra le peggiori forme di oscurantismo e inciviltà, e quindi saremo portati a rivendicare per la scienza-tecnica una libertà da giudizi e controlli di tipo anche morale» (E. Agazzi, *Il bene, il male e la scienza*, cit., p. 70, corsivi dell'autore).

¹⁹ A. Fabris, *Etica per le tecnologie dell'informazione e della comunicazione*, Carocci, Roma 2018, ebook, primo capitolo.

²⁰ P. Benanti, *La condizione tecno-umana. Domande di senso nell'era della tecnologia*, EDB, Bologna 2016, p. 60.

²¹ E. Agazzi, *Il bene, il male e la scienza*, cit., p. 77, corsivi dell'autore.

senso, semantiche che condizionano la realtà e una particolare percezione della realtà stessa. La tecnologia non solo *fa o produce qualcosa* nel mondo, ma nel farlo promuove una logica, quasi un discorso proprio (*-logia*), sospinge significati e semantiche fatti di paradigmi e orizzonti di senso che emergono dalla sua stessa produzione.

Per usare le parole di Benanti, rispetto a questo spostamento tanto concettuale e semantico quanto di portata storica, «non è più l'uomo che muove l'artefatto attraverso il *manicum*, ma la tecnica che muove verso l'uomo imponendo la propria logica»²². Diversamente dalla tecnica, la tecnologia nel proprio fare incorpora teorie e paradigmi culturali e, nell'impiegarli, contribuisce in modo incisivo alla ridefinizione del mondo stesso dentro cui opera. Se l'anima della tecnica poteva ancora poggiare sulle intenzioni umane, la tecnologia dimostra una animazione e un corpo propri: si tratta ora di una particolare e nuova ontologia autosufficiente, non più dipendente dal corpo umano, come il martello dalla mano, ma data dall'*hardware* (che “sostituisce” il corpo), dal *software* (che assume il ruolo che era della coscienza), e dalla scrittura del *codice* informatico (che potrebbe essere equiparato alla traduzione della scrittura genomica contenuta nel DNA). In tal mondo, mentre il *software* «fa accadere non soltanto eventi dentro la macchina, ma cose nel mondo, diventando quindi un vero e proprio orizzonte di esperienza»²³, proprio come lo spirito umano potrebbe creare eventi nel mondo della realtà, allo stesso modo «il codice ridefinisce, ontogeneticamente, le condizioni di possibilità del mondo»²⁴ in quanto è dalla scrittura algoritmica del codice che scaturiscono le possibilità della tecnologia quando si attualizza per fare cose.

Perciò, sebbene tecnica e tecnologia mantengano una comune radice etimologica, il suffisso – inteso non semplicemente come un “discorso *sulla* tecnica” ma come una tecnica portatrice di significazioni, al pari di una struttura linguistico-concettuale, e perciò un “discorso *della* tecnica” – decreta la specifica e qualitativa distanza e differenza tra questi due termini. La tecnica agisce senza poter dire nulla in proprio, invece la tecnologia porta avanti una propria logica e un proprio discorso: crea significati o riscrive nuovi orizzonti di esperienza e senso.

E il digitale? Rappresenta, forse, un ulteriore spostamento di orizzonte o andrebbe considerato come una implementazione rispetto alla tecnologia? Il digitale non è estraneo a questo discorso, bensì pare rappresentare il frutto supplementare dello sviluppo tecnologico, dato che anch'esso stabilisce un certo orizzonte di esperienza e crea pure un nuovo ambiente

²² P. Benanti, *La condizione tecno-umana*, cit., p. 95. Altrove, Benanti afferma pure che si potrebbe «indicare con ‘tecnica’ la sfera degli artefatti finalizzati a uno scopo (costituzione deterministica) e con ‘tecnologia’ l’aspetto filosofico e sociologico indotto dalla produzione e utilizzo di tali artefatti (costituzione costruttivista)» (Ivi, p. 85)

²³ L. Alici, *Liberi tutti. Il bene, la vita, i legami*, Vita & Pensiero, Milano 2022, p. 91.

²⁴ C. Accoto, *Il mondo dato. Cinque brevi lezioni di filosofia digitale*, Egea, Milano 2019, p. 13.

(digitalizzato o virtuale) nel quale esperire tale orizzonte. Il digitale, a un livello generale, costituisce anzitutto un processo dove, potenzialmente, ogni aspetto della realtà – quindi anche della persona o della sua esistenza – viene scomposto e ricomposto in una stringa di codice sequenziata in byte dal valore di 0 - 1. Tali valori, va precisato, in sé non hanno alcun significato semantico, semmai assumono un senso nel processo di digitalizzazione e quindi in quella configurazione che, ad esempio, potrà essere letta e visualizzata da un medico sotto forma di immagini, suoni, rappresentazioni grafiche e calcoli parametrici.

Infatti, come afferma Bachimont:

La lunga storia della tecnologia digitale è essenzialmente quella della frammentazione dei contenuti in unità formali primitive e della ricombinazione di queste unità in modo arbitrario, secondo regole che sono a loro volta formali. Questa definizione astratta si riferisce all'esperienza che tutti noi abbiamo oggi con i nostri personal computer. Contenuti come testi o immagini vengono ridotti a elementi formali, byte di informazioni che codificano caratteri o pixel; questi byte sono costituiti da 0 e 1, le unità fondamentali utilizzate per codificare tutti i contenuti. L'importante è che 0 e 1 siano distinti l'uno dall'altro e possano essere differenziati con mezzi efficaci senza alcuna ambiguità. Questi due simboli sono di per sé privi di significato e non si riferiscono a nulla. L'unica cosa che conta è che abbiamo uno 0 diverso dall'1 e che possono essere facilmente distinti.²⁵

Il digitale, nel suo essere un processo di digitalizzazione del mondo, costituisce una dimensione nella quale accadono cose, si possono compiere scelte e promuovere azioni, farsi una certa idea e contribuire a riscriverla o ripensarla. È *nel* digitale, e *grazie* al digitale, che si vivono nuovi vissuti e nuovi orizzonti di esperienza²⁶, di altro ordine rispetto a quelli che viviamo nell'ambiente "analogico", ma potenzialmente altrettanto rilevanti, anche perché tra i due esistono rapporti di scambio e reciproca interrelazione.

Vivere gli ambienti digitali, infatti, significa poterlo fare a partire dal proprio *habitat* naturale, dove continuano ad esistere oggetti, materiali, strumenti che permettono la costituzione dell'ambiente digitale²⁷. Si è soliti credere che il digitale sia una dimensione immateriale o astratta dal punto di vista della concretezza oggettuale, ma si pensi ai cavi elettrici, all'energia fornita dalla rete elettrica per alimentare server e dispositivi, appunto, come sottolinea Vitali-Rosati, a tutti gli apparati che sorreggono la digitalizzazione: «i fornitori di accesso, i motori di ricerca, le varie piattaforme di servizi, ecc. Niente di più materiale. Per di più, questi oggetti fanno parte di un'infrastruttura molto costosa e materiale – nel senso che

²⁵ B. Bachimont, *Image et audiovisuel : la documentation entre technique et interpretation. Critique et perspectives*, «Documentaliste. Sciences de l'Information», 42 (6/2005), pp. 348-349 [trad. nostra].

²⁶ Cfr. F. Gabrielli, M. Bacini, *La relazione e lo schermo. Figure antropologiche del digitale*, Rubettino, Soveria Mannelli 2021.

²⁷ Boullier ha coniato il neologismo *habitèle* per indicare l'ecosistema formato da tecnologie e interazioni umane in cui esistono involucri che proteggono materialmente la persona mentre, al contempo, realizzano interfacce, l'*habitat* e l'*abitacolo* naturale artificiale. Cfr. D. Boullier, *Habitèle: mobile technologies reshaping urban life*, «Urbe. Revista Brasileira de Gestao Urbana», 6 (2014), pp.13-16 ; Id., *Rendre le numérique habitable: l'habitèle*, in Y. Calbérac (ed.), *Carte d'identités. L'espace au singulier*, Hermann, Paris 2019, pp. 151-174.

richiede una grande quantità di materiale – fatta di server, cavi e persino pompe d'acqua per raffreddare i circuiti. Recentemente, la pubblicazione delle foto dei *data centers* di Google ha reso gli utenti consapevoli di questa realtà²⁸. Anche navigare in internet non sarebbe possibile se non si disponesse di un computer o un telefono, collocato in un ambiente fisico e costituito da un'infrastruttura di materiali, per cui «non si può dire che l'immaterialità sia una caratteristica del digitale»²⁹; al contrario, l'ambiente fisico rende possibile l'ambiente digitale.

Al tempo stesso, l'ambiente digitale rende possibile una particolare (nuova e diversa) esistenza nell'ambiente fisico, e con una continua interrelazione tra i due: un evento che accade in città rimbalza nel mondo digitale, vi si conserva, si diffonde, e in verso contrario, una situazione esperita in un ambiente digitale ha ripercussioni emotive, cognitive, personali, sociali o politiche nel mondo della realtà “analogica” condivisa. Ad esempio le guerre oggi si fanno tanto sul campo di battaglia fisico quanto sul web, dove diventano questione mediatica e diversamente politica, mentre le stesse armi approfittano dell'intelligenza artificiale per rinnovarsi; ma si pensi anche agli effetti emotivi, psicologici, sociali, sull'apprendimento e la capacità di relazione che, si sta già constatando, la lunga permanenza sulle piattaforme ha sui più giovani. Questi due ambienti co-esistono reciprocamente e riparametrano continuamente i propri confini, dandosi alternativamente come l'uno quale condizione di possibilità dell'altro.

E nella misura in cui la tecnologia rappresenta un «insieme di tecniche operative, finalizzate alla produzione di strumenti, che incorporano al proprio interno modelli e teorie scientifiche»³⁰, allora essa trova nel digitale un'occasione straordinaria. Il digitale è, potremmo dire, una teoria messa in atto e promossa artificialmente, come l'idea (tutt'altro che teorica!) che la realtà del nostro ambiente “fisico” o “analogico” possa essere modellizzata, simulata, riprodotta o ricreata da capo in quello digitale. Esso è, quindi, espressione eccellente della performatività tecnologica. Per indicare questa dimensione ibrida si usa spesso, oramai quasi in modo irriflesso, il concetto di *infosfera*³¹: tutto sarebbe reso informazione digitalizzata in una coesistenza confusiva tra ambiente umano “analogico” e digitale. Ha però ragione Fabris nel sottolineare che, sebbene si possa anche dire che l'*infosfera* costituisce il nostro attuale ambiente, essa andrebbe intesa come qualcosa di molto più complesso che non una semplice

²⁸ M. Vitali-Rosati, *Pour une définition du «numérique»*, in M. Vitali-Rosati, M. E. Sinatra (dir.), *Pratiques de l'édition numérique*, Presses de l'Université de Montréal, Montréal 2014, p. 73 [trad. nostra].

²⁹ Ibidem [trad. nostra].

³⁰ L. Alici, *Filosofia Morale*, cit., p. 16.

³¹ Sebbene il termine compaia già intorno agli anni Settanta del secolo scorso, è stato recentemente ripreso e fortemente impiegato nella sua riflessione da Luciano Floridi. Cfr: L. Floridi, *La quarta rivoluzione. Come l'infosfera sta trasformando il mondo*, Raffaello Cortina, Milano 2017; Id., *Pensare l'infosfera. La filosofia come design concettuale*, Raffaello Cortina, Milano 2020.

sussunzione dell'ambiente analogico nel digitale: «essa è, più precisamente, un ambiente di ambienti»³², ricca di tanti e differenti ambienti, che si sovrappongono e scompaginano, pur mantenendo caratteristiche proprie.

Il digitale, così, non è soltanto «il prodotto dell'interpretazione tecnologica della realtà»³³, ma come afferma Vitali-Rosati «il digitale è lo spazio in cui viviamo: non si tratta di strumenti al servizio di vecchie pratiche, ma di un ambiente in cui siamo immersi, che determina e modella il nostro mondo e la nostra cultura. [...] Ecco perché il digitale non è solo una tecnica di riproduzione che si oppone all'analogico, ma sta diventando una vera e propria cultura, con questioni sociali, politiche e tecniche fondamentali che devono essere analizzate e prese in considerazione con urgenza»³⁴.

Si sono delineati atteggiamenti e valutazioni differenti nel corso del tempo a questo proposito e possiamo sinteticamente ricordare tre vie che sono state intraprese nei confronti della tecnica/tecnologia.

Nella *prima via* si tende ad una forma che potremmo definire di *tecnofobia*, di parziale o completa inquietudine circa gli esiti del progresso tecnico, che viene facilmente considerato qualcosa di ostacolante, alienante o oppressivo, di fronte al quale non sarebbe più possibile tornare indietro. Ogni forma di sviluppo tecnico sembra accelerare la corsa sulla china della catastrofe e, al massimo, si cerca una consolazione dietro l'idea che, forse, come scriveva l'Hölderlin citato da Heidegger «là dove c'è il pericolo, cresce / anche ciò che salva»³⁵.

Nella *seconda via*, invece, si tende ad avere una prospettiva di *tecnofilia*: ogni sviluppo tecnico è calorosamente accolto e incoraggiato, finanziato economicamente e pubblicizzato al grande pubblico, nella credenza che la tecnica possa elevare l'umano, metterlo al riparo dai pericoli della natura o da sé stesso, acquistando così uno statuto perlopiù *positivo*. La tecnica realizzerebbe un tipo di speranza utopica: i vantaggi, i benefici, o i miglioramenti – questi di solito i termini utilizzati – saranno sempre maggiori rispetto ai costi o ai prezzi da pagare sotto altre forme. Ogni progresso tecnico andrebbe accolto con meraviglia e un grande sospiro di sollievo, non molto differente da quel sollievo che Arendt rintracciava nella popolazione americana mentre questa guardava entusiasta il lancio dello Sputnik³⁶.

³² A. Fabris, *Per un'ecologia degli ambienti digitali*, «IUSVEducation. Rivista interdisciplinare dell'educazione», 18 (2021), p. 88.

³³ P. Benanti, *La condizione tecno-umana*, cit., p. 92.

³⁴ M. Vitali-Rosati, *Pour une définition du «numérique»*, cit., p. 69 [trad. nostra].

³⁵ F. Hölderlin, *Patmos*. Per il riferimento al passo citato rispetto alla riflessione heideggeriana sulla tecnica, cfr. M. Heidegger, *La questione della tecnica*, in Id. *Saggi e discorsi*, trad. it. a cura di G. Vattimo, Mursia, Milano 1976, pp. 5-27 e, nello stesso, anche *La cosa*, pp. 109-124.

³⁶ Come appunta Arendt: «Nel 1957 un oggetto fabbricato dall'uomo fu lanciato nell'universo [...] Questo avvenimento, che non era inferiore per importanza a nessun altro, nemmeno alla scissione dell'atomo, sarebbe

Nella *terza via*, invece, si tende ad avere un atteggiamento di *tecnoneutralismo*, in quanto si considera la tecnica come neutrale, asettica e indifferente al mondo umano, quasi al pari di un sasso che non vede e non sente la mano che lo lancia. In questa prospettiva, come argomentano molti, non sarebbe la tecnica in sé a costituire un problema, bensì le decisioni umane quando la impiegano secondo fini non etici o in modo malvagio³⁷. Esattamente come, in anni recenti, nel dibattito americano si argomenta come legittimo il possesso di un'arma privata perché non sarebbe la pistola in sé a costituire un problema – anzi per alcuni essa rappresenta un diritto alla difesa personale.

Rispetto al panorama che abbiamo delineato, dove la tecnologia mostra un carattere performante tutt'altro che accessorio o di semplice strumento, queste tre vie si mostrano però parimenti deboli, se non proprio riduttive e fallaci. O, per meglio dire: finché si parla della tecnica, quale mero strumento, i tre atteggiamenti possono essere parzialmente legittimi o intrecciati ma, come abbiamo evidenziato, la tecnologia è qualcosa di diverso. Essa è una nuova apertura di mondo, è capace di custodire al proprio interno paradigmi, modelli e visioni del mondo in grado di influire il modo di percepire, vivere, pensare e credere da parte dell'umano. La *prima via* pecca di cecità per difetto: è una miopia, che vede vicino ma non lontano; si dimostra eccessivamente negativa, difensiva, ostacolante nel breve periodo e incapace di attestare l'importanza del progresso tecnico sul lungo periodo – che pure esiste nel miglioramento delle condizioni dell'esistenza –, non comprendendo quanto la tecnica sia legata alla questione antropologica³⁸ dell'*homo faber*, costituendo una dimensione inesauribile ai soli artefatti. Infatti, se si riconosce quanto la tecnica non sia solo qualcosa che l'umano *fa* e *produce*, ma qualcosa che l'umano è *anche* o, se non altro, gli pertiene intimamente³⁹, allora

stato salutato con assoluta gioia se non si fosse verificato in circostanze militari e politiche particolarmente spiacevoli. Ma, per un fenomeno piuttosto curioso, la gioia non fu il sentimento dominante, né fu l'orgoglio o la consapevolezza della tremenda dimensione della potenza e della sovranità umana a colmare il cuore degli uomini [...] La reazione immediata, espressa sotto l'impulso del momento, fu di sollievo per "il primo passo verso la liberazione degli uomini dalla prigione terrestre"» (H. Arendt, *Vita Activa. La condizione umana*, trad. it. Bompiani, Milano 2016, p. 1).

³⁷ Così c'è chi afferma «la tecnologia non è un valore. Il suo valore dipende dall'uso che se ne fa» (J. Migga Kizza, *Computer Network Security and Cyber Ethics*, McFarland & Co, North Carolina, 2002, p. 25 [trad. nostra]).

³⁸ In questo senso, Benanti parla di *condizione tecno-umana* e con questa definizione non si riferisce solo ad un periodo recente, né ad una particolare serie di tecnologie odierne che potrebbero minacciare l'esistenza umana. Con le sue parole: «*condizione tecno-umana* si riferisce più in generale al modo in cui l'uomo ha da sempre compreso e attuato il suo esistere: un'interazione con l'ambiente mediata da strumenti – gli artefatti tecnologici. Appare evidente, quindi, come non sia possibile separare la storia dell'uomo e della civilizzazione dalla storia degli strumenti che l'umanità ha realizzato» (P. Benanti, *Le macchine sapienti. Intelligenze artificiali e decisioni umane*, Marietti 1820, Bologna 2021, p. 66).

³⁹ È su questa scia che si pongono le riflessioni antropologiche di Gehlen il quale non pensa la questione della tecnica come opposta alla questione dell'essere umano, bensì come un suo tratto costitutivo, capacità che pertiene allo stesso processo evolutivo. La tecnica stabilizza e rende possibile la sopravvivenza dell'umano nel proprio ambiente in modo tale che ogni essere umano è anzitutto *anche* un essere tecnico (Cfr. A. Gehlen, *L'uomo nell'era della tecnica*, trad. it. a cura di M. T. Pansera, Arnaldo Editore, Roma 2003).

«non si tratta di vedere se l'uomo debba essere caratterizzato come “faber” piuttosto che come “sapiens” [...] dal momento che egli è sia l'una che l'altra cosa e, anzi, è *faber in quanto è sapiens* e viceversa»⁴⁰. La tecnica rappresenta una possibilità sia per il progresso evolutivo e di emancipazione umana, sia per lo stesso processo di ominazione, che vede l'umano ripensare se stesso e i suoi rapporti con l'ambiente. La *seconda via*, invece, pecca per eccesso, oppure è una presbiopia che guarda lontano ma non vede vicino: si rivela una prospettiva ingenuamente ottimista perché si affida a promesse di realizzazioni a venire prive di cautela sui costi presenti, che sempre e comunque esistono, anche se talvolta dentro a uno sfondo opaco. Questa prospettiva volge lo sguardo solo verso il futuro, dimenticando il presente, dove invece non va sbadatamente abbassata la vigilanza etica, se non si vuol subire passivamente una subalternità. Ma è la *terza via*, forse, la vera cieca, perché credere che la tecnica sia qualcosa di neutrale significa non vedere né come essa inerisca alla vita⁴¹, né come vi si inserisce, né come la modifica, né quali rapporti di dipendenza instaura con l'umano quando si offre secondo un certo modo di esistenza⁴². Infatti, se il mondo ha preso una peculiare forma è perché la questione antropologica della tecnica l'ha impressa *in un certo modo* – perciò non è neutrale – e la valutazione *se questo modo* sia buono o cattivo è cosa differente dall'attestare che *un modo* si è dato. Insomma «la tecnica non è un semplice strumento neutro»⁴³, e tanto meno lo è la tecnologia o il digitale.

Ecco, allora, la necessità di percorrere una *quarta via* di interpretazione, valida per la tecnica ma, soprattutto, per la tecnologia. Lo statuto dello sviluppo tecnologico e del digitale non sembra essere in sé stesso né positivo né negativo, e certamente non è neutro: è semmai di essere una *condizione di possibilità*. Ciò costringe a fare valutazioni situate riferibili all'uso e all'impiego della tecnologia, sapendo che un certo “carattere della tecnologia” sempre ci tocca, ci muove, “ci sposta” nel momento del suo impiego, non solo potenziando ma talvolta anche sottraendo precedenti capacità che magari erano state acquisite.

Appunto, la tecnologia non è qualcosa di neutrale, né gli ambienti digitali lo sono, ma riverberano dimensioni performative e trasformative. Queste condizionano l'esistenza e la configurano prima ancora che si riesca a dire se tali cambiamenti siano in sé buoni o cattivi, perché l'umano «si “adatta” a un ambiente di macchine nel momento stesso in cui le progetta»⁴⁴,

⁴⁰ E. Agazzi, *Il bene, il male e la scienza*, cit., p. 73, corsivi dell'autore.

⁴¹ Cfr. P. D'Alessandro, A. Potestio, *Filosofia della tecnica*, Led Edizioni Universitarie, Milano 2006.

⁴² Cfr. G. Simondon, *Sulla tecnica*, trad. it. a cura di A.S. Caridi, Orthotes, Napoli-Salerno 2017; Id., *Del modo di esistenza degli oggetti tecnici*, trad. it. a cura di A. S. Caridi, Orthotes, Napoli-Salerno 2020.

⁴³ X. Guchet, *Du soin dans la technique. Question philosophique*, ISTE Editions Ltd, London 2021, p. 93 [trad. nostra].

⁴⁴ H. Arendt, *Vita Activa*, cit., p. 105.

come afferma Arendt. Basti pensare all'impatto che le tecnologie hanno su memoria, attenzione e lettura: nell'*iPad* un medico può avere milioni di documenti e articoli scientifici, ma diversi studi hanno anche evidenziato come la lettura su schermo riduca le capacità di memorizzazione, rielaborazione e lettura profonda⁴⁵. Perciò, ad essere precisi, *ogni tecnologia comporta una condizione di (im)possibilità* a partire dalla quale si originano alcune occasioni, mentre se ne sottraggono altre, nascono percorsi e al contempo se ne perdono altri. In quanto *condizione di (im)possibilità*, «la tecnica-tecnologia diviene un modo di relazione tra l'uomo e la realtà in grado di plasmare e, almeno in parte, determinare entrambi: la realtà viene plasmata [...] dall'uomo secondo la sua volontà con il potere della tecnica, contemporaneamente gli artefatti tecnologici mediano la realtà, predeterminando quale aspetto della realtà divenga percettibile e in quale modo»⁴⁶.

In tal senso, la rivoluzione delle tecnologie digitali comporta una riscrittura nelle modalità proprie di comprendere, praticare, relazionarsi e organizzare l'esistenza e la società⁴⁷, nei cui modi non poteva non essere coinvolta anche la medicina che riconfigura, grazie alla digitalizzazione, le proprie prassi comunicative, assistenziali, diagnostiche e terapeutiche. Infatti l'introduzione delle tecnologie e la creazione degli ambienti digitali nella medicina non possono essere letti come l'introduzione o la creazione di semplici servizi aggiuntivi che si sommano alle precedenti tecniche utilizzate dal sistema sanitario; esattamente come la tecnologia non può essere concepita come una mera implementazione tecnica, che si somma alle precedenti. La tecnologia e il digitale riconfigurano i modi della relazione e della comunicazione tra medici e pazienti, ridettando l'orizzonte d'esperienza tra i protagonisti della cura e della sanità, in quanto diverso è l'ambiente *nel quale* e *a partire dal quale* questi modi e orizzonti si originano o organizzano.

Anche negli ambienti digitali della salute, la tecnologia rende possibili alcune opportunità allo stesso tempo in cui ne toglie: permette al medico di visitare un paziente a distanza, ma impedisce al paziente di vivere la prossimità fisica del medico; consente un monitoraggio continuo dei parametri vitali, ma talvolta rende pure difficoltosa la condivisione nell'incontro di questi parametri; il medico è sempre *ovunque*, ma proprio per questo rischia anche di non essere *in nessun luogo*. Il mutamento negli ambienti digitali della medicina avviene anche a

⁴⁵ Cfr. N. Carr, *The Shallows: What the Internet Is Doing to Our Brains*, W. W. Norton & Company, New York 2011; A. Nardi, *Lettura digitale vs lettura tradizionale: implicazioni cognitive e stato della ricerca*, «Form@re. Open Journal Per La Formazione in Rete», 15 (1/2015), pp. 7-29.

⁴⁶ P. Benanti, *La condizione tecno-umana*, cit., p. 102.

⁴⁷ Doueihi, crede anche la tecnologia digitale «sta diventando una civiltà che si distingue per il modo in cui cambia la nostra visione degli oggetti, delle relazioni e dei valori, e si caratterizza per le nuove prospettive che introduce nel campo dell'attività umana» (M. Doueihi, *Qu'est-ce que le numérique?*, PUF, Paris 2013, p. 34 [trad. nostra]).

livello di strutturazione delle organizzazioni sociali e lavorative in cui confluisce l'esperienza umana, intermediata e riconfigurata tecnologicamente, tanto che secondo alcuni dovremmo parlare di una vera e propria post-esperienza caratterizzata dalle tecnologie⁴⁸.

Come evidenzia Benanti, si plasma una peculiare percezione di senso sulla realtà:

Oggi si profilano di fronte a noi nuovi scenari in cui la relazione fra l'uomo e la realtà è mutata e dettata dalla macchina. Di fatto quello che accade è che sono sistemi macchinici *a dire* all'uomo cosa significa e cosa vuol dire il reale. Tutti gli ambiti della nostra realtà sono soggetti non più a una mediazione diretta tra questi stessi ambiti e l'uomo; sono invece relazioni mediate da artefatti. Grazie alla presenza pervasiva dell'intelligenza artificiale essi sono artefatti che influiscono sul modo di capire, sentire, pensare e sperare dell'uomo. La vera novità è che questa nuova ondata di tecnologie informatiche si classifica non come una tecnologia specifica, ma come una tecnologia generale, cioè come un tipo di tecnologia che non serve a svolgere un singolo, determinato, compito, ma che cambia il modo in cui facciamo tutte le cose.⁴⁹

Parlare, con Benanti, di *tecnologia generale* significa comprendere appunto quanto un *modo generale* di fare le cose, concepirle e percepirlle vada ad influire sul professionismo medico, il quale storicamente poggia su procedure protocollari, riproducibili e allargate, di portare avanti le proprie pratiche.

3. Datificazione e riontologizzazione

Si potrebbe pensare che per accedere agli ambienti digitali della medicina occorra passare per la porta di un click, varcare la soglia di un sito web, magari chiedendo il permesso di entrare dando un previo consenso a qualche contratto di licenza informatica. Ma le nuove tecnologie, riconfigurando e ridistribuendo i protagonisti della cura, modificano anche il modo di accesso, di condivisione, "i luoghi" e le cronologie di incontro. Non si tratta di concepire un rapporto, che prima si collocava dentro uno studio privato, ora in una stanza virtuale: le cose si presentano in maniera molto più complessa e ristrutturata. Addirittura, un certo tipo di scambio o incontro con il medico può verificarsi ben prima che il vero e proprio incontro in persona si offra almeno sotto forma di un contatto visivo.

⁴⁸ Tale è la prospettiva della post-fenomenologia, nella quale si parla anche di *intenzionalità tecnologica* per sottolineare quanto l'artefatto tecnologico sia capace di riverberare i fini e le proprie modalità di intervento nella persona che lo impiega, al punto da connotare qualitativamente gli stessi fini e modi della persona. Per un approfondimento di tali aspetti cfr. D. Ihde, *Technology and the Lifeworld: From Garden to Earth*, Indiana University Press, Bloomington 1990; D. Ihde, *Medical Technics*, University of Minnesota Press, Minneapolis 2019; P.-P. Verbeek, *Don Ihde: The Technological Lifeworld*, in H. J. Achterhuis (ed.), *American Philosophy of Technology: The Empirical Turn*, Indiana University Press, Bloomington 2001, pp. 119-146.

⁴⁹ P. Benanti, *Le macchine sapienti*, cit., p. 50, corsivo nostro.

Non è molto lontana nel tempo l'immagine di quando ci si recava presso lo studio del medico portando in mano una cartellina rigida e ben tenuta, seppur magari un po' consunta, contenente la propria storia sanitaria, la cartella clinica, i referti delle analisi di laboratorio o dei raggi X. Si entrava dal medico e si apriva la cartella dalla quale volavano via vecchie ricette, scontrini per il rimborso fiscale dei farmaci, biglietti ingialliti scritti da chissà chi, analisi del sangue accartocciate e che il medico, una volta prese in mano, lisciava e dispiegava come una carta nautica. Ancora oggi accade, talvolta, suscitando in chi guarda queste scene un misto di sapore antico e sentimento anacronistico. Oramai sembra più che obsoleto farlo. Perché portare con sé queste informazioni quando possono essere già disponibili, agli occhi del medico, sotto forma di dato digitale? Perché trasportare un faldone sanitario quando si accede direttamente alla cartella elettronica dove la nostra intera storia clinica è già configurata nei dati dello schermo? Non solo, poi, vi è conservata la storia clinica del paziente rispetto a ciò che è stato, agli interventi fatti o alle patologie pregresse, ma è aggiornata in tempo reale, così come è disponibile un monitoraggio continuo, scrutati da sensori: «per esempio un medico può monitorare le condizioni di salute di un paziente da remoto, accedendo in tempo reale ai dati trasmessi da un pacemaker (o da qualsiasi analogo strumento di monitoraggio digitale, in relazione alla patologia) collegato al suo cellulare»⁵⁰.

Se in una situazione tradizionale, come detto in precedenza, si dà prima l'esperienza vissuta di malattia da parte del paziente (*illness*) e successivamente la malattia medicalmente concepita (*disease*), la datificazione e il monitoraggio capovolgono questa consequenzialità: prima si può avere la malattia identificata dal tracciamento della macchina secondo parametri algoritmici, che viene poi comunicata alla persona rendendola edotta sul proprio stato. Prima ancora di parlare di incontro clinico negli ambienti digitali, occorre appunto notare quanto il processo di datificazione della persona, nella medicina, preceda cronologicamente l'incontro con il medico.

Nell'ambiente digitale alcune prassi, conoscenze e saperi, o le condizioni fisiologiche della persona malata, esistono in quanto anzitutto tradotte in dato informatico e digitalizzato che va, insieme agli algoritmi di intelligenza artificiale, a supportare processi fondamentali come la gestione sanitaria, la diagnosi medica⁵¹, individuale o, nel caso di epidemie, riguardante gruppi o popolazioni: solo questo processo di datificazione, che certi definiscono anche

⁵⁰ R. Ascione, *Il futuro della salute*, cit, p. 6.

⁵¹ Cfr. S. H. Park, K. Han, *Methodologic Guide for Evaluating Clinical Performance and Effect of Artificial Intelligence Technology for Medical Diagnosis and Prediction*, «Radiology», 286 (2018), pp. 800-809.

*quantificazione del sé*⁵² o *sensorizzazione* – con rispettivo riferimento, nel primo caso, al risultato, nel secondo, ai sensori che lo concretizzano – rende possibile la messa in opera delle pratiche digitali nella medicina. Esse possono comprendere:

Monitoraggio, raccolta, quantificazione e visualizzazione dei dati relativi allo stato fisiologico, posturale, posizionale, comportamentale di un individuo. Tutto ciò può avvenire attraverso dispositivi indossabili o portabili (i più diffusi oggi: smartphone, bracciali e orologi), impiantati o ingeriti (in casi minori e di nicchia con nano-impianti sottocutanei o intracorporei) o ambientali (sono in sviluppo anche sistemi domotici wireless che rilevano da remoto le emozioni degli abitanti di una casa misurando battito cardiaco e segnali respiratori) [...] Gli obiettivi personali di questa sensorizzazione sono diversi e vanno da chi semplicemente registra e tiene traccia dei vari aspetti della propria persona e vita a chi si prefigge, attraverso queste pratiche di conoscenza di sé, di trasformare o migliorare dimensioni come la salute personale e la tonicità fisica, lo stato di benessere individuale, psicologico ed emozionale, la propria socialità e capacità relazionale, la produttività e le performance personali.⁵³

Ogni cosa può potenzialmente diventare un dato e il processo di datificazione innesca un mutamento radicale nella medicina, che ora ripensa o riorganizza diversamente le prassi cliniche a partire proprio dalla grande quantità di dati disponibili prodotti dallo stesso paziente. Ciò riguarda ogni valutazione di tipo sanitario: sia essa diagnostico-terapeutica o amministrativa.

La rilevanza dei dati nella sanità, peraltro, non si riferisce solo al singolo paziente ma alla ben più vasta collettività. Da un lato nel senso che i dati del singolo vanno a corroborare i dati della popolazione, si capitalizzano sotto un flusso massivo di informazioni, definibili come *Big Data*, e a partire da questi dati si rende possibile portare avanti analisi allargate e di ampio spettro come «la descrizione della storia clinico-assistenziale di popolazioni, la mappatura del genoma umano, la previsione di pandemie e del possibile impatto delle misure di contenimento, la geolocalizzazione di una determinata patologia, la valutazione di segnali di allarme nell'ambito della farmacovigilanza, l'epidemiologia delle sottopopolazioni, target di principi attivi, la valutazione di comportamenti negativi, come il fumo, l'abuso di alcol»⁵⁴. Dall'altro lato fornisce occasioni di costruzione di “oggetti sociali” per azioni di sanità pubblica: ad esempio attraverso la possibilità di misurare la presenza microbica nel sistema fognario, e provvedere quindi a forme di intervento nella prospettiva della *healthy city*⁵⁵.

Certo, avere a disposizione una tale quantità di tali non significa aver già chiari i risultati o le informazioni significative che da quei dati possono essere ricavate e processate. Per questo si rende necessario un ulteriore passaggio, dove i dati sono profilati o elaborati. I dati parlano

⁵² Cfr. D. Lupton, *The Quantified Self. A Sociology of Self-Tracking Cultures*, Polity Press, Cambridge 2016.

⁵³ C. Accoto, *Il mondo dato*, cit, pp.40-41.

⁵⁴ G. Collecchia, R. De Gobbi, *Intelligenza artificiale e medicina artificiale*, cit., p. 53.

⁵⁵ Cfr. R. Gronda, *Smart cities e oggetti sociali*, in A. Fabris (a cura di), *La città come struttura comunicativa*, ETS, Pisa 2021, pp. 59-86

attraverso gli algoritmi quando, sfruttando reti neurali di calcolo e tecniche di *deep learning*, processano i dati.

La tecnologia promuove una certa modellizzazione, una modalità di calcolo e analisi che tiene conto di parametri statistici e ipotesi di partenza⁵⁶. E poiché la modalità di utilizzo e processamento dei dati non è qualcosa di oggettivo, o che lascia indifferenti “gli elementi” di cui tratta, non va trascurato quanto la datificazione e la processazione provochino una *risemantizzazione* di certi concetti e della medicina, o la riscrittura di alcuni suoi paradigmi. E ciò non solo dal punto di vista dei professionisti della salute, ma anche per la più allargata coscienza pubblica. Essendo una nuova condizione di possibilità, la datificazione cambia la percezione e lo statuto proprio di certe entità, crea nuovi esseri, secondo un processo che Floridi definisce di vera e propria *riontologizzazione*.

Secondo le sue parole:

Non vi è un termine per indicare questa nuova forma radicale di costruzione, cosicché possiamo usare il neologismo *riontologizzazione* per fare riferimento al fatto che tale forma non si limita solamente a configurare, costruire o strutturare un sistema (come una società, un’auto o un artefatto) in modo nuovo, ma fondamentalmente comporta la trasformazione della sua natura intrinseca, vale a dire della sua ontologia. In tal senso, le ICT non stanno soltanto ricostruendo il nostro mondo: lo stanno riontologizzando.⁵⁷

La datificazione, insomma, lungi dall’essere una mera opera di misurazione o scrittura informatica di informazioni, comporta la creazione di nuove entità (digitali), nuove ontologie e semantiche dove, ad esempio, per usare le parole di Benanti, «il valore dell’uomo non è più visto nel suo essere persona, ma nel suo essere, ci si passi l’espressione, *informazione incarnata*»⁵⁸.

Possiamo analizzare alcune di queste nuove ontologie, richiamando necessariamente certi concetti analizzati nel primo capitolo in quanto costitutivi della pratica, del sapere e del lessico medico, e che a seguito della datificazione vengono inevitabilmente risemantizzati. Se è vero che le parole non sono etichette morte affibbate alle cose, ma plasmano semanticamente il modo di concepire la realtà, allora l’adozione e l’impiego quotidiano di queste espressioni non

⁵⁶ A tal proposito, è interessante appuntare qui l’idea di chi crede che l’uso di *Big Data* potrebbe favorire anche una diversa modalità di approccio epistemico alla statistica. Come affermano Pravettoni e Triberti «l’utilizzo di *Big Data* tramite modelli statistici avanzati potrebbe aiutare a superare l’utilizzo della “significatività” come principale criterio di individuazione di risultati scientifici. Infatti, le analisi statistiche maggiormente usate oggi sono basate su valori convenzionali che stabiliscono la probabilità che la differenza o la relazione tra variabili dipenda dall’ipotesi di partenza [...] si tratta di una mera convenzione che a volte porterebbe a sotto o sovrastimare i risultati delle ricerche. È possibile dunque che la ricerca sui *Big Data* e sulle evidenze dal mondo reale aiuti a individuare nuovi strumenti per dimostrare o smentire le teorie scientifiche, nel caso della statistica, meno dipendenti dall’abitudine e dalla convenzione» (G. Pravettoni, S. Triberti, *Il medico 4.0. Come cambia la relazione medico-paziente nell’era delle nuove tecnologie*, Edra, Milano 2019, pp. 36-37).

⁵⁷ L. Floridi, *La rivoluzione dell’informazione*, trad. it. di M. Durante, Codice Edizioni, Torino 2012, p. 13.

⁵⁸ P. Benanti, *La condizione tecno-umana*, cit, p. 77.

va trascurata. *Un nuovo nome alle cose fa nascere cose nuove, così come le cose nuove richiedono un nuovo nome.*

3.1. Dal corpo vivo al corpo digitale

Il corpo di cui può tener conto una lettura digitale, ad esempio, non è più, o se non altro non in maniera prevalente, ciò che *abbiamo* e che *siamo* (*Leib/Körper*), cioè quella realtà incarnata *attraverso la quale* l'essere umano fa esperienza del mondo e *di cui* è espressione in quanto coscienza corporea. La sua percezione cambia poiché il corpo diventa altro attraverso il dato informatico: non più qualcosa che siamo, ci appartiene e riguarda, ma paradossalmente qualcosa che trasmette, indica, rivela informazioni registrabili e quantificabili, indipendentemente dal consenso da parte di chi possiede quel corpo e senza possibilità di dissimulazione. Tramite i dati incessantemente prodotti e misurati, il corpo si fa per la medicina digitale una sorta di *complice tecnologico* e un diverso strumento di analisi, perché permette alla macchina, tramite i sensori di monitoraggio, di tenere traccia dello stato fisiologico, biochimico o bioelettrico della persona.

Da dimensione nella quale e attraverso la quale *prende corpo l'esperienza di malattia*, oltretutto la modalità propria di incontro, relazione e scambio col mondo, ora il corpo diventa un produttore automatico di dati misurati da indici di significatività statistica a partire dai quali si determina cosa sia normale e cosa sia patologico: dall'essere un corpo che la persona riconosce, identifica come proprio, o controlla anche in modo relativamente consapevole, come quando di fronte a qualcuno si finge di stare bene, ora «il nostro corpo confesserà alla macchina la verità sul suo stato di salute e benessere psico-fisico [...] e quando il codice, i sensori e le macchine puntano direttamente al corpo [...] il soggetto cosciente è lasciato in una posizione periferica [poiché...] con i sensori corporei, tutto il nostro corpo diventa input per processare dati e comprendere il mondo»⁵⁹.

La dimensione vivente e incarnata viene trasformata nel processo di datificazione e «il corpo sembra uscire dal suo contesto materiale per essere iscritto nello spazio stesso dell'informazione»⁶⁰. Ogni aspetto è quantificato e digitalizzato al punto che il corpo diviene

⁵⁹ C. Accoto, *Il mondo dato*, cit., pp. 41-42.

⁶⁰ A. A. Casilli, *Le stéthoscope et la souris : savoirs médicaux et imaginaires numériques du corps*, «Esprit», 3-4 (2009), p. 176 [trad. nostra].

un *corpo digitale* o *avatar virtuale*⁶¹ riconfigurato nello schermo sotto forma di ricche e dettagliate informazioni sui suoi parametri⁶². Ciò non è esente da distorsioni perché, come dice Marin, «le reiterate pratiche di misurazione possono poi condurre a considerare il corpo come un oggetto padroneggiabile, che a lungo andare rischia però di perdere i connotati umani e di assumere le sembianze di un *digital cyborg body*»⁶³.

Questa trasformazione può comportare aspetti problematici. Dal punto di vista dei pazienti, ad esempio, da un lato rappresenta la possibilità per disporre di misurazioni automatiche aggiornate e poter essere più autonomi nel condurre il proprio stile di vita, senza doversi ricordare di misurare o controllare certi aspetti: se un dispositivo misura costantemente i parametri dell'ammalato, inoltre, anche la famiglia può sentirsi più sgravata dal doverlo fare al suo posto nel caso in cui la persona fosse incapace a farlo. Dall'altro, però, molti pazienti temono che il corpo riveli, magari agli stessi familiari, più di quanto effettivamente vogliono dire o confessare sul proprio stato di salute; inoltre nasce la sensazione fastidiosa dell'istaurarsi di un rapporto di dipendenza irreversibile tra salute, monitoraggio corporeo e dispositivi⁶⁴. Entrambe le situazioni non aiutano certo a costruire logiche di fiducia reciproca – né nei confronti della tecnologia, né tra i diversi protagonisti che vivono l'intermediazione offerta dalla tecnologia (come familiari)⁶⁵. Dal punto di vista medico, invece, sebbene ci sia un'indubbia utilità pratica, dato che i professionisti della salute possono così beneficiare di una panoramica completa, integrata e complessiva sui principali valori fisiologici da tener sott'occhio, si deve evitare che la percezione del corpo datificato prevalga sostituendosi, come un modello fedele, al corpo vivo. Il passaggio dalla datificazione alla reificazione del corpo può

⁶¹ Un'ulteriore definizione, sempre più in voga, è quella di *Digital Twin* (gemello digitale). Cfr. T. Sun, X. He, X. Song, L. Shu, Z. Li, *The Digital Twin in Medicine: A Key to the Future of Healthcare?*, «Frontiers in Medicine (Lousanne)», 14 (2022), doi: 10.3389/fmed.2022.907066.

⁶² In ambito medico, il corpo digitale va anche letto alla luce delle interconnessioni che lo legano, digitalmente, agli altri corpi per fini diagnostici, terapeutici o di gestione sanitaria, di cui la pandemia ha rappresentato, secondo alcuni, un esempio: «per la prima volta nella storia, nel corpo di una pandemia, al corpo biologico si può affiancare il corpo digitale, con dispositivi che non devono essere considerati e utilizzati come apparato sensoriale pervasivo, ma strumenti di connessione e integrazione tra corpi ontologicamente diversi, per consentire di sconfiggere la pandemia con misure appropriate a una società democratica» (G. Collecchia, R. De Gobbi, *Intelligenza artificiale e medicina digitale*, cit., p. 176).

⁶³ F. Marin, *La progressiva digitalizzazione della salute: potenzialità, limiti e implicazioni etiche*, in V. Neri, B. Pérez Calle (eds.), *Visibilità, dimensione pubblica e civic agency attraverso e nei media digitali*, Ediciones Egregius, Sevilla 2020, p. 158.

⁶⁴ Cfr. C. Sanders et al., *Exploring barriers to participation and adoption of telehealth and telecare with the Whole System Demonstrator trial: a qualitative study*, «BMC Health Services Research», 12 (2012), doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-220>.

⁶⁵ Si deve anche evitare che il monitoraggio delle tecnologie venga percepito come forma di “marcatura” delle persone, perché, come evidenziano Collecchia e De Gobbi, ci si può «addirittura esporre al rischio della caccia all'untore. Nei paesi che hanno utilizzato il *tracing* in modo coercitivo sono stati infatti descritti episodi di biasimo sociale e talvolta di violenza, anche fisici» (G. Collecchia, R. De Gobbi, *Intelligenza artificiale e medicina digitale*, cit., p. 175).

essere breve: il forte rischio, cioè, è che la datificazione, unita alla visione digitalizzata del corpo, si presenti come una nuova forma di riduzionismo oggettivante nella medicina.

Come abbiamo evidenziato altrove, se già la medicina rischiava di ridurre la corporeità a un semplice apparato di funzioni, meccanismi e capacità fisiche, ora rischia di ridurlo a una serie di dati, indici, numeri e informazioni quantificate, che difficilmente possono tener conto degli aspetti qualitativi ed esistenziali del corpo vivo, ed altrettanto con difficoltà possono riuscire a non scindere dal corpo gli aspetti emotivi, percettivi o di cognizione sensibile, che rimandano alla capacità, incarnata del corpo, di esperire e dare significato al mondo. L'opportunità di misurare sotto forma di dati alcuni aspetti del corpo non può allo stesso tempo legittimare l'assunto che il corpo vivo sia, in sé, qualcosa di misurabile e quantificabile.

Peraltro, questa forma di riduzionismo, nei suoi esiti estremi, non solo rende parziale la percezione del corpo nell'attività sanitaria, ma incentiva l'idea secondo cui "curare" i dati – ovvero occuparsene al fine di creare dei dati migliori – sia condizione sufficiente a offrire cura e assistenza, come se questi non fossero una modalità di approccio o "lettura" al corpo della persona malata, ma effettivamente l'oggetto della prassi medica. Detto in altri termini, se i dati di un paziente che indossa un *Fitbit* rilevano che costui ha un numero di battiti cardiaci inferiori alla media, si potrebbe automaticamente prescrivere un farmaco capace di migliorarli, e quindi si migliorano i dati: cosa sicuramente necessaria, ma non sufficiente, perché non significa aver offerto un'attenzione ampia di cura della persona, in grado di pensare quel corpo come un corpo situato, integrato al contesto e alle relazioni d'interazione col mondo.

Un conto è la cura del corpo (*Körper*), e dei dati che da esso derivano, altra cosa è la cura di *un'esistenza corporea*, di fronte alla quale il corpo appunto non è riducibile alla quantificazione dei suoi dati, ma chiede di essere ripensato dentro i contesti dell'esistenza fatti di stili di vita, abitudini e pratiche⁶⁶. A questo proposito, pensando anche a un'articolazione tra tecnologie ed etica della cura, anche Guchet evidenzia che i dispositivi in medicina debbano farsi carico di quello che egli definisce un modello *bicouche* della cura – a doppio strato, fatto di *cure* e *care* – che non opponga le due dimensioni e non dia a una sola la prevalenza. Infatti, «il rischio di scindere la cura (*soin*) e d'accordare una priorità [...] al *cure* rispetto al *care*, risulta da una incapacità a ben porre il problema dei rapporti tra lo spirito e il corpo e la loro unità. In altri termini, si stabilisce qui un rapporto di implicazione reciproca tra, da un lato, la

⁶⁶ Anche Meola crede, infatti, che «lo sguardo digitale non offre una visione olistica del paziente, ma mette in atto una sorveglianza granulare che seziona la vita [...] spetta all'individuo conformare scelte e pratiche all'evidenza delle correlazioni dei dati» (L. Meola, *Auto-sorveglianza e governo: sguardi prospettici della mobile-health*, «Medicina e Morale», 69 (3/2020), pp. 316-317).

concezione dell'umano come vivente – nel senso di un essere composto di corpo e spirito unificato dalla cura (*soin*) – e, dall'altro, una concezione *bicouche* della cura»⁶⁷, dove si tratta di offrire non solo cura (*cure*) al corpo (digitale) ma anche a ciò che prende vita, nasce, si esprime e relaziona significativamente a partire da quel corpo. Altrimenti si può finire col dimenticare che il corpo vivo è il risultato di un'incarnazione continua, inverata dalla relazione percettiva e dinamica con la realtà, mentre il corpo digitale ne è una rappresentazione parziale.

3.2. Dalla salute alla salute digitale

La salute e la malattia, altrettanto, nell'ambiente digitale assumono un diverso e nuovo significato. Non sono più quell'insieme integrato e complesso di proprietà fisiche e di vissuto a partire dalle quali la persona può compiere o trova impedito il proprio progetto di vita. Salute e malattia rischiano di allontanarsi dall'orizzonte dei significati personali, o dei valori proiettati e condivisi nell'esistenza collettiva, diventando concetti in qualche modo arbitrari. Quando i dati vengono processati dagli algoritmi di intelligenza artificiale, e quindi guidati soltanto da griglie di misurazione o correlazione statistica, la salute e la malattia possono diventare entità oggettive, valutabili quantitativamente a prescindere da una considerazione complessiva della persona, delle sue relazioni col mondo o perfino a prescindere da ciò che il paziente *sente* ed *esperisce* in prima persona.

Si pensi al caso di una signora monitorata a distanza da un dispositivo che segnala immediatamente, sia a lei che ai sanitari, ogni minima variazione di un certo parametro. Riportando la propria esperienza con queste tecnologie, un giorno dice a un'infermiera: «vede, il mio peso di solito è tra i 62 e i 63 chili e un giorno è salito a 63,1, beh, questo piccolo etto potrebbe sparire il giorno dopo, ma io, sono stata chiamata subito. Penso che questo sia eccessivo»⁶⁸. Se da una parte il monitoraggio digitale della salute può rivelarsi un buon supporto nel caso di pazienti che difficilmente dichiarano la propria condizione (per vergogna, perché non vogliono disturbare o perché magari non sono consapevoli) dall'altra può allargare anche la forbice tra la percezione di salute, il *know-how* della persona, e il sapere del medico incalzato a intervenire in considerazione del rispetto o dello sfioramento delle soglie algoritmiche.

⁶⁷ X. Guchet, *Du soin dans la technique*, cit., p. 15 [trad. nostra].

⁶⁸ J. Pols, *Care at a Distance. On the Closeness of Technology*, Amsterdam University Press, Amsterdam 2012, p. 66 [trad. nostra].

Così, come evidenzia Marin, la datificazione e quantificazione della salute «suggerisce l'idea che lo stato di salute possa essere stabilito solo attraverso dei parametri strettamente oggettivi. Si propone pertanto un concetto avalutativo di salute, cioè del tutto indipendente da considerazione valutative e soggettive [poiché...] gli stessi dispositivi digitali di automonitoraggio fanno riferimento alla statistica e agli studi epidemiologici, fondando così le varie misurazioni su criteri convenzionali e quindi su una certa idea di salute»⁶⁹.

In questo caso, inoltre, lo spostamento non è solo di percezione, ma si concretizza in un lessico e in una diversa semantica, spesso già oramai adottati dalla medicina digitale, dove appunto non si parla più, o se non altro non in modo spontaneo, di *salute* o *malattia* bensì di *salute digitale (digital health)* e *malattia digitale (digital disease)*⁷⁰. Di per sé, l'aggiunta dell'aggettivo può anche essere considerata un segno positivo di consapevolezza: a segnalare una parzialità di considerazione, che ha bisogno di essere integrata.

Soffermiamoci sull'espressione *salute digitale*. Le definizioni ufficiali possono essere molte, ma perlopiù condividono l'idea di intenderla come il risultato dell'applicazione di strumenti di monitoraggio e servizi digitali in congiunzione con tecnologie di informazione e comunicazione: in questo senso si parla solitamente, appunto di *eHealth*⁷¹. Se poi si considerano i sistemi portatili, o i supporti smartphone e altri dispositivi che “ci seguono” quotidianamente, allora si parla anche di *mHealth*, per evidenziare il carattere *mobile*. Questi concetti, tutt'altro che pacifici considerati i loro molteplici usi, se da una parte devono essere analizzati rispetto al significato concreto che, tramite il divenire familiare del loro uso, il concetto di salute assume nella coscienza condivisa, dall'altra si deve notare come vengano ad inglobare una dimensione non solo descrittiva ma performativa, che coinvolge la prassi clinica: la *salute digitale*, infatti,

⁶⁹ F. Marin, *La progressiva digitalizzazione della salute*, cit., p. 158.

⁷⁰ Nel caso della *malattia digitale* vanno tuttavia appuntati due aspetti: in primo luogo, il fatto che sebbene possa essere ricorrente parlare di *digital disease* (riproponendo un paradigma di malattia medico) non è così usuale parlare di *digital illness* (secondo il paradigma di malattia esperita soggettivamente dalla persona); in secondo luogo, non va confusa la *Digital Disease* che indica la malattia analizzabile attraverso gli strumenti digitali o riconfigurata sotto forma di dato informazionale – come avviene nel caso delle *Digital Disease Detection (DDD)* di cui parleremo, dove si utilizzano i media o le tecnologie per il tracciamento preventivo di patologie – con le *Digital Disease* che solitamente indicano le patologie o i disturbi risultanti da un certo uso dei media e della tecnologia. Nel primo caso la tecnologia si fa strumento per l'indagine della malattia, nel secondo è causa di insorgenza di particolari disturbi o patologie. Per un approfondimento sulle DDD cfr. J. O'Shea, *Digital disease detection: A systematic review of event-based internet biosurveillance systems*, «International Journal of Medical Informatics», 101 (2017), pp. 15-22. Per le *digital diseases* cfr. G. Karadag, *Digital Diseases. Symptoms of the Internet Era*, Peter Lang Verlag, Berlin 2019.

⁷¹ Ad oggi è difficile offrire una definizione esaustiva, perché tale definizione sembra strettamente legata alle possibilità tecnologiche e quindi alle specifiche tecnologie coinvolte nella realizzazione del concetto di salute digitale, che possono comprendere: piattaforme web, contenuti digitali che promuovono la Health literacy, forme di telecomunicazione per migliorare lo scambio tra medico-paziente o familiari, tecnologie persuasive per il cambiamento di comportamento, videogiochi e *serious games* per incentivare comportamenti virtuosi, realtà virtuale e aumentata (per un approfondimento cfr. G. Pravettoni, S. Triberti, *Il medico 4.0*, cit., pp. 51-55).

diviene qualcosa che il medico deve non solo monitorare, ma anzitutto predire a partire dai dati a disposizione, proiettando in avanti le possibilità della stessa medicina, secondo una logica di anticipazione e previsione. L'alfabetizzazione sanitaria come *Health Literacy*⁷² richiede che il medico sia in grado di elaborare i dati di un paziente per dire anticipatamente come potrebbe sentirsi nel prossimo futuro. Infatti, secondo la testimonianza di Roberto Ascione, uno tra i maggiori *opinion leader* e imprenditori nello sviluppo delle tecnologie digitali sanitarie, il concetto di *salute digitale* promuove sempre meno un'idea di salute radicata all'oggi, o alle attuali condizioni vissute dalla persona ma, al contrario:

La salute digitale, invece, assomiglierà sempre di più a qualcosa legata ad aspetti anticipatori, a un'attività di tipo predittivo, basata su una grande mole di dati a disposizione. Andiamo verso uno scenario dove il medico riceve dal paziente il consenso di accesso per poter lavorare sui dati del paziente stesso, raccolti da device, app e software, e resi disponibili in modo asincrono attraverso piattaforme. Con questi dati a disposizione, nonché l'ausilio di ulteriori specifici software e algoritmi, il medico sarà in grado di orchestrare l'intervento diagnostico terapeutico anziché fare ipotesi e inferenze come è avvenuto finora.⁷³

Con la *salute digitale*, perciò, il medico potrebbe essere chiamato a concertare e amministrare le strategie proposte dalle tecnologie rispetto ai dati disponibili, piuttosto che a interpretare direttamente tali dati, raffrontarli al vissuto concreto ed esperito dalla persona per elaborare la diagnosi o stabilire una terapia. Il che, se da una parte rappresenta l'opportunità di un deposito enorme di ipotesi possibili, con cui potersi confrontare da parte del medico dall'altra può creare due ordini di problematiche. Da un lato una trasformazione della relazione che vede il medico non impegnato nella costruzione di un'"alleanza" con il paziente, quanto piuttosto a selezionare l'ipotesi diagnostica o terapeutica che le macchine hanno definito come più affidabile⁷⁴: anche per una preoccupazione difensiva, per evitare di incappare nell'accusa

⁷² Cfr. P. J. Schulz, K. Nakamoto, *Health literacy and patient empowerment in health communication. The importance of separating conjoined twins*, «Patient Education and Counseling», 90 (2013), pp. 4-11.

⁷³ R. Ascione, *Il futuro della salute*, cit., p. 187.

⁷⁴ Sebbene ecceda dalla portata della nostra ricerca, sorge qui il problema della esplicabilità, messo in luce anche da Floridi, che diventa un nuovo criterio per l'utilizzo della IA (non solo in ambito medico): «l'esplicabilità, intesa come principio che include sia il senso epistemologico di intelligibilità (come risposta alla domanda: "Come funziona?") sia quello etico di responsabilità (accountability) (come risposta alla domanda: "Chi è responsabile del modo in cui funziona?"); e ciò vale sia per gli esperti, come per esempio progettisti o ingegneri di prodotto, sia per i non esperti, come per esempio pazienti o clienti» (L. Floridi, *Etica dell'intelligenza artificiale. Sviluppi, opportunità, sfide*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2022, ebook, seconda parte, cap. IV; nello stesso testo si rimanda anche al paragrafo 4.7). In molti casi, non è possibile, per gli umani, ripercorrere la logica che alimenta gli algoritmi e si discute se esista un cosiddetto "diritto alla spiegazione", attraverso il quale si possa risalire al processo compiuto dall'IA. I modelli di apprendimento automatico possono rivelarsi delle vere e proprie "scatole nere" (si parla infatti di *black box*) non trasparenti e spesso incomprensibili anche agli occhi degli stessi sviluppatori: questo solleva l'interrogativo di come garantire il rispetto per i diritti delle persone coinvolte, soprattutto in contesti in cui una decisione presa da un algoritmo abbia un impatto significativo sulla loro vita. Così, afferma Mannelli: «A fronte di due esiti incompatibili, la non explainability che caratterizza i risultati di IA rende molto difficile, per il medico, il compito di risalire alle ragioni che hanno guidato la macchina nel suo processo di elaborazione della diagnosi in modo da operare un confronto utile a comprendere dove si sia originata la contrapposizione nelle due valutazioni, e quindi, potenzialmente, a scioglierla. Senza la possibilità di

(di un eventuale avvocato?, di un funzionario del sistema assicurativo?) di non aver saputo valutare correttamente. Chi, invece, potrebbe contrastare una decisione medica in linea con l'ipotesi formulata dalla macchina? Dall'altra un aumento esponenziale, da parte dei pazienti, della pretesa di poter avere sotto controllo in anticipo tutto l'evolversi del percorso, magari anche senza alcuna mediazione medica: la stessa domanda di salute sposta l'orizzonte delle possibilità. Così, si rischia di trasformare la salute in un bene di consumo, una merce, una *commodity* acquistabile sul mercato dei nuovi prodotti.

La domanda di salute, insomma, nell'ambiente digitale sposta l'orizzonte della propria portata in modi certamente imprevedibili, che possono riguardare non solo una singola vita, ma anche altre vite, perfino le vite ancora non nate. Un esempio significativo è offerto dal caso di una donna⁷⁵ a cui, dopo aver sofferto di diversi arresti cardiaci, per fortuna non fatali, è stato impiantato un defibrillatore per evitare altri cedimenti del cuore. Tuttavia, risolto il problema, l'inquietudine della donna si è riversata sulla possibilità di trasmettere il proprio disordine genetico ai figli: la domanda di salute, così, si è trasformata, e la trasformazione ha potuto avvenire perché, utilizzando tecniche della medicina di precisione⁷⁶ e del sequenziamento genomico, il medico ha potuto identificare il gene responsabile del disturbo ed agire in modo tale da isolare e far sviluppare solo un embrione geneticamente sano. La richiesta della paziente si è talmente proiettata in avanti al punto da coinvolgere una vita ancora neanche nata. Questo caso, come affermano Pravettoni e Triberti, è emblematico perché «l'intelligenza artificiale, la

ripercorrere il sentiero seguito dalla macchina, diventerebbe complicato superare la contrapposizione tra le due diagnosi e arrivare a una sintesi, aprendo ad allarmanti derive di dogmatismo nei confronti dell'operato dell'IA. [...] Un certo livello di trasparenza nei processi che portano l'IA a un determinato risultato si rivela, tuttavia, significativo anche per la tutela dell'autonomia decisionale del paziente con implicazioni per l'autodeterminazione nelle scelte di cura. Infatti, gli esseri umani potrebbero avere difficoltà a comprendere le motivazioni che hanno portato IA ad elaborare una determinata conclusione, con effetti diretti o indiretti sulle loro vite, ad esempio nel caso di una diagnosi o della definizione di un percorso terapeutico. Oppure, potrebbero non essere in grado di negoziare o confrontarsi con tale tecnologia per raggiungere una decisione condivisa e in linea con il loro migliore interesse. A partire dalla diagnosi prodotta dall'IA, l'algoritmo può potenzialmente ordinare le opzioni disponibili secondo una gerarchia di valori che non necessariamente riflettono le preferenze del paziente. Ad esempio, l'algoritmo potrebbe essere impostato per indicare un percorso che prediliga una maggiore aspettativa di vita – quindi preferendo la quantità alla qualità del tempo – laddove il paziente interessato potrebbe invece desiderare il contrario» (C. Mannelli, *Etica e intelligenza artificiale. Il caso sanitario*, Donzelli, Roma 2022, ebook, cap. II).

⁷⁵ Per un approfondimento di questo caso clinico cfr. E. Topol, *Deep Medicine. How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*, Basic Book, New York 2019. L'aggettivo *deep* a cui fa riferimento l'autore rimanda implicitamente all'impiego delle tecnologie di *deep learning* e quindi a come l'utilizzo dei *Big Data* processati dagli algoritmi di intelligenza artificiale possa valorizzare diversamente il ruolo della medicina. Al punto da conferirle un carattere di *medicina profonda*.

⁷⁶ Offriamo una definizione: «la medicina di precisione si propone di analizzare tutte le dimensioni del singolo individuo, in modo da “cucire” il trattamento in base alle caratteristiche individuali. Essa può infatti avvalersi degli enormi sviluppi della biologia molecolare e della realizzazione di enormi banche dati le cui informazioni possono essere elaborate dai sistemi di IA per oggettivare e quantificare la natura eterogenea della maggior parte delle malattie e la variabilità fenotipica dei singoli individui a livelli di genomica, epigenomica, trascrittomica, proteomica e metabolica, la cosiddetta “panomica”» (G. Collecchia, R. De Gobbi, *Intelligenza artificiale e medicina digitale*, cit., pp. 135-136).

genomica, l'analisi dei Big Data hanno avuto una parte rilevante: hanno consentito di curare la paziente per quello che era la sua vera domanda di salute»⁷⁷. In un primo momento rivolta a sé stessa, in un secondo momento rivolta al figlio, ancora concepito (possibilmente sano) solo nel pensiero e nell'idea della sua futura venuta al mondo.

Ci si trova di fronte a trasformazioni che non solo non esonerano, ma dovrebbero sollecitare ad interrogarsi, dal punto di vista etico: in primo luogo per comprendere in che modo l'aumento delle possibilità trasformi il senso del tempo, la percezione del limite e persino il senso del valore, per cercare quindi di non lasciarsi imporre criteri d'azione parametrati in modo irriflesso sull'efficacia e l'efficienza macchinica.

3.3. *Dalla persona malata al paziente digitale*

Esiste un lungo e vivo dibattito sui modi per definire la persona che avanza la propria domanda di salute e richiesta di cura: la si è definita *paziente*, *persona malata*, *utente*, *cliente*. Definizioni diverse che non sono equivalenti, ma di fatto riflettono un contesto e un modo di intendere la medicina e la sanità. Infatti se la pratica medica viene istituita come un servizio di offerta commerciale, dove poter “acquistare” beni e servizi, c'è chi ritiene legittimo l'utilizzo del termine *cliente*; se, invece, la sanità è concepita come un servizio per elargire informazioni, certificazioni e referti, allora sembra naturale parlare di *utente*; quando, però, la medicina mantiene alta la promessa di una cura integrale e di un'attenzione all'umano avendo a cuore di non ridurlo al corpo oggettivo, ai sintomi, né a sradicarlo dal contesto esistenziale nel quale la cura si svolge e dove la comunicazione, l'accompagnamento e la relazione reciproca non indietreggiano, allora sembra più adeguato parlare di *persona malata*⁷⁸ – la definizione che, anche qui, abbiamo perlopiù adottato. Ora, negli ambienti digitali una nuova semantica avanza inevitabilmente, sotto forma di quello che viene definito, oramai con naturalezza, *paziente digitale (e-patient)*⁷⁹.

Potrebbero sembrare etichette diverse per definire lo stesso referente, oppure un cantare la stessa canzone con altre parole, tuttavia non è questo il caso. Come crede anche Dadà, «l'e-patient non presenta infatti le stesse caratteristiche del paziente classico, soprattutto per quanto

⁷⁷ G. Pravettoni, S. Triberti, *Il medico 4.0*, cit., p. 82.

⁷⁸ Per un approfondimento cfr. M. Geddes de Filicaia, *Cliente, paziente, persona. Il senso delle parole in sanità*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2013.

⁷⁹ Cfr. T. Ferguson, *E-Patients. How They Can Help Us Heal Healthcare*, White Paper – Society of Participatory Medicine, San Francisco 2007.

riguarda la sua capacità di prendere decisioni e di esercitare la propria volontà. Egli si muove in uno spazio mediato, in cui acquisisce nuove competenze e responsabilità, perdendo invece altre caratteristiche, delegate ai dispositivi, alle infrastrutture tecnologiche e al medico»⁸⁰.

Ma, anche in questo caso, diverse sono le definizioni di *paziente digitale*, e lasciano più zone d'ombra che non spazi di comprensione. Infatti, se da una parte può essere concepito come colui che viene tracciato digitalmente o che ha accesso ai servizi della medicina digitale (quindi un *corpo digitale* che richiede le prestazioni della *salute digitale*), dall'altro può anche rimandare alla capacità del cittadino comune, non necessariamente monitorato e non per forza malato, di usufruire delle informazioni sanitarie disponibili in rete o tramite diverse tecnologie di informazione e comunicazione. Inoltre, sembra proprio che la percezione veicolata da un certo utilizzo dei dati sanitari si riferisca al paziente digitale non solo come singolo individuo ma anche rispetto ai rapporti che intrattiene con la sua comunità: è un *paziente/cittadino digitale*. Il possesso delle competenze necessarie per abitare l'ambiente digitale fa sì che si possa parlare di *paziente digitalmente impegnato (digitally engaged patient)*⁸¹: cioè un paziente (e cittadino) in grado di acquisire conoscenze sanitarie per meglio controllare le decisioni o azioni che riguardano il proprio stato di salute e rafforzare quello che viene definito, secondo un termine sempre più in voga, il proprio *empowerment*⁸² (termine che rimanda sia a un'emancipazione e presa di controllo, sia a un'acquisizione di consapevolezza). Parimenti, le conoscenze sanitarie, le decisioni, azioni e l'*empowerment* acquisito possono riversarsi e trovare un beneficio pubblico nella società intera. Da un lato il *paziente digitale* dovrebbe essere capace di usufruire delle informazioni disponibili in rete, e in particolare in specifici siti, per affinare le proprie conoscenze e gestire la propria salute (con l'integrazione o meno di monitoraggi); dall'altra, la sua alfabetizzazione sanitaria dovrebbe avere un valore pubblico dato che può incrementare le informazioni, scaturite dal suo monitoraggio e che si sommano a quelli degli altri cittadini, a disposizione per valutazioni di salute pubblica. I dati personali, anche se privati, una volta resi anonimi possono essere condivisi, sommati o capitalizzati con altri dati (*Big Data*).

La digitalizzazione, la diffusione della rete, insieme alla datificazione, possono essere preziose alleate sia per diffondere informazioni e conoscenze, sia per poter procedere ad analisi

⁸⁰ S. Dadà, *Autonomia in telemedicina. L'e-patient tra indipendenza e coinvolgimento*, «Teoria. Rivista di filosofia», 2 (2022), p. 36.

⁸¹ Cfr. D. Lupton, *The Digitally Engaged Patient: Self-Monitoring and Self-Care in the Digital Health Era*, «Social Theory & Health», 11 (2013), pp. 256-270.

⁸² Cfr. L. Bos, A. Marsh, D. Carroll, S. Gupta, M. Rees, *Patient 2.0 Empowerment*, in *Proceedings of the 2008 International Conference on Semantic Web & Web Services*, CSREA Press, Las Vegas 2008, pp. 164-168.

su larga scala e così affrontare eventuali crisi epidemiologiche. C'è anche chi, riflettendo su questa condivisione o produzione di dati, vede un potenziale rafforzamento del ruolo del paziente/cittadino digitale come un alleato, un partner o un copilota⁸³. La voce dei pazienti non verrebbe in seconda battuta rispetto a grandi questioni (distribuzione di farmaci, scelte sanitarie che ne vanno della collettività, ecc.) ma sarebbe una voce che può esprimersi e contribuire al dibattito. Certo ci si deve chiedere se basti, affinché questo accada, che i cittadini siano produttori di dati che vengono raccolti da sensori, oppure se si ritenga che debbano poter parlare in prima battuta e, quindi, attraverso quali pratiche sia possibile che ciò avvenga.

Emergono infatti anche molti aspetti problematici: ci sono possibilità, ma si creano pure risacche ed effetti collaterali da vagliare criticamente.

Ad esempio grazie alla rete i pazienti hanno a disposizione molte informazioni, ma questo non significa essere capaci di interpretarle o farne (buon) uso: è necessaria una conoscenza in cui inserirle, che sappia correlarle e contestualizzarle. Come afferma Marin, «al di fuori del rapporto medico-paziente, non è garantita da parte dell'*e-patient* nemmeno una adeguata comprensione e gestione dei dati attendibili e comprovati sul piano scientifico»⁸⁴. Il che sollecita a domandarsi fino a che punto sia davvero un'opportunità avere a disposizione molte informazioni se queste non sono al contempo accompagnate da una formazione alla lettura e comprensione delle stesse. Ma contemporaneamente ci si deve chiedere se il medico debba allora assumere non solo un ruolo assistenziale o di cura, ma diventare una figura di riferimento per la formazione di una capacità critica nel paziente. Peraltro la rete è popolata anche di molte *fake*: come il video, che si presenta a più riprese sui social, che consiglia di bere acqua calda e limone tutte le mattine a stomaco vuoto per dimagrire. La comunità scientifica ha già sconfessato tale correlazione e, anzi, evidenzia fattori di rischio come minor risposta glicemica o eccessiva erosione dentale⁸⁵. Peraltro, poiché le informazioni in internet sono sempre filtrate dagli algoritmi in base a precedenti ricerche, alle preferenze di visualizzazione, alla profilazione o agli acquisti fatti online, non va escluso che il paziente digitale diventi la vittima "privilegiata" di tali *fake news* e in questo modo, sempre per Marin, «non si può escludere che l'*empowerment*

⁸³ Ad esempio, nel sito Belga dedicato ai servizi di e-health e all'implementazioni tecnologiche in sanità, nella sezione del *Lessico* si offre una definizione in cui si afferma: «per poter offrire ai pazienti la migliore assistenza possibile, i pazienti stessi e i loro assistenti devono avere accesso alle informazioni giuste nel più breve tempo possibile. La sanità elettronica può contribuire a questo obiettivo. Grazie a Internet, ai dispositivi mobili e alle app, i pazienti possono diventare *copiloti* della propria salute. Anche gli operatori sanitari traggono vantaggio da queste applicazioni digitali: hanno sempre cartelle cliniche aggiornate, possono comunicare meglio con i colleghi e hanno nuove possibilità di monitorare i pazienti a distanza» (<https://www.ehealth.fgov.be/fr/page/lexique>, consultato a gennaio 2024, corsivo nostro).

⁸⁴ F. Marin, *La progressiva digitalizzazione della salute*, cit., p. 152.

⁸⁵ Cfr. <https://www.microbiologiaitalia.it/salute/bere-acqua-e-limone/>, sito consultato a gennaio 2024.

patient venga intrappolato in una vera e propria “bolla informazionale” (*information bubble*) rimanendo così isolato in un universo di informazioni algoritmicamente create [e...] può addirittura trasformare l’*e-patient* da soggetto attivo a target commerciale: l’utente potrebbe infatti essere manipolato o esposto a campagne propagandistiche e trovare “la soluzione” ai suoi problemi di salute proprio negli annunci pubblicitari appositamente selezionati in rete»⁸⁶.

I siti informatici molto spesso sono gestiti da parte di chi ha chiari interessi di profitto economico, ma si deve evitare che l’acquisto dei medicinali in internet, da parte del paziente digitale, sia il frutto di una persuasione pubblicitaria piuttosto che di una reale necessità clinica⁸⁷, che lo vede strumentalmente sottomesso a logiche di *marketing* e di mercato.

Peraltro, quando i pazienti digitali scelgono di cedere i propri dati a un sistema informatico, magari per beneficiare di una medicina *tailored*, non va esclusa la possibilità che questi vengano ceduti o intercettati da terzi capaci di sfruttarli a proprio vantaggio non solo all’insaputa del paziente ma magari anche raggirandolo. Basti pensare, seppure fa riferimento ad un altro ambito, al caso curioso del monitoraggio di abitudini applicato al rischio finanziario dove, «secondo alcune ricerche, le persone che comprano i feltrini per i mobili rappresentano i clienti migliori per gli istituti di credito. Questo target, infatti, sarebbe più interessato a colmare i propri debiti nei tempi corretti, risultando di grande interesse per le società emittitrici di carte di credito»⁸⁸. Insomma, dietro la promessa di una profilazione sviluppata a tutto vantaggio della persona può celarsi il rischio della sua sorte finanziaria. Allo stesso modo, ciò che poteva essere un vantaggio sanitario, diventa una via di accesso allo sfruttamento di un soggetto ovviamente già particolarmente predisposto ad accettare il suggerimento di rimedi per il proprio malessere.

Inoltre, non va trascurato come coloro che solitamente necessitano di maggiori cure e assistenze siano proprio coloro che spesso sono meno attrezzati per utilizzare certi strumenti digitali per la ricerca di informazioni o per il monitoraggio: anziani, bambini, persone con particolari disabilità fisiche o cognitive. Di fronte a quell’esperienza di *divide* che ogni malattia comporta tra un prima e un dopo la sua comparsa, esistono persone che sono anche esposte al

⁸⁶ F. Marin, *La progressiva digitalizzazione della salute*, cit. p. 152.

⁸⁷ Cfr. D. Lupton, *The commodification of patient opinion: the digital patient experience economy in the age of big data*, «Sociology of Health & Illness», 36 (2014), pp. 856-869.

⁸⁸ G. Pravettoni, S. Triberti, *Il medico 4.0.*, cit., p. 33.

*divide tecnologico*⁸⁹, all'incapacità nel saper utilizzare gli strumenti⁹⁰ o nel dare il giusto consenso (cosiddetto *informato*) a certe tecnologie.

Peraltro si deve anche evidenziare la particolare situazione in cui viene di solito a proporsi la questione del consenso. Come evidenzia Danani, «si tratta di un consenso che non può essere considerato davvero informato né libero, per le condizioni di sistema in cui si trova chi lo conferisce. Infatti non solo approfondire la conoscenza dei termini e delle condizioni d'uso prima dell'utilizzo di ogni dispositivo sarebbe un'attività dispendiosa, in termini di tempo e di attenzione, ma spesso non si può neppure scegliere se voler aver a che fare o no con una certa tecnologia»⁹¹.

Il nuovo *paziente digitale*, perciò, è messo di fronte ad occasioni che possono rivelarsi potenzialmente favorevoli, ma solo se la loro gestione e interpretazione viene pensata dentro la relazione con un professionista della salute, altrimenti la promessa di autonomia si trasforma in una libertà illusoria e tra l'altro si alimentano «forme di dipendenza legate alla presenza continua e diffusa della medicina nella vita del soggetto»⁹²; non basta insomma che il vantaggio dei «modelli di innovazione basati sul contributo dei pazienti possono significativamente ridurre sia i costi che i tempi di realizzazione delle innovazioni stesse»⁹³: può trattarsi di un vantaggio solo per le aziende produttrici di farmaci o dispositivi sanitari.

Il cambiamento in atto, promettendo massimi vantaggi e indiscutibile efficienza, in realtà rischia pure di portare il *paziente digitale* a quella che Illich, pensando all'irrefrenabile accelerazione tecnologica di una medicina senza limiti, denunciava come una forma di *iatrogenesi* culturale, cioè dove «un comportamento o una serie di illusioni promossi dalla medicina restringono l'autonomia vitale degli individui»⁹⁴. Il paziente digitale rischia di subire anche quella che sempre Illich definisce una *nemesi medica*, ovvero il «*feedback* negativo di un'organizzazione sociale che, partita con l'intento di migliorare e uguagliare le possibilità per

⁸⁹ Secondo il lessico di Carnevale, quando le vulnerabilità della persona si sommano alle vulnerabilità derivanti dalla tecnologia si potrebbe parlare di una condizione di "tecno-vulnerabilità", derivante non solo dal fatto che si instaura un certo rapporto di dipendenza tra l'umano e la tecnica, come abbiamo accennato rispetto alla questione antropologica, ma soprattutto legata alle diverse possibilità che possono scaturire dal tra noi e le tecnologie. Cfr. A. Carnevale, *Tecno-vulnerabili. Per un'etica della sostenibilità tecnologica*, Orthotes, Napoli-Salerno 2017).

⁹⁰ Cfr. Y. J. Chun, P. E. Patterson, *A usability gap between older adults and younger adults on interface design of an Internet-based telemedicine system*, «Work», 41 (2012), pp. 349-352.

⁹¹ C. Danani, *Abitare il futuro tecnologico. Quale dimensione politica*, in *Antropologica. Annuario di Studi Filosofici*, vol. 1, a cura di L. Sandonà, F. Zaccaron, *Noi tecno-umani. Pandemia, tecnologie, comunità*, Edizioni Meudon, Trieste 2021, p. 141.

⁹² L. Meola, *Autonomia del paziente e sanità digitale. Considerazioni bio-etiche sulla mobile-health*, in C. Buccelli (a cura di), *Le scienze della vita al vaglio della bioetica e della medicina legale*, vol. II, Napoli 2017, p. 395.

⁹³ A. E. Tozzi, *Impazienti. La medicina basata sull'innovazione*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2019, p. 62.

⁹⁴ I. Illich, *Nemesi Medica. L'espropriazione della salute*, Red Edizioni, Cornaredo 2005, p. 281.

ognuno di salvaguardarsi autonomamente, ha finito per distruggerle»⁹⁵, o rischia di farlo se non si interviene con consapevolezza critica e gioco di anticipo⁹⁶.

4. *Social, blog, e consultazioni online: tra cyberautonomy e cybercondria*

Il sistema sanitario pubblico dispone di proprie piattaforme e infrastrutture informatiche, esistono database, programmi per la gestione, decodificazione, o il trasferimento protetto delle cartelle sanitarie, e questi strumenti costituiscono già degli ambienti digitali nella misura in cui ridisegnano lo spazio di lettura, comprensione e analisi dei pazienti. Tuttavia il web è uno scenario ben più ampio ed ha assunto un ruolo determinante nel modo di pensare la relazione clinica: sia perché i diversi siti costruiscono nuove possibilità per la gestione dell'esperienza della malattia, sia perché il web va a riconfigurare i modi di percepire e vivere l'esperienza di malattia, in particolar modo quando l'ambiente digitale ha un carattere dichiaratamente *social*.

I social media, i luoghi di informazione o per lo scambio di esperienze, rappresentano una possibilità preziosa per molti pazienti, soprattutto per la relazione che si viene a creare tra pari. Al contempo, però, questa occasione può anche favorire un definitivo allontanamento tra pazienti e medici, poiché quest'ultimi sono esposti al rischio di essere intesi come accessori o non rilevanti agli occhi delle persone malate, ormai soppiantati dalla disponibilità di un repertorio di esperienze già vissute, ed in fondo si crea la convinzione che il “dottor Google” può benissimo offrire la risposta di cui si è andati alla ricerca.

Per quanto riguarda i *social*, è oramai acclarato come questi dispongano di particolari algoritmi capaci di monitorare i contenuti, le parole e gli usi specifici che vengono fatti dagli utenti, costruendone una profilazione che traccia usi e costumi abituali. Ad esempio una ricerca ha mostrato che l'analisi emotiva dei contenuti condivisi su Twitter può predire la mortalità in caso di patologie cardiovascolari, con un grado di accuratezza e affidabilità maggiore rispetto a dei modelli statistici basati su altri dati (come la demografia, il fumo, l'obesità)⁹⁷. Le parole scritte sui *social*, insieme al contenuto emotivo che queste veicolavano, sono diventate dei

⁹⁵ Ivi, p. 285.

⁹⁶ Da qui l'importanza di promuovere l'*ethics by design*, cioè un approccio dove la riflessione etico-filosofica non interviene secondariamente al processo di sviluppo tecnologico (anche in campo medico), ma è già parte integrante del processo di costruzione di algoritmi e dispositivi.

⁹⁷ Cfr. J. C. Eichstaedt, H. A. Schwartz, M. L. Kern, G. Park, D. R. Labarthe, R. M. Merchant, S. Jha, M. Agrawal, L. A. Dziurzynski, M. Sap, C. Weeg, E. E. Larson, L. H. Ungar, M. E. Seligman, *Psychological language on Twitter predicts county-level heart disease mortality*, «Psychological Science», 26 (2015), pp. 159-169.

marker per monitorare i fattori di mortalità, e così è stato possibile ad esempio capire quanto la presenza di certi contenuti emotivi può rappresentare un segnale di allerta.

Si tratta dell'impiego delle cosiddette *Digital Disease Detection*⁹⁸, ovvero tecnologie che utilizzano i dati, le fonti mediatiche, la cronologia delle ricerche sul web, notizie, chat e blog per individuare i primi segnali di insorgenza di una possibile malattia. Viene rilevato che «le piattaforme come Facebook e Twitter permettono di attuare un vero e proprio studio delle patologie attraverso l'utilizzo di ricerche che gli individui quotidianamente svolgono e che permettono di creare un tracciato. Con i dati ottenuti da queste piattaforme è possibile studiare la prevalenza di obesità in un Paese, la correlazione tra la diffusione dei pollini e la prevalenza di allergie, l'attitudine dei pazienti nei confronti delle vaccinazioni e molto altro ancora»⁹⁹. In questo caso il ruolo dell'utente è abbastanza passivo e inconsapevole, non è detto che sappia di essere diventato un diverso *paziente digitale*, l'uso spontaneo dei social lo ha messo nella condizione di essere analizzato sotto la lente della salute e di alcuni scopi sanitari, non necessariamente perché lo abbia chiesto. Queste informazioni possono anche integrarsi alle conoscenze o ai dati dei dispositivi specifici utilizzati dai sanitari di professione: si crea una sorta di complementarietà. Si deve così anche riconoscere l'utilità pratica che i *social* possono rappresentare in termini di prevenzione o intervento anticipato¹⁰⁰, in quanto l'algoritmo predittivo dei social può allertare rispetto all'insorgere di situazioni problematiche, anche in condizioni di malattie psichiatriche o di intenzioni suicidarie. Ad esempio, il *Durkheim Project*¹⁰¹ si prefigge proprio questo scopo. Richiamando il nome del più celebre teorico sociale sul tema del suicidio, questo programma utilizza un algoritmo capace di rilevare la probabilità di intenzioni suicidarie a partire dai contenuti pubblicati sui *social*. Il che può costituire un importante strumento di tutela della persona, sebbene non manchino criticità circa le distorsioni

⁹⁸ Cfr. J.S. Brownstein, C.C. Freifeld, L. C. Madoff, *Digital disease detection-harnessing the Web for public health surveillance*, «The New England Journal of Medicine», 360 (2009), pp. 2153-2157.

⁹⁹ G. Pravettoni, S. Triberti, *Il medico 4.0*, cit., p. 35.

¹⁰⁰ Si pensi a uno studio sull'uso di Twitter nella sorveglianza delle malattie allergiche e per segnalare le generali tendenze nell'uso di farmaci. Cfr. F. Gesualdo, G. Stilo, A. D'Ambrosio, E. Carloni, E. Pandolfi, P. Velardi, A. Fiocchi, A. E. Tozzi, *Can Twitter Be a Source of Information on Allergy? Correlation of Pollen Counts with Tweets Reporting Symptoms of Allergic Rhinoconjunctivitis and Names of Antihistamine Drugs*, «PLoS One», 10 (2015), doi: 10.1371/journal.pone.0133706 [consultato 20.01.2024].

¹⁰¹ Si tratta di un progetto nato da uno studio dell'Università di Dartmouth, nel quale si è riscontrato che nel 65% dei casi, i soggetti impiegano dei termini o delle frasi solitamente utilizzate da chi sta pensando, o progettando concretamente, di porre fine alla propria vita. Il progetto è originariamente nato per monitorare i veterani di guerra, che sono tra i soggetti a più alto rischio di suicidio, finché l'uso e lo studio sulle possibilità predittive sono state allargate ai social network nella speranza, da parte dei progettatori, di costruire un database sempre più accurato. Sembra che la tecnologia alla base di questo algoritmo non sia molto dissimile da un diverso progetto, denominato *PredPol*, per la predizione di reati in certe zone urbane e già impiegato negli Stati Uniti e in Gran Bretagna.

possibili operate dall'algoritmo o la pervasiva sorveglianza che questo sistema inevitabilmente implica.

Diverso è il caso dei *blog* specializzati. Si accede a queste piattaforme consapevolmente, si vuole partecipare a una comunità di pari, si condividono intenzionalmente delle informazioni cliniche, si cercano magari altre persone che stanno vivendo la stessa esperienza, in modo più o meno drammatico. Insomma, si vengono a formare delle vere e proprie *comunità digitali di pazienti*, nelle quali la comunicazione «trasferisce il controllo dell'informazione da chi la scrive a chi la legge»¹⁰². Un esempio virtuoso è *Patient Like Me*¹⁰³, uno spazio che, attualmente, conta più di 830.000 membri e dove ci si occupa di oltre 2.900 diverse condizioni patologiche. Qui i pazienti condividono le proprie esperienze e i dati clinici a beneficio di altri che possono acquisire, o migliorare, le conoscenze rispetto ai sintomi e ai trattamenti, perché «chiunque sia iscritto alla comunità è in grado di avere informazioni dettagliate sugli effetti collaterali dei farmaci così come vengono raccontati dai pazienti, e di sapere quali terapie hanno ricevuto i pazienti con determinati sintomi e l'eventuale giovamento»¹⁰⁴. Un ruolo importante lo hanno anche i familiari che, altrettanto, raccontano ad altri, tramite la piattaforma, quali possono essere le strategie pratiche o funzionali per gestire malattie particolari o casi di cronicità, come è stato per la fibrosi cistica¹⁰⁵.

Come si diceva, le conoscenze derivanti dal confronto di queste esperienze possono essere riprese sia nell'ambito del sapere prettamente medico (creando una curiosa alleanza tra sapere dei pazienti e sapere medico), sia negli ambiti dell'innovazione del mercato dei prodotti e dei servizi, il che lascia aperta la questione relativa al loro *buon* uso. Questo non deve far trascurare, tuttavia, i benefici emotivi e relazionali che possono nascere all'interno di queste comunità digitali di pazienti. Le persone malate possono sentirsi meno sole, trovare una sponda di confronto con altri o anche di conforto personale. Nei casi di cronicità, che costringono molti a restare a letto, questi ambienti digitali rappresentano anche dei modi per uscire dalla propria immobilità fisica, incontrando chi vive la stessa esperienza, anche se dall'altra parte del Paese. Inoltre, esistono progetti non solo per pazienti adulti, ma anche per casi pediatrici, come

¹⁰² B. Morsello, *Narrative medicine, definizioni epistemologiche e prospettive digitali*, in B. Morsello, C. Cilona, F. Misale (eds.), *Medicina narrativa. Temi, esperienze e riflessioni*, RomaTre Press, Roma, 2017, p. 46.

¹⁰³ Cfr. www.patientlikeme.com

¹⁰⁴ A. E. Tozzi, *Impazienti*, cit., p. 59.

¹⁰⁵ Pazienti e familiari, secondo Tozzi, darebbero così vita a una medicina partecipativa grazie pure ai suggerimenti o alle strategie creative da loro provenienti: «ad esempio, le comunità di pazienti con fibrosi cistica hanno generato numerose soluzioni pratiche per i problemi comuni di questa malattia. I dispositivi per il drenaggio bronchiale basato sull'emissioni di basse frequenze ispirato dalla musica, l'uso del trampolino come esercizio fisico per mobilizzare il muco bronchiale, l'uso delle soluzioni saline ipertoniche, sono tutte idee nuove sviluppate da pazienti sulla base di osservazioni ed esperienze personali» (Ivi, pp. 59-60).

KIDS/iCan¹⁰⁶ che supporta gruppi di pazienti dagli 8 ai 18 anni, i quali imparano tra pari come gestire la malattia e “insegnano” cosa dovrebbe tenere in considerazione chi progetta certe tecnologie o terapie digitali.

C'è infine anche una terza modalità di utilizzo dei social media: l'accesso a più generiche consultazioni online. Si accede ad internet e si cercano informazioni, si spulciano siti sanitari, o magari si guardano i contenuti proposti dall'ultimo guru della medicina pubblicati nel suo personale sito web. Potrebbe sembrare un'attività tra le molte svolte in rete, ma si pensi al fatto che, secondo uno studio, già solo agli inizi del 2000, la ricerca delle informazioni riguardanti la salute era tra le maggior attività svolte dai frequentatori del web¹⁰⁷: andando dalla semplice consultazione al tentativo di formulare una vera e propria diagnosi. Il web viene utilizzato sia dai pazienti che dai professionisti della salute e secondo una ricerca¹⁰⁸ il ricorso a Google può offrire una diagnosi corretta più di una volta su due. Certo molto dipende dalla competenza del paziente che formula la domanda al motore di ricerca. Poiché l'idea è che, aumentando le informazioni aumenti anche la consapevolezza sulla propria condizione e, di conseguenza, la libertà decisionale, c'è chi parla di una *cyberautonomy* acquisibile dal paziente digitale che autonomamente attinge ai canali di informazione.

Va notato un ulteriore aspetto, che evidenzia l'importante impatto che l'uso di Internet ha sull'esperienza vissuta dai pazienti¹⁰⁹: esistono malattie “antipatiche”, imbarazzanti, stigmatizzate o considerate tabù da parte della società. Alcuni pazienti che ne sono affetti, o che iniziano a riscontrare dei sintomi, possono sentirsi in difficoltà a consultare un medico, per paura, vergogna o pudicizia, e ciò a tutto svantaggio della propria salute. Oltre alla malattia vivono il malessere che deriva dal dover condividere la propria condizione, e il fatto che il medico sia un professionista del settore non in tutti riduce il senso di disagio. In questi casi avere un primo approccio informativo attraverso la rete può agevolare il farsi un'idea su queste malattie e aiutare i pazienti a non concepirle come stigmatizzanti o inamovibili “lettere scarlatte” ma, al contrario, come condizioni naturali di cui anche altri soffrono. Così, ad esempio, uno studio ha mostrato come l'utilizzo di internet da parte di pazienti affetti da cancro alla prostata possa abbattere la loro inibizione nel parlarne col medico, e migliorare la loro

¹⁰⁶ Cfr. www.kidsican.com

¹⁰⁷ Cfr. S. Fox, D. Fallows, *Internet Health Resources*, «PEW Internet and American Life Project», (2003). Disponibile online: <https://ssrn.com/abstract=2054071> [consultato il 20.01.2024].

¹⁰⁸ Cfr. H. Tang, J. H. Ng, *Googling for a diagnosis - Use of Google as a diagnostic aid: Internet Based Study*, «British Medical Journal», vol. 333, 7579 (2006), pp. 1143-1145.

¹⁰⁹ Cfr. S. Ziebland, S. Wyke, *Health and illness in a connected world: how might sharing experiences on the internet affect people's health?*, «The Milbank Quarterly», 90 (2012), pp. 219-249.

percezione¹¹⁰ della malattia: trovano sul web le esperienze di altri “sopravvissuti”, si intrattengono su forum di condivisione e arrivano a concepire diversamente la propria esperienza; percepiscono anche gli stessi strumenti social come dei buoni alleati “medici”, che si integrano al sapere medico. Perciò il loro utilizzo è qui più che proficuo e benefico.

Non va dimenticato, però, che esiste anche uno scenario opposto alla *cyberautonomy*, rappresentato dal fenomeno della *cybercondria*: è il caso in cui ci si crede affetti da malattie gravi perché ci si riconosce in alcuni sintomi trovati descritti online. Il solo leggere di questi sintomi su internet dà adito a reazioni allarmanti, scatena paure immotivate: si pensa che uno sporadico mal di testa sia sintomatico di un tumore cerebrale – peraltro, digitando su Google, il mal di testa viene indicato proprio tra i primi sintomi di allerta in caso di tumore. In questi casi l’integrazione con il sapere medico può assumere forme diverse: c’è chi la cerca con disperazione, chiede delucidazioni, chi addirittura accusa di non aver ricevuto la giusta attenzione perché quella malattia non era stata diagnosticata ...eppure sarebbe stato così facile, se il paziente è riuscito da solo. Questo ovviamente aumenta vertiginosamente le problematiche relazionali di un rapporto clinico che trova molteplici e incontrollabili interferenze.

In ogni caso – sia che si tratti di *cyberautonomy* sia che si tratti di *cybercondria* – c’è un dato comune che rende emblematica la differente percezione del rapporto clinico: i pazienti vanno dal medico avendo già in mente una propria diagnosi o pensando di averla in mano. La relazione clinica non si struttura più secondo quelle che potevano essere le tradizionali fasi di consulto (accoglienza, anamnesi, diagnosi, elaborazione del piano terapeutico, prognosi), ma queste dimensioni si scompaginano e l’ordine di successione si confonde. Dopo essersi “fatti un’idea” in internet, come afferma Casilli, i «pazienti arrivano al consulto con un’opinione già formata sul loro stato di salute e talvolta anche sulle terapie da seguire. Ci possono essere grandi differenze di opinione tra un professionista formato da molti anni in medicina e Internet e un paziente convinto in buona fede di sapere “cosa è meglio” per sé. Con il libero accesso alle risorse mediche online, queste differenze sono destinate ad aumentare»¹¹¹. Un paziente informato può assumersi maggiormente la responsabilità sul proprio stato, magari adottando con maggior aderenza le prescrizioni del piano terapeutico, ma, nel verso opposto, «un paziente informato appare anche talvolta come un ufo, un amatore che sfida il professionismo dei medici»¹¹². Il più grande ostacolo alla relazione medico-paziente è dato dal vertiginoso

¹¹⁰ Cfr. A. Broom, *Virtually he@lthy: the impact of internet use on disease experience and the doctor-patient relationship*, «Qual Health Research», vol. 15, n. 3 (2005), pp. 325-345.

¹¹¹ A. A. Casilli, *Les liaisons Numériques. Vers une nouvelle sociabilité ?*, Édition du Seuil, Paris 2010, p. 181 [trad. nostra].

¹¹² *Ibidem* [trad. nostra].

indebolimento dell'autorevolezza medica, messa irrimediabilmente in discussione quando l'acquisizione di qualche informazione sporadica, da parte dei pazienti, si trasforma in presunzione di sapere il da farsi più e meglio del medico.

Dire, come afferma Tozzi, che «il paziente è il massimo esperto della propria patologia»¹¹³ può diventare così fuorviante e può alimentare credenze illusorie quando il paziente si nutre dal web. Il paziente resta il massimo esperto della propria *esperienza vissuta di malattia (illness)*, è l'unico a saper restituire le complicità concrete che attraversano il quotidiano, turbano l'esistenza, a poter rilevare come la malattia riconfigura le sue relazioni nel mondo, anche rispetto agli effetti delle terapie; ma è il medico che resta l'unico vero esperto della patologia medicalmente concepita (*disease*), soprattutto sotto forma di informazioni o conoscenze sanitarie. È questo *sapere esperto* che conferisce al medico un criterio di giudizio e autorevolezza epistemica. Quando viene considerato superfluo, o non così indispensabile di fronte all'accesso alle informazioni online, allora pure l'autopercezione del medico stesso cambia: poiché non si riconosce più come chiamato a mettere a disposizione il proprio sapere e a offrire un servizio di cura, ma svalutato nel proprio ruolo professionale; ne viene talvolta lo svilupparsi di atteggiamenti più o meno difensivi o cautelativi. Ciò genera anche un *conflitto di percezione*: da un lato i pazienti percepiscono Internet come una fonte di aiuto, un alleato medico per la propria salute, i medici invece possono percepirlo come uno strumento che sfida la propria autorevolezza¹¹⁴, la professionalità e la credibilità, arrivando al punto di percepire se stessi come figure aggiuntive che intervengono in seconda battuta per dirimere, sciogliere e districare le idee che i pazienti si sono già costruiti. Sempre per Casilli, «il rischio di essere spossessati del ruolo di soli depositari di un saper esperto sul corpo dei pazienti può motivare una reazione di rifiuto dei medici e, infine, avere delle ripercussioni negative sull'esito stesso della terapia»¹¹⁵. Inoltre, «il rischio che il paziente non segua il trattamento, a causa della degenerazione della relazione sanitaria, si aggiunge ai rischi»¹¹⁶ già legati alla particolare condizione patologica che vive la persona malata.

Si viene a creare uno scenario del tutto paradossale: mentre gli ambienti digitali della salute, insieme ai dispositivi di monitoraggio, impongono pervasive forme di intermediazione nello studio del corpo – intermediazioni che vedono protagonisti il paziente, il medico e le

¹¹³ A. E. Tozzi, *Impazienti*, cit., p. 60.

¹¹⁴ Cfr. E. Murray, B. Lo, L. Pollack, K. Donelan, J. Catania, K. Lee, K. Zapert, R. Turner, *The impact of health information on the Internet on health care and the physician-patient relationship: national U.S. survey among 1.050 U.S. physicians*, «Journal of Medical Internet Research», vol. 5, 3 (2003), doi: 10.2196/jmir.5.3.e17 [consultato il 20.01.2024].

¹¹⁵ A. A. Casilli, *Les liaisons Numériques*, cit., p. 183 [trad. nostra].

¹¹⁶ *Ibidem* [trad. nostra].

stesse tecnologie, ma che restano per lo più invisibili ai pazienti – l'utilizzo dei dispositivi e delle informazioni in rete possono dare alla persona la percezione di non avere bisogno di alcuna forma di mediazione per l'analisi del proprio corpo, per la malattia insorta, perché in fondo è già tutto "evidente" da non aver bisogno della figura medica.

Su questo fronte c'è anche chi ha supposto l'avvento di una diversa struttura tra i pazienti e le informazioni che li riguardano, dove non esisterebbe più alcuna intermediazione del medico o di una figura sanitaria: ad esempio Eysenbach crede che si dovrebbe abbandonare l'idea di un certo arbitraggio del medico, favorendo in rete dei processi autonomi e collaborativi nello scambio delle informazioni e nel filtraggio delle conoscenze che, secondo la sua idea, prenderebbero allora la forma di una *apomediazione*¹¹⁷. Quale differenza ci sarebbe? Mentre nell'intermediazione la possibilità del paziente di accedere e interpretare certe informazioni sarebbe sempre filtrata e legata al professionista della salute, nell'*apomediazione* la persona non dipenderebbe da alcuna guida, ma accederebbe direttamente e potrebbe avere già disponibile un sapere "filtrato" dalla stessa co-partecipazione tra gli utenti di Internet, che decreterebbero anche l'attendibilità delle informazioni¹¹⁸.

Oltre a non essere ben chiaro in che senso potrebbe trattarsi di totale disintermediazione, una tale riflessione sembra trascurare che se è giusto che le conoscenze siano rese accessibili, non solo questa accessibilità non significa di per sé una capacità interpretativa da parte del paziente, ma soprattutto che la relazione tra medico e paziente consiste di comunicazione e non solo di informazione. Insomma, «non si tratta di una guerra di quartiere tra i saperi medici e i saperi veicolati da Internet, ma piuttosto di una nuova maniera di pensare la sanità»¹¹⁹, dove certamente è possibile *sapere di più*, ma talvolta è anche difficile *conoscere bene e meglio*, dove si tratta di ribadire che il momento di cura è un accompagnamento esperto della persona e non il risultato di un riscontro statistico.

¹¹⁷ Cfr. G. Eysenbach, *Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness*, «Journal of Medical Internet Research», vol. 10, 3 (2008), doi: <https://doi.org/10.2196/jmir.1030> [consultato il 12.1.2024].

¹¹⁸ Cfr. Id., *From intermediation to disintermediation and apomediation: new models for consumers to access and assess the credibility of health information in the age of Web2.0*, «Studies in Health Technologies and Informatics», 129 (2007), pp. 162-166.

¹¹⁹ A. A. Casilli, *Les liaisons Numériques*, cit., p. 185 [trad. nostra].

5. Le economie dell'attenzione o quando la ricchezza crea povertà

Un articolo pubblicato alla fine di maggio del 2023 sul *Corriere della Sera*¹²⁰ riportava una notizia abbastanza allarmante: *il tempo medio di attenzione è di 47 secondi*. Questo dato faceva riferimento alle ricerche di Gloria Mark la quale, attraverso studi empirici riproposti in anni differenti¹²¹, ha notato come, fino al 2004, il tempo medio dell'attenzione si aggirava intorno ai due minuti; nel 2012 era sceso a 75 secondi; ora a 47. Le cause sono sicuramente molte ma in generale riconducibili all'ambiente digitale in cui si vive e che porta a spostarsi da un'interfaccia all'altra, da uno schermo all'altro, da un'operazione all'altra, finendo col sollecitare troppo, e limitare, la capacità attenzionale.

Potrebbe sembrare un aspetto collaterale, lontano e non rilevante rispetto a ciò di cui stiamo riflettendo qui. Eppure, se si confronta questa notizia con il titolo di un diverso articolo uscito su *la Repubblica*¹²² a marzo dello stesso anno, allora si ha una diversa idea. Il titolo del secondo articolo, in realtà pubblicato per primo, recitava così: *il medico è sotto stress. Colloquio medio di 22 secondi per fare la diagnosi*. Calando i livelli di attenzione generali si può ben supporre che anche la professione medica sia coinvolta, abbassandosi non solo la quantità dei tempi ma anche la qualità dei modi che accompagnano il prestare attenzione alla persona, come anche nel caso della formulazione di una diagnosi.

Quali forme può assumere o quali difficoltà incontra l'attenzione di un medico quando la tecnologia non solo pone un'intermediazione ma ridisegna le sue capacità attentive? Se ha conseguenze problematiche, si tratta anche di chiedersi come sia possibile rimediare al deficit. La difficoltà nel rispondere a tali domande non sta solo nella necessità di calare gli studi empirici nello specifico campo della relazione medico-paziente, ma è data anche dalla necessità di mantenere la distinzione tra i diversi modi di darsi e darsi dell'attenzione, non disperdendo le tessiture semantiche del concetto perché, come abbiamo visto, rappresentano in modo articolato e non omogeneo una questione centrale per la relazione di cura, che impedisce di ridurre il fenomeno dell'attenzione al mantenimento di una quantità di tempo. Se si considerasse l'attenzione una semplice questione di durata e quantità, come suggeriscono i dati riportati dagli articoli, allora verrebbe forse indebolita la sua rilevanza come qualità etica. Allo stesso tempo,

¹²⁰https://www.corriere.it/salute/23_maggio_28/come-rimanere-concentrati-e6da254e-f978-11ed-90a5-dd2651f8f2ee.shtml [consultato il 16.1.2024]

¹²¹ Cfr. G. Mark, *Attention Span: A Groundbreaking Way to Restore Balance, Happiness and Productivity*, Hanover Square Press, Toronto 2023.

¹²²https://torino.repubblica.it/cronaca/2023/03/06/news/il_medico_e_sotto_stress_colloquio_medio_di_22_secon_di_per_fare_la_diagnosi-390823651/ [consultato il 16.01.2024]

però, avvantaggiare una riflessione che solleciti a vedere l'attenzione solo come una qualità relazionale, dimenticando quanto questa si nutra pure di risorse cognitive, vorrebbe dire promuovere una riflessione parziale, monca, tendente a un moralismo ingenuo e inadeguato ad abitare la complessità delle questioni¹²³.

Perciò si presenta un intreccio di metodo che impone, da un lato, di vedere i risvolti pratici delle *tecnologie dell'attenzione*, quando cioè le tecnologie impongono certi codici, condizioni e gestiscono le nostre capacità attenzionali; dall'altro, si deve promuovere una riflessione sulle possibilità dell'*attenzione nelle tecnologie*, cioè quando l'attenzione umana si modula attraverso un'interfaccia digitale o uno schermo. Il primo aspetto si traduce nella prospettiva di ricercare, rispetto all'attenzione, come le tecnologie si muovono *su* di noi, il secondo in un'indagine su come noi possiamo muoverci *in* loro o *attraverso* loro.

Iniziando dall'occuparci del primo versante si deve affrontare, in particolare, la questione della datificazione e delle informazioni disponibili, nel tentativo così di rispondere alle domande implicite che già i titoli di giornale potevano aver evocato: come mai questa progressiva, e per alcuni inarrestabile¹²⁴, riduzione dell'attenzione? La risposta potrebbe essere trovata volgendo lo sguardo indietro.

Alla fine degli anni '60 uno studioso eclettico e dai più svariati interessi di ricerca come Herbert Simon, pubblicava un testo, i cui contenuti erano stati precedentemente illustrati a una conferenza tenuta alla John Hopkins University, dal titolo *Designing Organization for a Information-Rich World*¹²⁵. Nel testo Simon elaborava una tesi illuminante che, se dal suo punto di vista valeva come un abbozzo provvisorio per future piste di studio, ha poi effettivamente dato adito ad un nutrito, e ancora fiorente, campo di ricerche denominato le *economie dell'attenzione*. Con l'avvento dei computers, nonché della incessante produzione di dati, già ai tempi di Simon si notavano le tracce di un cambiamento radicale, caratterizzato appunto dalla crescita esponenziale delle informazioni riguardanti i più svariati ambiti, tra cui la medicina. Tale crescita, tuttavia, comportava anche un inevitabile contraccolpo dato dalla necessità di gestire, amministrare e “rispondere” alla disponibilità di queste informazioni. Il termine *rispondere*, qui, può valere nella stessa accezione che ne dà Waldenfels: come capacità di farsi carico, assumere le informazioni e trasformarle in oggetto di attenzione attiva, senza la quale la

¹²³ Cfr. D. Boullier, *L'attention : un bien rare en quête de mesures*, «Sciences de la société», 87 (2012), pp. 128-145.

¹²⁴ Cfr. J. Hari, *L'attenzione rubata. Perché facciamo fatica a concentrarci*, trad. it. La Nave di Teseo, Milano 2023.

¹²⁵ Cfr. H.A. Simon, *Designing Organizations for an Information-Rich World*, in M. Greenberger (ed.), *Computers, Communications, and the Public Interest*, Johns Hopkins Press, Baltimore 1971, pp. 37-72. Di questo testo è stata recentemente pubblicata una traduzione italiana, che seguiremo nei riferimenti seguenti.

loro presenza sarebbe pressoché inutile. Proprio nel rispondere si incontrano difficoltà e Simon ricorre a un episodio personale per mostrarne la portata. Racconta dei suoi vicini i quali, avendo comprato per Pasqua due conigli, rispettivamente maschio e femmina, dopo poco tempo si ritrovano la casa piena di tanti altri conigli. La proliferazione di questi animali non era in sé né un male né un bene, ma certamente avrebbe comportato degli effetti collaterali, come la scarsità della lattuga nell'orto o dei fiori nel prato. Molti conigli richiedono molto cibo, «un mondo pieno di conigli è un mondo povero di lattuga e viceversa»¹²⁶. La produzione delle informazioni segue un processo analogo, secondo Simon, perché anche le informazioni “mangiano” qualcosa, hanno bisogno di nutrimento per esistere e continuare a progredire. Infatti, per Simon, «quando parliamo di un mondo ricco di informazioni, ci possiamo aspettare, da un punto di vista analogico, che la ricchezza di informazioni significhi la penuria di qualcos'altro – la scarsità di ciò di cui si nutre l'informazione. Di cosa si nutre l'informazione è piuttosto ovvio: si nutre dei suoi destinatari. Quindi una ricchezza d'informazione crea una povertà di attenzione»¹²⁷.

Le attività a cui possiamo prestare attenzione non sono mai molte allo stesso tempo. L'essere umano può fare solo poche cose contemporaneamente, e l'acquisizione e considerazione delle informazioni non eccedono da questa logica. La riflessione di Simon si incentrava sui costi delle tecnologie, dove tuttavia i costi a cui guardava non erano in termini di denaro, ma di capacità gestionale. Le economie dell'attenzione, almeno nei loro primi rami di ricerca, non consideravano tanto come l'attenzione possa essere monetizzata, attirata da strategie di *marketing* pubblicitari capaci di farla diventare fonte di profitto economico¹²⁸, ma intendevano il termine *economia* nella sua accezione antica da *oikonomia* (*oikos nomos*), come capacità amministrativa e paradigma gestionale di un ambito familiare. Il focus dell'interesse era la *gestione* e *organizzazione* delle risorse attentive, dei modi di distribuire l'attenzione umana o dei cosiddetti “regimi attenzionali”¹²⁹ formati sulla sagoma di una certa cultura o sulle

¹²⁶ H. A. Simon, *Il labirinto dell'attenzione. Progettare organizzazioni per un mondo ricco di informazioni*, introduzione e cura di E. Bevilacqua, trad. it. Luca Sossella Editore, Roma 2019, p. 60.

¹²⁷ Ibidem.

¹²⁸ Questo aspetto è attualmente indagato sia dal punto di vista dei consumatori e dei produttori, dove il sistema capitalistico tende a creare *produttori attenti* ma *consumatori disattenti*: se i produttori sono attenti possono produrre con efficienza i loro beni; se i consumatori sono distratti (il che significa che la loro attenzione viene captata, svincolandola da altri problemi, da diversi canti di sirena pubblicitari) allora saranno più propensi ad acquistare certi prodotti, magari anche quelli di cui non hanno realmente bisogno. Su questi aspetti cfr. E. Emmanuel Kessous, K. Mellet, M. Zouinar, *L'Économie de l'attention : Entre protection des ressources cognitives et extraction de la valeur*, «Sociologie du Travail. Association pour le développement de la sociologie du travail», 52 (3/2010), pp. 359-373, disponibile anche online al sito: <https://doi.org/10.4000/sdt.14802>; B. Pagliaro, *Attenzione! Capire l'economia digitale ti può cambiare la vita*, Hoepli, Milano 2018.

¹²⁹ Cfr. D. Boullier, *Médiologies des régimes d'attention*, in Y. Citton, *L'économie de l'attention. Nouvel horizon du capitalisme ?*, La Découverte, Paris 2014, pp. 84-108.

forme di una percezione socialmente, storicamente e tecnicamente modellata¹³⁰: per questo Simon sottolineava che «in un mondo ricco di informazioni, la maggior parte del costo dell'informazione è il costo sostenuto dal destinatario»¹³¹.

In altre parole, la sua tesi potrebbe essere riassunta così: di fronte a un eccesso di informazioni, l'umano risponde con un difetto di attenzione derivato dalle limitate capacità cognitive. Non possiamo prestare attenzione a tutto, ed ogni volta l'attenzione si modula secondo un rapporto dinamico di emersione tra una *figura*, un *campo tematico* e un *margin*e. Pretendere di essere attenti a tutto vorrebbe dire non esserlo affatto. Da qui la preoccupazione secondo cui, rispetto ad un pacchetto informativo che viaggia online, «non è sufficiente per capire quanto costa produrlo e trasmetterlo; dobbiamo anche sapere quanto costa, in termini di povertà di attenzione, riceverlo»¹³². A fronte dell'incessante datificazione il medico è quindi esposto al rischio di esaurire la propria attenzione, in quanto è sempre più costretto ad essere attento non tanto, o non solo, al paziente, ma alla crescente abbondanza delle informazioni prodotte su di lui dai dispositivi di diagnosi e di monitoraggio. Certamente, da una parte, si potrebbe interpretare la riduzione del tempo a tu per tu con il paziente come un dato di efficienza: un abbassamento positivo dei tempi diagnostici, che rende tutto più snello; ma dall'altra potrebbe anche corrispondere a una minore considerazione riservata alla persona nel suo complesso e all'intero momento di incontro clinico¹³³. Tanto più, come abbiamo visto, se si pensa il processo di diagnosi come costituito anche dall'ascolto del racconto che proviene dall'esperienza di malattia della persona, e quindi fare la diagnosi non significa giocare a Sherlock Holmes ma adottare una postura clinica con la quale raccogliere anche gli aspetti esistenziali.

Le riflessioni di Simon si concretizzavano nella proposta di costruire un'unità informatica capace non solo di produrre informazioni, ma assorbirle, gestirle, trattarle prima ancora di darle

¹³⁰ Infatti, come crede Cray, «l'attenzione è allo stesso tempo un mezzo con cui un percettore diventa aperto al controllo e all'annessione da parte di agenzie esterne» (J. Cray, *Suspensions of Perception. Attention, Spectacle, and Modern Culture*, MIT Press, Massachusetts 2001, p. 5 [trad. nostra]). Cfr. anche Id., *Le tecniche dell'osservatore. Visione e modernità nel XIX secolo*, a cura di L. Acquarelli, Einaudi, Torino 2013.

¹³¹ H. A. Simon, *Il labirinto dell'attenzione*, cit., p. 63.

¹³² Ibidem.

¹³³ Le nostre riflessioni tengono conto delle ricerche effettuate in diversi paesi nei quali è stato calcolato il tempo medio impiegato, o trascorso col medico, per una visita. I tempi differiscono da paese a paese, si va da 48 secondi in Bangladesh a 22,5 minuti in Svezia. Ma la media tra 18 paesi, che rappresentano il 50% della popolazione mondiale, misura una durata di 5 minuti circa tra quando si entra e si esce dallo studio medico. Le stesse ricerche evidenziano come un ascolto qualitativamente migliore, non solo quantitativo, incida positivamente anche sulla diagnosi, il trattamento e la soddisfazione dei medici. Una maggiore attenzione e ascolto ai pazienti mostra anche delle significative correlazioni tra l'abbassamento della spesa sanitaria pro-capite e ricoveri ospedalieri. Cfr. G. Irving, A. L. Neves, H. Dambha-Miller, A. Oishi, H. Tagashira, A. Verho, J. Holden, *International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries*, «British Medical Journal Open», 7 (2017), doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>.

in pasto agli esseri umani: altrimenti sarebbero stati quest'ultimi il vero pasto dell'informazione. Per Simon, «un'unità di elaborazione di informazioni (un computer, una nuova unità organizzativa) ridurrà la domanda complessiva di attenzione di tutta l'organizzazione, solo se assorbe più informazioni di quante ne produce. Se ascolta e pensa più di quanto parli»¹³⁴. Il suo era un invito di progettazione che, oggi, forse qualcuno definirebbe di *Ethics by design*, per progettare una tecnologia a misura di umano, ovvero: «progettare un sistema di *intelligence* con il principio che l'attenzione è scarsa e così va mantenuta¹³⁵ è differente dal progettarlo con il principio del “più informazioni abbiamo e meglio è”»¹³⁶. Tuttavia la soluzione implica una intermediazione per cui la macchina anche “ascolta e pensa”: cosa che dal punto di vista etico resta problematica in quanto non vengono più fornite solo informazioni ma interpretazioni.

Se si guarda allo scenario odierno la proposta di Simon sembra essere stata parzialmente realizzata: gli algoritmi predittivi, le reti neurali di calcolo e processamento dei dati, uniti ai meccanismi operativi del *deep learning*, del *machine learning* o della più recente *intelligenza artificiale generativa*, sembrano effettivamente aver realizzato il suo proposito. Sono dispositivi che “mangiano” dati, molte di più di quanti poi ne restituiscano, dal punto di vista numerico, poiché li restituiscono già processati; i dispositivi d'assistenza alla diagnosi del medico lavorano secondo questo indirizzo¹³⁷. Ma anche se un'intelligenza artificiale è sicuramente capace di assorbire e trattare molte informazioni al posto del medico, ciò non toglie che la medicina, il lavoro dei professionisti della salute e la relazione clinica soprattutto, non siano solo questo: consistono della capacità di ascolto che consente di formulare le domande giuste e di costruire un'alleanza, coinvolgono insomma, come detto, molti significati dell'attenzione.

D'altra parte una tecnologia può essere in grado di elaborare delle correlazioni o creare modelli della realtà, ma vivere e attraversare la realtà pervasa dalle tecnologie è un compito che resta di pertinenza degli esseri umani. La complessità del mondo attuale, dove avere più tecnologie significa pure avere più strumenti da dover gestire, vale quanto un mondo *sempre e comunque* ricco di informazioni. Si crea un'abbondanza di possibilità, ma la stessa genera pure un'emorragia di attenzione, costretta a giostrarsi tra le mille occasioni: è sempre una ricchezza

¹³⁴ Ivi, p. 66.

¹³⁵ Il verbo *mantenere* potrebbe trarre in inganno. Ovviamente Simon non intende dire che l'attenzione scarsa vada mantenuta scarsa, ma al contrario che vada preservata o mantenuta rispetto alle sue naturali possibilità e capacità.

¹³⁶ Ivi, p. 70, corsivo dell'autore.

¹³⁷ È il caso di *Watson*, una tecnologia sviluppata all'interno progetto DeepQA di IBM e impiegata nella diagnostica e nel trattamento del cancro ai polmoni.

che crea o può creare povertà. Tanto che, rispetto ai deficit di attenzione¹³⁸, potremmo dire che si assiste ad uno spostamento: dall'essere una questione rilevante nella sua ricaduta etica, l'attenzione è diventata una vera e propria questione medica e medicalizzata¹³⁹.

Ciò invita anche, come suggerisce Roda, a progettare delle tecnologie capaci di tenere conto di questi aspetti, attuando veri e propri *Sistemi Basati sull'Attenzione* (SBA)¹⁴⁰, che tuttavia, ad oggi, sono ancora in fase di sviluppo e progettazione teorica¹⁴¹. Le difficoltà che si riscontrano maggiormente sono soprattutto nell'adeguare i codici tecnologici con i codici della comunicazione umana, almeno per come viene vissuta nell'esperienza. Infatti la tecnologia interagisce sempre in modo diretto, non riesce ad "abitare" il contesto e a "misurarsi" alle situazioni, non sa quindi entrare in relazione col destinatario dell'informazione; al contrario, l'umano non è sempre disponibile a comunicare, ad essere informato o a ricevere nuovi stimoli, perché talvolta è già intercettato da altre informazioni o sta facendo altre cose: le notifiche incessanti del telefono ne sono un esempio semplice ma paradigmatico.

Da qui anche l'appello a ripensare non solo una generale *ecologia dell'attenzione*¹⁴² – secondo l'idea di Citton, cioè, un'ecologia capace di costruire delle infrastrutture (sociali, politiche, economiche, pedagogiche) sostenibili per l'attenzione e dove si guarda con cura agli ambienti digitali dentro i quali si esercita la stessa –, ma soprattutto di pensare «un'ecologia dell'attenzione in medicina»¹⁴³: in quanto un'attenzione frammentata, nel medico, porta a un logoramento nel lavoro, insoddisfazione, difficoltà nell'elaborare compiti complessi, nonché a un affaticamento che si ripercuote in veri e propri errori di giudizio¹⁴⁴.

Ciò è vero non solo a valle, ma anche a monte, cioè nelle fasi della formazione dei professionisti della salute. Secondo l'esperienza diretta di alcuni medici e specializzanti in

¹³⁸ I disturbi da deficit di attenzione ADHD (*Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*) riguardano sia la fascia pediatrica e adolescenziale (ad esempio sotto forma di iperattività) che l'età adulta (come difficoltà a concentrarsi e mantenere l'attenzione). Il dibattito sulla natura di tale disturbo è ancora vivo tra chi lo riconduce a un disturbo biologico-genetico, neuro-evolutivo o prettamente comportamentale. Ciò complica anche il trattamento, in quanto viene curato o per via farmacologica (prescrivendo generalmente il famoso *Ritalin*, uno psicostimolante) o attraverso un percorso psicoterapeutico. La difficoltà si aggiunge al fatto che ad oggi non esiste una vera e propria diagnosi, ma la descrizione di determinati comportamenti che vengono confrontati con una generica lista di controllo redatta dagli psichiatri. Identificare un disturbo da ADHD non dice nulla sul perché della sua insorgenza. Per un approfondimento trasversale sulle varie teorie e sulla difficoltà diagnostica si rimanda a J. Hari, *L'attenzione rubata*, cit., in particolare pp. 357-396.

¹³⁹ Cfr. L. Vieira Caliman, Y. Citton, M. R. Prado Martin, (dir.), *L'attention médicamentée : la Ritaline à l'école*, PUR, Rennes 2023.

¹⁴⁰ Cfr. C. Roda, *Économiser l'attention dans l'interaction homme-machine*, in Y. Citton, *L'économie de l'attention*, cit., pp. 179-190.

¹⁴¹ Cfr. Id., *A Roadmap of Studies in Attention and Technology*, in W. Doyle, C. Roda, *Communication in the Era of Attention Scarcity*, Palgrave MacMillan, Cham 2019, pp. 7-20

¹⁴² Cfr. Y. Citton, *Pour une écologie de l'attention*, Édition du Seuil, Paris 2014.

¹⁴³ A. F. Allaz, *Prendre soin de l'attention*, «Bulletin des Médecins Suisses», 12 (2021), p. 452.

¹⁴⁴ Cfr. M. J. Kissler, K. Kissler, M. Burden, *Toward a Medical "Ecology of Attention"*, «New England Journal of Medicine», 384 (2021), pp. 299-301.

medicina «le tecnologie ci permettono di avere accesso ad una valanga di informazioni che sicuramente contribuiscono ad accrescere la conoscenza e l'apprendimento di nuove nozioni. Essi ci consentono di essere “always-on” ma potrebbero anche causare disattenzione, distrarre gli utenti dalle normali attività di insegnamento, apprendimento e lavoro»¹⁴⁵. L'infrastruttura tecnologica a disposizione della formazione della professione medica, unita poi alla configurazione della struttura tecnologica della società nel suo complesso¹⁴⁶, offre una quantità di elementi che supera di gran lunga le capacità del singolo medico nel gestire le diverse tecnologie disponibili, la datificazione incessante alimentata da dispositivi differenti e la co-presenza di stimoli (informatici o clinici): ciò può comportare nei professionisti della salute una costante *frammentazione* e *dispersione* delle capacità attentive. Le *economie dell'attenzione*, infatti, nel primo apparire della loro riflessione, impiegavano non a caso questi termini per evidenziare la portata del fenomeno – *frammentare* e *disperdere* – mettendo sull'allerta che l'attenzione può disgregarsi o esaurirsi al pari di una qualsiasi altra risorsa ambientale.

Si pensi all'esperienza di un'infermiera dell'Ospedale di Lugano che – ne sono stato testimone diretto – destreggiandosi in corsia tra un paziente e l'altro, la digitalizzazione delle cartelle cliniche e l'aggiornamento dei nuovi dati, rispondendo alle diverse esigenze (cliniche e amministrative), e avendo consulto sia in presenza sia a distanza, ogni tanto viene anche incalzata dalle notifiche del cellulare, dal quale legge le mail di lavoro: sulla casella di posta elettronica erano conteggiate più di 1.500 mail ancora da leggere. Qualcosa non può che restare inevitabilmente fuori dalla sua attenzione¹⁴⁷.

Un'esperienza che fa il paio con uno studio in cui si è mostrato che i medici cambiano compiti, o distribuiscono l'attenzione su aspetti differenti, in media 15 volte all'ora¹⁴⁸. In questo modo, non solo l'attenzione al paziente – sia intermediata dalla tecnologia, sia influenzata dalla

¹⁴⁵ F. Bellusci, M. Cannistrà, A. Zullo, V. Diaco, B. Nardo, *Dall'osservazione diretta all'osservazione virtuale. Ottimizzazione della gestione chirurgica del paziente attraverso l'uso dell'applicazione WhatsApp nel sistema sanitario italiano*, Società Editrice Esculapio, Bologna 2019, p. 10.

¹⁴⁶ Sebbene qui non possiamo approfondire, occorre anche aver presente, appunto, la conformazione tecnologica assunta dalla società complessivamente, non solo dalla medicina, che anzi è interna a questa struttura generale. Infatti, come osserva anche Campo, le tecnologie «sono parte ed esprimono il contesto sociale più ampio. Guardare alla tecnologia come un prodotto sociale significa riconoscere che questa esprime interessi e assunti di progettazione che possono essere, eventualmente, anche in contraddizione tra loro» (E. Campo, *Attenzione, distrazione, cura: una svolta negli studi critici sull'attenzione?*, «Indiscipline», 2 (2021), p. 193).

¹⁴⁷ Riporto questa esperienza osservata in prima persona quando, in una giornata di ricerca svolta presso l'Ospedale EOC di Lugano, accolto dal Dott. Valdo Pezzoli, ho potuto seguire il lavoro di reparto della suddetta infermiera. Quando le ho chiesto come mai si fossero accumulate così tante mail di lavoro da leggere, la sua risposta è stata lapidaria: «È semplice: o rispondo alle mail o mi occupo dei pazienti; o aggiorno le cartelle cliniche elettroniche o trascuro i pazienti; o faccio il mio lavoro di infermiera o faccio la segretaria. Sono costretta a dare delle priorità e le mail non sempre lo sono».

¹⁴⁸ M. Méan, A. Garnier, N. Wenger, J. Castioni, G. Waeber, P. Marques-Vidal, *Computer usage and task-switching during resident's working day: Disruptive or not?*, «PLoS One», 12 (2017), doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172878>.

co-presenza delle diverse tecnologie e dalla coesistenza tra ambienti fisici e digitali¹⁴⁹ – rischia sempre di essere disturbata, ma diventa in ultima analisi una risorsa rara¹⁵⁰, sempre più difficile da difendere.

Magari il medico è attento a certi aspetti particolari del paziente (i dati del monitoraggio, la mancanza di spie di minaccia segnalate dagli algoritmi della macchina), ma che tipo di attenzione venga impiegata alla persona nel suo complesso resta una questione aperta. Nella gestione di informazioni e dati prevale la capacità selettiva dell'attenzione, la facoltà di considerare *questo* o *quello*, che rischia di assorbire tutte le capacità attenzionali. E proprio la frammentazione dell'attenzione sollecita a domandarci se ciò non influisca anche sugli altri caratteri dell'attenzione, dove potrebbe venire meno la dimensione dell'*interesse* (Husserl), una certa capacità *creativa* (Merleau-Ponty), e di *rispondere* in modo attivo alle sollecitazioni delle informazioni (Waldenfels). Si tratta di capire, cioè, se ciò influisca anche su un senso di attenzione alla persona inteso come cura.

6. *L'attenzione nelle tecnologie o sull'importanza della relazione*

Sappiamo che l'attenzione non è solo suscitata passivamente, non c'è solo un'attenzione che, per usare le parole di Waldenfels, *viene a noi*. Esiste anche un'attenzione orientata, diretta, agita in prima persona, un'attenzione che *viene da noi* e dove l'umano può creare lo spazio di manovra per una modulazione autonoma. Possiamo così parlare di un'attenzione umana svolta *nelle tecnologie*, orientata attraverso gli schermi e le interfacce digitali, che certo non sono neutrali, anzi sembrano del tutto intensificare alcune dinamiche oppure crearne di nuove, ma dove è comunque possibile pensare un ruolo soprattutto attivo del medico. Non si può ridurre il concetto di attenzione a una disponibilità cognitiva.

Per quanto l'allarme proveniente dalle *economie dell'attenzione* non vada affatto trascurato, sappiamo anche che l'attenzione non è «una semplice risorsa che può essere catturata e sfruttata economicamente, né è un presunto dato»¹⁵¹. Al contrario essa vive anche di una dinamica partecipativa, si mescola con le possibilità dell'ambiente, anche dell'ambiente digitale. Le tecnologie digitali sembrano anzi concedere davvero occasioni nuove.

¹⁴⁹ Cfr. C. Roda, *Human Attention in Digital Environments*, Cambridge University Press, Cambridge 2011.

¹⁵⁰ Cfr. B. Kiefer, *L'attention, cette nouvelle rareté*, «Revue Médical Suisse», 414 (2014), pp. 208–208.

¹⁵¹ N. Grandjean - A. Loute (eds.), *Valeurs de l'attention. Perspectives éthique, politique et épistémologique*, Presse Universitaire Septentrion, France 2019, p. 14 [trad. nostra].

Grazie agli studi promossi da Jeanette Pols, la quale ha indagato i diversi usi delle webcam nell'assistenza e nei servizi di cura a distanza, possiamo approfondire ad esempio questo scenario. Qualche anno fa si è condotto uno studio teso a valutare proprio gli usi, i rischi e gli effetti di un'assistenza offerta attraverso l'intermediazione tecnologica. I pazienti coinvolti erano tutti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), una particolare e irreversibile forma di asma, per cui necessitavano di un monitoraggio cadenzato da parte dei medici o di altre figure socio-sanitarie, come gli assistenti sociali. A ciascuno è stato consegnato un *telekit*, contenente una webcam che i pazienti avrebbero dovuto collegare al proprio computer così da avere degli scambi a distanza mediati dallo schermo.

I risultati sono stati diversi e interessanti, ma occorre qualche precisazione preliminare. Anzitutto: erogare un servizio di cura a distanza significa mettere in campo ciò che alcuni teorici hanno definito attraverso il concetto di *telepresenza*, cioè l'esperienza soggettiva di essere insieme a una persona in un luogo quando si è geograficamente situati in un altro¹⁵². La telepresenza, potremmo dire, è la vera e propria modalità di allocazione delle persone negli ambienti digitali: in quanto entrambi, seppur a partire da luoghi fisici diversi e distanti, si ritrovano in un terzo ambiente, che li unisce e separa al tempo stesso, li mette in comunicazione e dove la stessa comunicazione è incanalata da un filtro tecnologico. Una cosa simile la si potrebbe pensare nel caso del telefono, in quanto anche questo oggetto può mettere in comunicazione due persone poste in luoghi differenti, ma le webcam e gli schermi digitali permettono qualcosa di ben diverso: la loro peculiarità risiede nel fatto che queste ricreano un'esperienza ricca, coinvolgono maggiormente la partecipazione poiché mostrano, seppure in parte, la persona, il corpo e l'ambiente nel quale si svolge la chiamata, vi ha luogo insomma una percezione molto più articolata di elementi che, nel caso del telefono, si riducono invece all'elemento acustico.

La presenza di queste tecnologie, inoltre, viene percepita come discreta, modesta, apparentemente non ostacolante come, invece, potrebbe essere una conversazione telefonica per il fatto che il telefono debba essere tenuto in mano (qualora non si disponga di auricolari) e vicino all'orecchio, mentre un consulto a distanza tramite webcam permette di disporre il computer in un luogo e nel frattempo fare anche altro: questa sottile «tecnologia non distrae

¹⁵² Cfr. C. Knudsen, *Video mediated communication: Producing a sense of presence between individuals in shared virtual reality*, in J. Baggaley, P. Fahy, C. O'Hagan (eds.), *Educational Conferencing: Video and text traditions. Proceedings of the First International Symposium on Educational Conferencing*, Banff, Alberta 2002,

l'utente dal compito da svolgere, ma si integra al compito a un punto tale che l'utente se ne dimentica»¹⁵³.

Addirittura alcuni pazienti seguiti a distanza, una volta presa una certa confidenza sia con lo schermo sia con le figure sanitarie, portavano avanti i consulti medici svolgendo contemporaneamente piccole faccende domestiche. Il corpo era captato dalla webcam e proiettato sullo schermo ma allo stesso tempo era impegnato in altro e restava autonomo dallo sguardo della webcam. Sembrava ci fosse una reale condivisione degli spazi tra il paziente, che si trovava a casa, e la figura sanitaria a distanza, perché la persona malata continuava a svolgere i propri lavori senza una grande intrusione tecnologica; ovviamente ciò avveniva solo in caso di una rodada conoscenza e relazione tra i due soggetti, altrimenti sarebbe stato considerato un atto del tutto sgarbato e fuori luogo. La webcam, perciò, si offre come una tecnologia sottile e “invisibile”¹⁵⁴, che non ostacola la comunicazione umana ma la rende diversamente fruibile a patto che si rispettino certe condizioni¹⁵⁵, ovvero: chiara visibilità e buona risoluzione dello schermo, connessione internet stabile, (senza interferenze, blocchi immagini o rallentamenti) e corretto funzionamento di tutte le componenti. Una “buona” tecnologia non fa vedere sé stessa, né si impone come un oggetto di attenzione (o non in modo prevalente), ma mette nella condizione di *far vedere*, evidenzia ciò che c'è, fa prestare attenzione *attraverso* essa. Non significa che la tecnologia sia del tutto inesistente per i suoi fruitori, ma facendosi discreta «crea eventi che prima non c'erano e che sarebbe stato impossibile creare senza di essa. L'uso della webcam costruisce nuove infrastrutture e dà forma attiva alla cura, anche se gli utenti non ne sono consapevoli»¹⁵⁶.

Grazie alle webcam, così, l'attenzione proveniente dai professionisti della salute può rivolgersi verso componenti non verbali o para verbali del corpo che un semplice consulto al telefono non avrebbe reso possibile intercettare. Grazie alla webcam, secondo Pols, «il corpo viene “letto” come un segno, non per essere visualizzato sullo schermo, ma viene impegnato in un singolare modo “terapeutico” di essere guardato»¹⁵⁷. Il corpo digitalizzato su schermo, cioè, non è più un *complice tecnologico*, non è un testimone che rivela al medico la verità del paziente, come può essere nel caso della mera datificazione, ma entra in uno sguardo d'incontro relazionale, si tenta di percepirlo in quanto corpo vivo (seppur digitale). La capacità di ascolto,

¹⁵³ J. Pols, *Fabuleuses webcams. Regards actifs et technologies invisibles*, «Réseaux», 1 (2018), p. 71 [trad. nostra].

¹⁵⁴ Cfr. S. Sävenstedt, K. Zingmark, P. O.Sandman, *Being present in a distant room: Aspects of teleconsultations with older people in a nursing home*, «Qualitative Health Research», 14 (2004), pp. 1046-1057.

¹⁵⁵ Cfr. B. J. Wakefield, J. E. Holaman, A. Ray, J. Morse, M. G. Kienzle, *Nurse and patient communication via low and high-bandwidth home telecare systems*, «Journal of Telemedicine and Telecare», 10 (2004), pp. 156-159.

¹⁵⁶ J. Pols, *Care at distance*, cit., p. 100 [trad. nostra].

¹⁵⁷ J. Pols, *Fabuleuses webcams*, cit., p. 78 [trad. nostra].

ad esempio, si arricchisce di elementi, o si struttura su una comunicazione più ricca. Basti pensare ai momenti di silenzio che possono naturalmente alternarsi in una conversazione: un conto è ascoltare il silenzio di un paziente che non parla per qualche secondo al telefono, altra cosa è poter *vedere* sullo schermo il “gesto di silenzio” fatto dal paziente, il suo muto annuire, acconsentire o serrare le labbra per diniego; quel gesto si fa rivelatore di una condizione esistenziale e di un sentimento, dice molto di più di ciò che il solo silenzio o le sue parole potrebbero esprimere e «poiché entrambi i soggetti possono vedersi e reagire a ciò che vedono, la webcam può sintonizzare e mettere in relazione le interazioni»¹⁵⁸. Oppure quella che potrebbe essere una risposta generica, talvolta detta in modo automatico e senza pensarci, come “sto bene, dottore; sì, sì, sto bene”, grazie alla visione su schermo è confrontata dal medico con la postura del corpo, lo sguardo e tutto ciò che il linguaggio non verbale può evidenziare: questo aspetto, tutt’altro che secondario, secondo Pols permette di sottolineare che «l’ascolto è una pratica visiva oltre che uditiva»¹⁵⁹. Prestare attenzione all’altro nel modo dell’ascolto significa anche vedere come la voce viva sorga dal corpo, quali intenzioni sporgano e se il corpo si riveli fedele o dissimulatore rispetto ai contenuti linguistici.

Infatti, come afferma Husserl:

All’unità del discorso corrisponde un’unità dell’intenzione e alle articolazioni e alle forme linguistiche del discorso corrispondono le articolazioni e le messe in forma dell’intenzione. Questa, peraltro, non giace esternamente accanto alle parole; al contrario, nel parlare noi compiamo continuamente un interno intendere che si fonde con le parole, per così dire animandole. Il risultato di questa animazione è il fatto che le parole e i discorsi interi danno carne ad un significato, e lo portano incarnato in loro come loro senso.¹⁶⁰

Vedere il corpo è poter percepire le intenzioni vive che lo animano. Per questo è importante prestare attenzione all’ascolto arricchendolo della dimensione visiva, che solo lo schermo ad oggi permette; vedere il corpo che esprime un’intenzione attraverso il linguaggio vuol dire ricondurre il contenuto del linguaggio al mondo delle intenzioni e dei sentimenti incarnati dal paziente: «la comunicazione non verbale consentita dalla webcam contribuisce all’aspetto personale della conversazione. Non solo perché vedere l’altro permette di “intenderlo” o “leggerlo” meglio, ma anche perché la persona che ascolta può essere vista, precisamente, nell’atto di ascoltare»¹⁶¹.

Ma c’è di più. La diversa conformazione della situazione riscrive comunque la grammatica dell’incontro, le abitudini e i gesti: in una visita in presenza si entra nello studio

¹⁵⁸ J. Pols, *Care at distance*, cit., p. 101 [trad. nostra].

¹⁵⁹ Ibidem.

¹⁶⁰ E. Husserl. *Lezioni sulla sintesi passiva*, a cura di V. Costa, Morcelliana, Brescia 2016, p. 50.

¹⁶¹ J. Pols, *Fabuleuses webcams*, cit., p. 76 [trad. nostra].

medico talvolta in punta di piedi, ci si stringe la mano, ci si sfilava il cappotto e si vive un momento di “ambientamento reciproco” prima di iniziare a parlare, anche se il medico magari svolge tutto con maggiore naturalezza, dato che non è il primo paziente che incontra in quella giornata. Nel caso della visita a distanza questi passaggi saltano e si creano prassi differenti: si entra subito nell’ambiente digitale, senza strette di mano o troppi convenevoli. Semmai, questo ingresso richiede una “preparazione” o un certo allestimento (quello che nell’incontro fisico poteva essere l’ambientamento reciproco), che è stato interpretato come un aumento di concentrazione e attenzione, sia da parte dei sanitari che dei pazienti. Ai primi permette di predisporre la video chiamata in un ambiente protetto¹⁶², lontano da sguardi o disturbi esterni, ai pazienti, invece, di prepararsi a quella situazione: alcuni dispongono l’ambiente, si vestono diversamente, mettono la webcam in una certa zona della casa. Si rivolge perciò una maggiore attenzione preliminare ai modi e alle fasi di incontro, per una conversazione a distanza.

Come nota Pols: «parlare con la webcam richiede [...] partecipare alla “riunione” in un luogo specifico, cioè al computer. Bisogna prepararsi per la riunione e sedersi in una posizione particolare per rimanere nell’inquadratura. Uscire dall’inquadratura della telecamera interrompe subito il contatto. La distrazione da eventi periferici è minore. I partecipanti si concentrano sul proprio compito»¹⁶³.

La visita attraverso lo schermo è stata interpretata per questo anche come un aumento di concentrazione al confronto e allo scambio comunicativo, dove, è bene precisare, il termine *concentrazione* non andrebbe inteso qui come capacità cognitiva, come poteva essere per i dati informatici; non è lo *sforzo muscolare* di cui parlava Weil, ma lo si dovrebbe intendere come una *disponibilità* generale a prestare attenzione e a sapersi ben disporre. Ci si concentra di più nel senso che si ci prepara ad incontrare l’altro, a guardarlo, a tenere presenti i diversi aspetti che lo riguardano, il suo volto, l’ambiente in cui vive, i modi di gesticolare, esprimere la corporeità o relazionarsi con i luoghi della casa. Inoltre, lo schermo non solo permette di vedere qualcuno distante, ma sembra che “inviti” a vedere di più o a soffermarsi meglio.

Un diverso studio, ad esempio, ha misurato i tempi di mantenimento dello sguardo sullo schermo e si è notato che, mentre in una visita in presenza si mantiene il contatto visivo con l’altra persona per circa il 50% del tempo, con l’intermediazione dello schermo lo si mantiene

¹⁶² Come nota Pierre Simon, soprattutto rispetto alla telemedicina, ogni consultazione a distanza «deve rispettare certe esigenze. Anzitutto, la velocità di una rete digitale deve essere sufficiente a garantire una buona qualità delle immagini [...] la teleconsultazione può realizzarsi all’interno di una sala dedicata alla telemedicina con degli schermi murali, più o meno grandi, e i più grandi possono creare l’ambiente di una telepresenza» (P. Simon, *Télémedicine. Enjeux et pratiques*, Le Coudrier, Brignais 2015, pp. 81-82 [trad. nostra]).

¹⁶³ J. Pols, *Care at distance*, cit., p. 102 [trad. nostra].

per il 90% della durata¹⁶⁴. In presenza, mantenere lo sguardo sull'altro per così tanto tempo potrebbe essere percepito come uno sguardo invasivo, indiscreto, addirittura troppo intenso: mantenerlo così a lungo innesca una situazione d'indiscrezione, non differente da quella descritta da Calvino quando Palomar guardava insistentemente il seno di una donna nuda in spiaggia¹⁶⁵.

Nel caso dello schermo, invece, l'intensità e il mantenimento dello sguardo sono più tollerati per una ragione molto semplice: di fatto le due persone non si guardano mai realmente negli occhi, non si fissano l'un l'altro, ma vedono soltanto *una certa immagine dell'altro* sullo schermo, che rende difficile capire se si stia effettivamente guardando gli occhi o la bocca. Anzi, «l'angolazione abituale di una webcam fa sì che le persone che guardano lo schermo sembrano gettare gli occhi verso il basso. Pertanto, gli utenti delle webcam possono fissarsi sullo schermo, ma non direttamente negli occhi»¹⁶⁶ mantenendo l'attenzione sull'altro in modo continuativo. Ovviamente ciò dipende anche dall'inquadratura o da come è stata montata la webcam. Alcuni la predisponavano in modo da ritagliare l'immagine al solo volto, si avvicinavano a tal punto all'occhio della webcam che, secondo Pols, si veniva a creare «un incontro faccia a faccia esemplare, che riguarda più i volti che gli incontri nello stesso spazio»¹⁶⁷, proprio perché l'inquadratura non permetteva di vedere altro. L'attenzione si concentrava sul volto e i pazienti si percepivano più accolti, si sentivano in condivisione profonda; addirittura, contro ogni aspettativa, avevano l'impressione di condividere la stessa stanza, anche se non lo stesso spazio. Secondo l'esperienza della signora Jones, ad esempio quando lo sguardo del medico è centrato sul volto nello schermo si ha «l'impressione che una conversazione duri molto di più; ci si racconta molto di più [...]. Si è più vicini l'uno all'altro. È come se si andasse a trovare l'assistente sociale, come se si fosse nella stessa stanza»¹⁶⁸.

¹⁶⁴ Cfr. S. Sävenstedt, K. Zingmark, L.C. Hydén, C. Brulin, *Establishing Joint Attention in Remote Talks with the Elderly about Health: A Study of Nurses' Conversation with Elderly Persons in Teleconsultations*, «Scandinavian Journal of the Caring Sciences», 4 (2005), pp. 317-324.

¹⁶⁵ Cfr. I. Calvino, *Palomar*, Mondadori, Milano 2016. A questo esempio letterario, considerato come emblema dell'indiscrezione, si riferisce anche Waldenfels, quando lo descrive in questi termini «Il signor Palomar inciampa nel tabù della nudità. È un "seno nudo" ciò in cui resta impigliato il suo sguardo. Nella maniera migliore possibile egli cerca di essere all'altezza di questo 'oggetto parziale', in cui prende corpo una presenza femminile. [...] Così prova allora con uno sguardo fisso davanti a sé, rivolto direttamente al suo oggetto. Ma neanche di questo nuovo atteggiamento è soddisfatto, infatti questa "equanime uniformità", che colloca ordinatamente nel paesaggio tutti gli attributi femminili, rischia di appiattire l'altra persona al livello delle semplici cose. A questo sguardo manca la discrezione» (B. Waldenfels, *Soglie d'attenzione. Itinerari dei sensi*, trad. di G. Baptist, disponibile on line: http://www.filosofia.it/wp-content/uploads/2012/05/Waldenfels_Soglie_attenzione.pdf, p. 7 [consultato il 3.01.2024]).

¹⁶⁶ J. Pols, *Care at distance*, cit., pp. 102-103 [trad. nostra].

¹⁶⁷ Ivi, p. 103, corsivo dell'autrice [trad. nostra].

¹⁶⁸ Ivi, p. 104 [trad. nostra].

Certamente, lo schermo non può sostituire o farsi carico interamente delle dimensioni di prossimità che si vivrebbero in presenza: la visita su schermo impone comunque una distanza e l'incontro clinico si svolge a partire da condizioni che disincarnano i soggetti da una relazione prossimale e condivisa nello stesso luogo¹⁶⁹, dove sarebbero attraversati e coinvolti insieme in odori, luci, atmosfere, climi respirati sulla pelle, rumori o situazioni di ambiente vissuti reciprocamente o dove ci sarebbe la possibilità, per il corpo, di essere toccato. Ma di fronte a casi particolari, come l'impossibilità a uscire di casa, la mancanza di risorse e medici sul territorio, o magari l'indisponibilità dello stesso paziente a uscire per i più svariati problemi (impedimenti o vergogna¹⁷⁰), il consulto a distanza mantiene aperta una possibilità. O, per meglio dire, la crea e la rende diversamente fruibile: «la webcam non determina ciò che accade, ma crea esperienze specifiche che di solito non sono possibili quando le persone si incontrano nello stesso spazio reale. La mescolanza degli spazi permette di provare la sensazione di intimità, di essere nella stessa stanza, anche se l'intimità emerge incontrandosi in luoghi diversi, sia oggettivamente che soggettivamente»¹⁷¹.

Perciò la webcam non solo può aiutare la concentrazione dei professionisti della salute, non solo permette di mantenere il contatto visivo più a lungo, ma consente ai pazienti di sentirsi maggiormente presi in carico e di ricevere una maggiore attenzione di cura: al medico tocca sicuramente favorirla col proprio sguardo, mettere in campo un certo interesse e rivolgersi all'altro in modo attivo e consapevole, con un'intenzione di relazione, che si esprime ad esempio nella volontà di non uscire dall'inquadratura per mantenere il contatto visivo. Ciò significa che l'attenzione si rimodula a partire dalle condizioni di possibilità (e impossibilità) poste dallo schermo. Per usare le parole di Waldenfels: l'attenzione del medico nella tecnologia deve mantenersi capace di *rispondere* a ciò che le viene incontro e che la suscita, gestire l'attenzione all'altro in modo creativo (Merleau-Ponty) e facendo propria una diversa postura. *L'attenzione nella tecnologia* subisce il rischio di frammentazione e sovraccarico cognitivo di fronte ai dati, ma può anche attivare delle strategie di modulazione dove il corpo dell'altro non sia un mero oggetto informazionale ma centro d'irradiazione, carne e sangue nel contesto di una relazione mediata digitalmente.

¹⁶⁹ Cfr. L. Dolezal, *The Remote Body: the Phenomenology of Telepresence and Re-Embodiment*, «Human Technology. An Interdisciplinary Journal on Humans in ICT Environments», 2 (2009), pp. 208-226.

¹⁷⁰ Si pensi alle dure parole riportate da un paziente quando denuncia lo sguardo stigmatizzante della collettività rispetto alla sua condizione. Egli nota una differenza tra quando si cammina nei pressi di un ospedale, o vicino alla clinica, e quando si è per la strada: «Quando camminate [vicino alla clinica], vi fermate improvvisamente e vi appoggiate a un albero, respirando pesantemente dal naso, nessuno vi guarderà. Perché sanno cosa state facendo. Ma se fate la stessa cosa per strada, la gente dirà: "Avete visto il pazzo, Vanderbilt, appoggiato a un lampione!". Bisognerà farsene una ragione» (J. Pols, *Fabuleuses webcams*, cit., p. 77 [trad. nostra]).

¹⁷¹ J. Pols, *Care at distance*, cit., p. 106 [trad. nostra].

Tuttavia vanno evidenziati alcuni elementi di criticità. La capacità delle webcam di favorire l'attenzione ai pazienti, quanto meno di istruire un senso ampio di considerazione e cura della persona, è possibile solo se tra i pazienti e i professionisti della salute già esiste una relazione precedente. La maggior parte dei casi oggetto di studio indagano l'impiego delle webcam quando queste vengono in seconda battuta rispetto alla relazione tra i soggetti, la quale già esisteva da prima: c'era una storia, ci si conosceva e la webcam ha "solo" dislocato e riconfigurato altrove la trama di un incontro già intessuta. Sottolineare questo aspetto non è marginale, perché è solo questa precedente relazione che permette ai pazienti di percepire la webcam come una fonte di attenzione maggiore e non come l'occhio di un *Big Brother* orwelliano: «se non ci fosse stato alcun legame tra le persone che si guardavano attraverso la webcam, queste comunicazioni non avrebbero avuto l'aspetto di un incontro "reale", ma piuttosto di un'intrusione nella privacy di qualcuno, o di un'intimità indesiderata e fuori luogo»¹⁷².

Infatti, quando le relazioni sono deboli, le webcam vengono percepite come una fonte di attenzione intrusiva, se non minacciosa per l'autonomia e la fiducia reciproca. È il caso di un paziente che, pur avendo detto di non aver fumato quel giorno, involontariamente mostrava sullo schermo la nuvola di fumo della sigaretta che ancora era appoggiata nel posacenere alle sue spalle: nel caso di una dipendenza, ad esempio, un medico consapevole della situazione può trattare in modo adeguato quella menzogna, o ridimensionarla in un evento episodico, ma un operatore che non conosce il paziente e la sua storia magari può essere solo interessato a far sì che egli rispetti la regola, con un lapidario "lei sta mentendo!", mettendo forse in questo modo un abisso di distanza tra i due.

Oppure come nel caso della signora Strand che, un giorno, riceve la video chiamata di un nuovo assistente sociale. Dopo poche battute la signora dice di star bene, di non aver affanni e non aver bisogno di nulla, anche se la sua espressione e il disordine dell'ambiente domestico sembrano dire il contrario. In effetti c'è una situazione molto pesante, che tuttavia non riguarda lei ma le condizioni di salute di suo figlio. Prima della videochiamata aveva passato diverse ore con lui e ora era inevitabilmente provata. Se ci fosse stato il solito assistente, che conosceva la situazione e il vissuto della signora, tutto sarebbe rimasto nel perimetro di qualcosa di contingente o collaterale. L'assistente nuovo, invece, ha iniziato a fare domande, a chiedere cos'è che non andava, con una modalità investigativa: la signora diceva una cosa, l'assistente sottolineava di vedere nella sua espressione qualcos'altro. Così la signora si è sentita costretta

¹⁷² J. Pols, *Fabuleuses webcams*, cit., p. 86 [trad. nostra].

a raccontare cose che non avrebbe voluto, ha dovuto dire cosa ci fosse “dietro le quinte” della sua espressione e, come evidenzia Pols, «ha considerato le osservazioni sul suo aspetto come “fuori contesto”. In effetti, in questa situazione, il suo “sguardo stanco” non aveva nulla a che fare con la sua malattia, ma, avendolo visto come un segno tipico di essa, l'assistente sociale lo ha menzionato. La signora Strand sentì di dover giustificare il suo sguardo stanco. L'essere osservata l'ha costretta a spiegare»¹⁷³.

Il questo caso la *distanza geografica*, poiché non nutrita precedentemente di conoscenza reciproca, si è trasformata in una vera e propria *distanza relazionale*: come detto, «i rapporti tra i partner della webcam devono essere stretti se si vuole che i contatti con la webcam abbiano un senso, in caso contrario i pazienti non hanno vissuto i contatti con la webcam come utili»¹⁷⁴.

Ciò permette di comprendere anche quanto le webcam non solo creino nuove possibilità, ma spesso intensifichino le dinamiche e la natura propria delle relazioni esistenti. La persona ambigua viene percepita come ancora più minacciosa o sospetta, la figura esterna come ancora più estranea, tanto più se deve entrare in casa con l'occhio dello schermo digitale: «la distanza imposta dalla webcam non è più appropriata. L'estraneità della persona sconosciuta è accentuata e l'indifferenza, o la mancanza di argomenti di conversazione, rende il contatto ancora più privo di significato»¹⁷⁵; al contrario, una persona confidente, e con la quale esiste una relazione, la si percepisce come ancora più vicina e capace di offrirci tutta l'attenzione possibile.

Non a caso, oltre che per scopi clinici e assistenziali le webcam sono utilizzate dai pazienti anche per svolgere degli incontri con altre persone affette dalla stessa patologia. Si sono create piccole comunità di ritrovo nelle quali ci si scambia consigli sui trattamenti, ci si consulta e ci si presta attenzione l'uno l'altro: sembra che siano nate anche delle amicizie. Queste occasioni, tuttavia, si alimentano col tempo: talvolta alcuni già si conoscono, e chi non si conosce ogni volta sceglie se partecipare, in che modo o in che misura farlo, senza costrizione alcuna. Sullo sfondo esiste sempre il rischio di un occhio invadente, anzi di una *Big Sister* incarnata dalla webcam, ma grazie alla relazione accade qualcosa di diverso da un'opera di controllo: si può beneficiare di un'attenzione interessata e coinvolgente, dove entrambi i soggetti comunicano e partecipano. Al contrario, «la conversazione via webcam diventava indifferente e inutile se condotta con una persona neutrale, come un assistente sconosciuto o un collega vagamente

¹⁷³ Ivi, p. 80.

¹⁷⁴ J. Pols., *Care at distance*, cit., p. 109 [trad. nostra].

¹⁷⁵ J. Pols., *Fabuleuses webcams*, cit., p. 86 [trad. nostra].

conosciuto. Non c'era nulla di cui parlare che richiedesse l'intensità di una conversazione via webcam. E quando non c'è nulla da dire, la webcam lo rivela senza pietà»¹⁷⁶.

Se l'attenzione vive sulla soglia della relazione tra ciò che *viene a noi* e ciò che *viene da noi*, anche l'attenzione *nelle* tecnologie deve tener conto di questa dinamica, e di fatto, in una certa misura, può farlo. Prestare attenzione all'altro negli ambienti digitali della salute diventa non solo una questione di competenza per gli scopi diagnostici, assistenziali e di trattamento, ma è anche un compito etico. Se la tecnologia e gli ambienti digitali impongono certe condizioni, possibilità e impossibilità, bisogna esserne consapevoli per poter trovare anche modalità di compensazione o aggiustamento: perché nel digitale non sia esclusa ma divenga “diversamente possibile”.

¹⁷⁶ J. Pols, *Care at distance*, cit., p. 112 [trad. nostra].

CONCLUSIONI

*Qualcosa di ciò che appartiene
alla natura della domanda
passa nella risposta*
Maurice Merleau-Ponty¹

La ricerca aveva preso le mosse da uno scenario variegato nel quale convivono voci contrastanti: tra i canti di sirena di chi vede nella tecnologia medica l'avvento di una nuova utopia e chi, al contrario, la guarda con circospezione, se non con sospetto, poiché si infila in modo invasivo tra i protagonisti della cura e costringe a ripensare anche i ruoli professionali²; tra chi celebra con cieco entusiasmo i progressi e le opportunità della medicina digitale, benedicendo gli algoritmi o qualsivoglia software sanitario, e chi invece denuncia ogni forma di digitalizzazione perché preannuncerebbe un punto di non ritorno dove le persone rischiano di essere lasciate a se stesse e i medici di diventare degli assistenti tecnici per le macchine.

In questo scenario contraddittorio e confuso sembra manchi sempre una faccia della medaglia. I critici detrattori della tecnologia dimenticano che il digitale può essere anche un'occasione per la clinica, non solo permettendo diagnosi e terapie più accurate ma perché offre pure occasioni di incontro quando altri fattori ne impediscono, o rendono difficoltosa, la realizzazione – si pensi a quanto i teleconsulti, le videochiamate o qualsiasi altra forma di mediazione digitale sia stata necessaria durante la crisi da Covid-19, magari per realizzare degli scambi a distanza tra familiari e persone malate mentre quest'ultime restavano confinate in quarantena presso le strutture sanitarie. I devoti seguaci delle innovazioni, al contrario, sembrano dimenticare la portata della tecnologia digitale, che istruisce un nuovo ambiente: dove ogni forma di progresso costringe al ripensamento di pratiche e abitudini, dà forma a percezioni e nuovi significati che si ripercuotono nelle relazioni e nelle aspettative, trasformando infine le forme dell'incontro clinico – come ad esempio nel caso dell'app *Babylon Health*³, un particolare software, oramai incardinato dal sistema sanitario britannico, che offre

¹ M. Merleau-Ponty, *Elogio della filosofia*, trad. it. Se, Milano 2008, p. 21.

² Cfr. Y. S. J. Aquino, W. A. Rogers, A. Braunack-Mayer, H. Frazer, K. Than Win, N. Houssami, C. Degeling, C. Semsarian, S. M. Carter, *Utopia versus dystopia: Professional perspectives on the impact of healthcare artificial intelligence on clinical roles and skills*, «International Journal of Medical Informatics», 169 (2023), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104903>.

³ Cfr. A. Malva, V. Zurlo, *Babylon Health: il servizio anglosassone di Medicina Generale privato basato su app*, «Rivista Società Italiana di Medicina Generale», 26 (2019), pp. 15-17

consulti a distanza a quanti installino l'applicazione sul proprio smartphone e paghino l'abbonamento, senza doversi recare presso uno studio medico⁴: qualcosa che, secondo l'idea di molti, renderebbe il medico simile a un *call center*⁵ che risponde e gestisce la chiamata in una procedura automatizzata dove sembra davvero complesso parlare di relazione e incontro reciproco⁶.

Tra *tecnofobici* e *tecnofili*, insomma, i primi dimenticano che lo sviluppo tecnologico rappresenta anche una questione antropologica⁷, una dimensione propria che l'umano sviluppa nel rapporto di mediazione col mondo e per il suo stesso miglioramento; i secondi, invece, trascurano il fatto che la tecnologia digitale degli ultimi decenni ha un carattere fortemente ontopoietico, non è una mera tecnica strumentale ma fa nascere nuove ontologie mentre riconfigura diversamente quelle già esistenti, con importanti ripercussioni anche a livello etico.

Con il nostro percorso abbiamo cercato di rintracciare un filo di riflessione per dipanare la trama di questo scenario, nella consapevolezza che il digitale comporta la complessificazione di una questione antica, che ricomprende aspetti relazionali ma anche amministrativi e burocratici, di risorse⁸, di competenze e conoscenze. Di fronte alla vasta complessità abbiamo scelto un angolo di visione, che ha preso la forma di domanda: *come si configurano la percezione e l'attenzione che un medico può offrire ai pazienti negli ambienti digitali della salute?* Come la tecnologia sta riscrivendo la trama del rapporto e dell'incontro clinico?

⁴ Questa tecnologia ha una particolarità: prima di creare il contatto con il medico, la persona elenca i propri sintomi, o pone le proprie domande, ad un chatbot che risponderà automaticamente in base alla correlazione di migliaia di altre domande e risposte precedenti; quindi dove, di fatto, la persona malata si confronta con le risposte automatizzate di un'intelligenza artificiale e solo in seconda battuta, se insoddisfatta o bisognosa di approfondimenti, l'app la mette in comunicazione col medico. Quest'ultimo, avviato il teleconsulto, non sarà del tutto slegato dalla stessa macchina: anzi, porterà avanti il consulto tenendo conto della trascrizione delle parole proferite dalla persona (trascrizione fatta dalla macchina), della misurazione dei suoi segnali espressivi ed emotivi (registrati sempre dalla macchina), nonché della probabilità statistica che ciò di cui si parla corrisponda ad una specifica patologia. Così è il dispositivo che propone la diagnosi, dice al medico se il paziente ha capito o sembra titubante, dà uno spettro di possibilità e fornisce una terapia. Il medico si limita ad acconsentire o rifiutare, confermare o modificare leggermente i risultati, le guide e gli orientamenti forniti dall'algoritmo. Cfr. H. Fraser, E. Coiera, D. Wong, *Safety of patient-facing digital symptom checkers*, «Lancet», 392 (2018), pp. 2263-2264, doi: 10.1016/S0140-6736(18)32819-8; M. McCartney, *Margaret McCartney: Innovation without sufficient evidence is a disservice to all*, «British Medical Journal», 358 (2017), doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j3980>.

⁵ Su questa particolare tecnologia cfr. <https://www.paolobenanti.com/post/2019/01/14/babylon-health>.

⁶ Cfr. G. Collecchia, *La relazione medico-paziente nel mondo digitale: una Babilonia?*, «Recenti progressi in medicina», 110 (2019), pp-397-400.

⁷ Non è questo il luogo per tornare sulle riflessioni di Arnold Gehlen, Helmut Plessner e su altri riferimenti importanti dell'antropologia filosofica a proposito del rapporto natura/cultura.

⁸ Su tali questioni, in particolare su come la telemedicina sia impiegata talvolta non per rispondere ad un'esigenza sanitaria, ma per assolvere differenti ragioni di ordine socio-economico, si veda la posizione di Botruno. Cfr. C. Botruno, *Telemedicina e trasformazione dei sistemi digitali. Un'indagine di bioetica*, Aracne, Canterano 2018, in particolare cap. II, pp. 39-64.

Prendendo le mosse dall'esperienza di malattia, grazie ai contributi di autrici e autori fenomenologici abbiamo risemantizzato la concettualizzazione del corpo vivo, per il quale la malattia non è una mera entità localizzabile *qui* o *lì*, ma una trasformazione del mondo (o del modo) in cui si percepisce, esperisce e si progetta di esistere.

Perciò abbiamo cercato di indicare e contrastare alcune forme di riduzionismo che intenderebbero la salute solo come il mantenimento di parametri fisiologici dentro il quadro di una norma statistica e la malattia come la deviazione da tale quadro: quando, in realtà, salute e malattia sono ciò che permettono o ostacolano, spingono o frenano, mantengono aperto o ristretto l'orizzonte spazio-temporale per la realizzazione del proprio progetto di vita. Peraltro, tralasciando situazioni estreme di malattie silenziose o striscianti all'ombra della coscienza, nella maggior parte dei casi prima «il malato viene a conoscenza della sua malattia in quanto non si sente bene»⁹ (*illness*) e solo dopo la malattia diventa un'entità conoscibile, analizzabile o trattabile secondo paradigmi medici (*disease*). Salute e malattia, prima di attraversare il filtraggio di una certa epistemologia medico-scientifica, sono anzitutto un modo di essere, sentire, un vivere bene o male; sono l'incarnare la vitalità o l'offesa, godere di profondità prospettica o subire una cortina d'ombra quando ci si muove verso il mondo e ci si nutre dei suoi significati. Come afferma Merleau-Ponty, salute e malattia «presuppongono un “passo esistenziale”»¹⁰: essere sani o malati sono modi di sentire il passo con cui si cammina, il suo ritmo, che a volte non procede ma si trascina. Se la percezione incarnata dal corpo vivo è ciò che permette di esperire salute e malattia, proprio la rilettura fenomenologica invita a non ridurre la persona malata alle occorrenze del corpo, ma a considerarla in modo integrale. Da qui anche il ruolo prezioso che l'approccio fenomenologico può avere proprio per la professione medica, la clinica e la prassi di cura.

Non a caso Hans Jonas ricorda che se «la medicina è una scienza, la professione medica è l'esercizio di un'arte fondata su di essa»¹¹; la clinica è da istruire e modellare plasticamente in base a chi si ha di fronte, al caso particolare, ai suoi bisogni o desideri specifici, perché la persona malata non consegna al medico una patologia, trattabile solo nella logica dei protocolli terapeutici e in base a standard statistici, ma condivide con lui la propria esistenza di malessere alla quale cerca di rispondere. Come sottolinea Kay Toombs, occorre creare «una comprensione condivisa del significato della malattia [...] Si tratta di suggerire al medico di effettuare un temporaneo “spostamento di coscienza” da una costruzione puramente “naturalistica” della

⁹ H. G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 1994, p. 60.

¹⁰ M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, trad. it. Bompiani, Milano 2019, p. 232.

¹¹ H. Jonas, *Tecnica, Medicina, Etica. Prassi del principio responsabilità*, trad. it. Einaudi, Torino 1997, p. 109.

malattia del paziente a un'interpretazione del mondo della vita del disturbo, al fine di ottenere una comprensione più completa»¹². La giusta postura, come abbiamo rilevato, ha delle connotazioni etiche, nella misura in cui riguarda la relazione con la persona e non ad un ente-malattia.

A partire da qui abbiamo approfondito e articolato cosa significhi *prestare attenzione* e di quale multivocità si nutra questo concetto *nomade* e *ibrido*. L'attenzione, come abbiamo visto, può essere connotata nella prospettiva delle scienze cognitive, che farebbe dello sguardo medico un semplice *vedere ciò che c'è*, una considerazione di evidenze, ma essa si dice in molti modi e quando si approfondiscono ulteriori semantiche, insomma «quando cambia il modello di attenzione, restituiamo la realtà in un altro modo»¹³. Prestare attenzione comporta anche mettere in campo un certo interesse nei confronti dell'altro, è l'articolazione di un nuovo orizzonte, in cui non solo si coglie, si vede qualcosa, ma si è partecipi di ciò che è considerato e visto, se ne è coinvolti. *Nell'attenzione si è implicati e compromessi con ciò a cui ci si rivolge*: usando le parole di Natalie Depraz, l'attenzione «crea una densità dell'essere dove l'essere è già dato»¹⁴.

Gli studi fenomenologici di Bernhard Waldenfels hanno offerto un contributo decisivo alla ricerca, sottolineando quanto l'attenzione comporti una dimensione affettiva e di coinvolgimento patico, si ponga sulla soglia nell'incontro tra l'essere attratti, incalzati, sollecitati e il rivolgersi, il direzionarsi attivamente al mondo. Saper prestare attenzione, perciò, è anche una questione di postura, esprime un modo di accogliere e andare incontro, ricevere e rispondere, e può essere intesa come una peculiare forma di cura nei confronti dell'altro. Anzi, se debitamente formata ed educata, questa postura conferisce qualità etica alla relazione clinica: l'altro viene accolto come un essere vulnerabile che richiede ascolto, considerazione e riconoscimento. Ancora prima di trasformarsi in azione concreta o manuale, il *prestare attenzione* è già un gesto di cura, è già un agire e un modo di rispondere ai bisogni altrui, in quanto è assumere riflessivamente l'altro e accompagnarlo nella realizzazione del suo desiderio d'esistenza, nei limiti e nelle possibilità consentite dalla situazione.

Attraverso un confronto tra i contributi fenomenologici di Waldenfels, la proposta della Medicina Narrativa e l'orizzonte dell'etica della cura, abbiamo così delineato una epistemologia dell'attenzione per l'ambito della relazione medico-paziente, considerando che

¹² S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*, Springer, Dordrecht 1992, pp. 97-98 [trad. nostra].

¹³ J. Odell, *Come non fare niente. Resistere all'economia dell'attenzione*, trad. it. Hoepli, Milano 2021, p. 126.

¹⁴ N. Depraz, *Attention et surprise. Paul Ricoeur en débat et au-delà*, «Alter. Revue de Phénoménologie», 23 (2015), p. 277 [trad. nostra].

al cuore del *saper prestare attenzione* vive proprio una metafora cardiaca: come il cuore, essa deve avere un doppio respiro, sistolico e diastolico, di sospensione e intervento, un *pathos* di ricezione e una *risposta* di risoluzione. Solo questa duplice natura dell'attenzione può mettere a terra quello che, con le parole di Alici, possiamo chiamare anche il “doppio vincolo” della medicina: «il vincolo tecnico della competenza, diagnostica e terapeutica, e il vincolo etico del servizio alla persona e al bene comune»¹⁵.

C'è un modo dell'attenzione che guarda al bisogno, alla mancanza, a ciò che va riparato (interviene, agisce prontamente per focalizzarsi, diagnosticare ed elaborare ipotesi – vincolo tecnico) e un modo di attenzione che guarda all'esistenza dell'altro nel suo complesso e nella sua istanza di senso (vincolo etico). L'attenzione che vive sulla soglia si nutre di entrambi e sa che, pure se messa di fronte a malattie croniche – dove sembra esserci poco da fare e la medicina può cadere in ginocchio sconfitta dai propri limiti –, si può comunque continuare a offrire cura e assistenza: il medico non si arresta, ma prosegue a camminare e ad accompagnare il paziente, sia in modo tecnicamente specifico che umanamente comprensivo. Mantenere vivi questi sensi fa sì che, sebbene esistano malattie *inguaribili*, nessuna malattia venga considerata *incurabile*.

La percezione che il medico ha della persona, del suo corpo, della sua esperienza di malattia, insieme all'attenzione che le riserva, sono aspetti da non trascurare non solo dal punto di vista etico ma perché l'etica stessa apre squarci rilevanti pure per la diagnostica e la terapeutica. Dentro il percorso formativo dei medici, allora, sono aspetti che dovrebbero trovare sempre più considerazione.

Tanto più questo è vero nella complessificazione dell'ambiente dovuta alla trasformazione digitale, che dà corso a nuove ontologie e nuove prassi, crea condizioni che non sono solo limitanti o ostacolanti, ma anche di sostegno e agevolazione. Gli ambienti digitali non ripropongono le dinamiche degli ambienti fisici, così come i protagonisti della cura non sono semplicemente riallocati in nuovi contesti; si corre il rischio di nuovi riduzionismi perché tutto è trasformato in dato, il movimento o la percezione incarnata nel mondo prontamente sintetizzati in un'informazione¹⁶, le vecchie mansioni sono assunte da nuove macchine. La figura del medico, o per meglio dire di un *certo sapere* medico, sembra contemporaneamente *ovunque e in nessun luogo*: è sempre con noi, ci segue e insegue, mentre raccoglie la produzione

¹⁵ L. Alici, *Il fragile e il prezioso. Bioetica in punta di piedi*, Morcelliana, Brescia 2016, p. 201.

¹⁶ Anche nelle pratiche di telemedicina, secondo Botrugno, avviene la stessa dinamica: «L'utilizzo dei servizi di telemedicina, infatti, implica che il corpo del paziente sia ulteriormente frammentato e disincarnato, e trasformato in un serie di segni il cui valore di significazione può essere espresso anche a prescindere dalla presenza fisica di questi, perché tali frammenti e tali tracce sono tradotte – o ridotte – in forma di dati» (C. Botrugno, *Telemedicina e trasformazione dei sistemi digitali*, cit., p. 149).

dei dati che lasciamo alle nostre spalle, ma allo stesso tempo non riusciamo a trovarlo, non sappiamo davvero se o in che modo ci stia guardando.

Come abbiamo messo in luce, si inverte la cronologia temporale dell'esperienza di malattia. Se la persona, di solito, si confrontava prima con il proprio malessere e poi con il concetto di malattia promosso dai paradigmi medici, con il monitoraggio continuo e la datificazione questa scansione può rovesciarsi nell'esperienza: prima si ha la valutazione degli algoritmi, che decretano cosa sia normale o patologico (*disease*), e successivamente sia il medico che il paziente ne prendono atto e cercano di comprendere cosa stia accadendo alla vita. L'esperienza di malattia (*illness*) è “segnata” e connotata dalla tecnologia, diventa frutto di una certa visione algoritmica, il corpo si fa rivelatore di informazioni anche quando magari non esperisce, non “sente”, cosa gli stia accadendo. Inoltre abbiamo sottolineato come possa sopravvenire una vita sociale digitalizzata, sotto forma di *blog*, *piattaforme informatiche* o *social network*, che spostano gli orizzonti e i significati della salute, fanno nascere nuovi rischi e inscrivono la figura del medico dentro nuove prospettive comunicative e relazionali.

Come si è cercato di mostrare, tutte queste trasformazioni non rendono superflua la figura del medico e non tolgono rilievo alla relazione medico-paziente: in parte le trasformano e ne esigono una messa a punto capace di tener conto delle diverse condizioni “ambientali”. Se non si ha una sponda di competenza nel medico, ad esempio, la disponibilità delle informazioni – in gran parte dovute a profilazione –, può facilmente diventare ostacolo alla comprensione. Certo non solo il medico è costretto a rivedere le proprie competenze professionali¹⁷, ma anche il paziente, la persona comune, i cittadini e le cittadine devono acquisire nuove competenze e capacità: di critica, di selezione, di abilità digitali¹⁸.

Nell'aumento di aspettative dovuto al potenziamento tecnologico, inoltre, lo snellimento delle procedure di assistenza, che è un'altra tipica promessa della tecnologia applicata alla sanità e frutto dell'accessibilità alle informazioni, può capovolgersi in una richiesta all'impazzata, innescando i fenomeni opposti dell'*overtreatment* e dell'*overdiagnosis*.

Si verificherebbe qualcosa di non molto diverso da un episodio di cui parla Michel de Montaigne nei *Saggi*, quando racconta di un villaggio dai tratti idilliaci, in cui si viveva nel benessere, ognuno campava del proprio lavoro con soddisfazione, non c'erano liti da richiedere la presenza di giudici e non c'erano grossi malanni da richiedere la presenza di un medico.

¹⁷ Cfr. L. D. Dias Duran, *Deskilling of medical professionals: an unintended consequence of AI implementation?*, «Giornale di filosofia», 21 (2021), pp. 47-59.

¹⁸ Cfr. G. Gaglio, A. Mathieu-Fritz, *Les pratiques médicales et soignantes à distance. La télémédecine en actes*, «Réseaux», 207 (2018), pp. 9-24.

Finché un giorno, proprio un medico, si sposa con una cittadina del villaggio e inizia a dare notizie ai suoi compaesani sui malanni che turbano gli esseri umani e sulle diverse patologie, condivide saperi e parole tecniche che prima non erano mai state sentite, come febbre, gotta, reumatismi, apostema. Gli abitanti si impratichiscono di certi termini, ne vengono a conoscenza e rileggono le proprie condizioni, senza aver alcun confronto col medico. E così, secondo le parole di Montaigne: «da quando conoscono la medicina, si trovavano oppressi da una turba di malattie inconsuete, e notano una generale decadenza del loro antico vigore, e che le loro vite si sono accorciate della metà»¹⁹.

L'ambiente digitale può moltiplicare tale effetto. Come ben evidenziato dalle parole di Loute, se l'esperienza della persona non viene condivisa «queste tecnologie dell'informazione corrono il rischio di trasformare un'esperienza ricca e diversificata in informazioni discrete e isolate, staccata dal contesto sociale e dalla biografia del soggetto. In altre parole [...] possono frammentare il lavoro dell'immaginazione, in modo che la narratività ha più probabilità di scomporre le soggettività che di costituirle»²⁰. In questa prospettiva abbiamo ritenuto che per riconsiderare la relazione medico-paziente nell'ambiente digitale fosse di centrale importanza il tema dell'attenzione: prometteva di offrire una focalizzazione capace di far risaltare i diversi aspetti e, al contempo, una sollecitazione a spingere lo sguardo in profondità. Ne è venuta una riconsiderazione di molti aspetti già toccati, una provocazione a riflessioni critiche capaci però di tener conto delle potenzialità positive delle nuove tecnologie, una sollecitazione a riprendere il discorso sulla salute e sulla malattia come discorso “pubblico”, che ha il proprio cuore generativo in ciò che rappresenta il vero fine della clinica e del compito medico: il bene dell'altro.

¹⁹ M. De Montaigne, *Saggi*, trad. it. a cura di F. Garavini e A. Tournon, Bompiani, Milano 2017, p. 725.

²⁰ A. Loute, *Ricoeur and E-health*, in W. Reijers, A. Romele, M. Coeckelbergh. (eds.), *Interpreting Technology. Ricoeur on Questions Concerning Ethics and Philosophy of Technology*, Rowman & Littlefield, London 2021, p. 196 [trad. nostra].

BIBLIOGRAFIA

- Accoto C., *Il mondo dato. Cinque brevi lezioni di filosofia digitale*, Egea, Milano 2019.
- Adorno F. P., *Gli obblighi della cura. Problemi e prospettive delle etiche del care*, Vita & Pensiero, Milano 2019.
- Agazzi E., *Il bene, il male e la scienza. Le dimensioni etiche dell'impresa scientifico-tecnologica*, Rusconi, Milano 1992.
- Agostino, *Le confessioni. La via interiore per arrivare a Dio*, Bur, Milano 1994.
- Aiguier G., Loute, A., *L'intervention éthique en santé. Un apprentissage collectif*, «Nouvelles pratiques sociales», 28 (2016), pp. 158–172.
- Alici L. (a cura di), *La felicità e il dolore. Verso un'etica della cura*, Aracne, Roma 2010.
- Alici L., *Il fragile e il prezioso. Bioetica in punta di piedi*, Morcelliana, Brescia 2016.
- Alici L., Nicolini P. (a cura di), *L'umano e le sue potenzialità tra cura e narrazione*, Aracne, Canterano 2020.
- Alici L., *Filosofia Morale*, Morcelliana, Brescia 2021.
- Alici L., Pierosara S. (a cura di), *Riduzionismo e complessità. Ritrovare l'umano, umanizzare la cura*, Aboca, Sansepolcro 2022.
- Alici L., *Liberi tutti. Il bene, la vita, i legami*, Vita & Pensiero, Milano 2022.
- Allaz A. F., *Prendre soin de l'attention*, «Bulletin des Médecins Suisses», 12 (2021), pp. 452-452.

Allport D. A., *Attention and Control. Have We Been Asking the Wrong Questions? A Critical Review of Twenty-Five Years*, in D. E. Meyer, S. Kornblum (ed.), *Attention and Performance, XIV, Sinergies in Experimental Psychology, Artificial Intelligence, and Cognitive Neuroscience*, Mit Press, Cambridge 1993.

Amoretti M. C., *Filosofia e Medicina. Pensare la salute e la malattia*, Carocci, Roma 2015.

Anastasi S., Biuso A. G., *Oltre l'etica. Un approccio antropocentrico all'intelligenza artificiale*, *Rivista internazionale di Filosofia e psicologia*, vol. 11, n. 2, 2020.

Anderson B., *There is no Such Things as Attention*, «Frontiers in Psychology», 2 (2011), doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00246>.

Antonovsky A., *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*, Jossey-Bass, San Francisco 1987.

Aquino Y. S. J., Rogers W. A., Braunack-Mayer A., Frazer H., Than Win K., Houssami N., Degeling C., Semsarian C., Carter S. M., *Utopia versus dystopia: Professional perspectives on the impact of healthcare artificial intelligence on clinical roles and skills*, «International Journal of Medical Informatics», 169 (2023), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104903>.

Arendt H., *Some Questions of Moral Philosophy*, trad. it. *Alcune questioni di filosofia morale*, Einaudi, Torino 2015.

Arendt H., *The Human Condition*, trad. it. *Vita Activa. La condizione umana*, Bompiani, Milano 2016.

Ardissone A., *L'uso delle tecnologie in sanità. Il punto di vista del paziente cronico*, Franco Angeli, Milano 2018.

Ardissone A., *La relazione medico-paziente nella sanità digitale. Possibili impatti sul professionismo medico*, «Rassegna Italiana di Sociologia», 59 (2018).

Aristotele, *Etica Nicomachea*, in A. Fermani (a cura di), *Le tre etiche*, Bompiani, Milano 2010.

Aristotele, *Metafisica*, a cura di G. Reale, Bompiani, Milano 2017.

Armstrong D., *From clinical gaze to regime of total health*, in A. Beattie, M. Gott, L. Jones, M. Sidell (eds.), *Health and Wellbeing: A Reader*, Palgrave Macmillan, London 1993.

Arnett R. C., *Response: Dialogic Listening as Attentiveness to Place and Space*, «International Journal of Listening», 33 (2019), pp. 181-187.

Arnheim R., *Visual Thinking*, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London 1969.

Arvidson P. S., *The field of consciousness: James and Gurwitsch*, «Transactions of the Charles S. Peirce Society», 4 (1992), pp. 833-856.

Arvidson P. S., *Toward a Phenomenology of Attention*, «Human Studies», 1 (1996), pp. 71-84.

Ascione R., *Il futuro della salute. Come la tecnologia digitale sta rivoluzionando la medicina (e la nostra vita)*, Hoepli, Milano 2018.

Asioli F., *La relazione di cura. Difficoltà e crisi del rapporto medico-paziente*, FrancoAngeli, Milano 2019.

Auray N., Vétel B., *L'exploration comme modalité d'ouverture attentionnelle. Design et régulation d'un jeu freemium*, «Réseaux», 182 (2013), pp. 153-186.

Bachimont B., *Image et audiovisuel: la documentation entre technique et interpretation. Critique et perspectives*, «Documentaliste. Sciences de l'Information», 42 (6/2005), pp. 348-353.

Baiasu R., *Phenomenology of Illness, Resilience and Well-Being: A Contribution to Person-Centred Approaches in Healthcare*, in S. Ferrarello (ed.), *Phenomenology of Bioethics:*

- Technoethics and Lived-Experience*, The International Library of Bioethics, Springer, Cham 2021.
- Baird Collicott J., *La liberazione animale: una questione triangolare*, in M. Tallacchini (ed.), *Etiche della terra. Antologia di filosofia dell'ambiente*, Vita & Pensiero, Milano 1998.
- Baleyte J. M., Vannel S., Hennequin A. M., *Le soin, une éthique de l'attention?*, «*Éthique & Santé*», 14 (2017), pp. 194-199.
- Bandieri E., Luppi M., Potenza L. (a cura di), *L'attenzione e la grazia. Esperienze di Comunicazione nelle Cure Palliative Precoci in Oncologia ed Ematologia*, Edizioni Artestampa, Modena 2022.
- Baron R. J., *Why Aren't More Doctors Phenomenologists?*, in D. Leder (ed.), *The Body in Medical Thought and Practice*, Springer, Dordrecht 1992.
- Bauer K. *Cybermedicine and the moral integrity of the physician–patient relationship*, «*Ethics and Information Technology*», 6 (2004), pp. 83-91.
- Beauchamp T. L., Childress J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, trad. it. *Principi di etica biomedica*, Casa Editrice Le Lettere, Bagno a Ripoli 1999.
- Bellusci F., Cannistrà M., Zullo A., Diaco V., Nardo B., *Dall'osservazione diretta all'osservazione virtuale. Ottimizzazione della gestione chirurgica del paziente attraverso l'uso dell'applicazione WhatsApp nel sistema sanitario italiano*, Società Editrice Esculapio, Bologna 2019.
- Benaroyo L., Lefève C., Mino J., Worms F., *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société*, Puf, Paris 2010.
- Benanti P., *La condizione tecno-umana. Domande di senso nell'era della tecnologia*, EDB Edizioni, Firenze 2016.

- Benanti P., *Le macchine sapienti. Intelligenze artificiali e decisioni umane*, Marietti 1928, Bologna 2018.
- Benato M., *IC&T: un'ulteriore svolta nel pensiero medico*, in «La professione: medicina, scienza etica e società», Padova 2012.
- Boorse C., *Health as a Theoretical Concept*, in «Philosophy of Science», 44 (1977), pp. 542-573.
- Boorse C., *Concepts of Health and Disease*, in F. Ghiffor (ed.), *Philosophy of Medicine*, Elsevier, Amsterdam 2011.
- Bos L., Marsh A., Carroll D., Gupta S., Rees M., *Patient 2.0 Empowerment*, in *Proceedings of the 2008 International Conference on Semantic Web & Web Services*, CSREA Press, Las Vegas 2008.
- Botrugno C., *La diffusione della telemedicina nella pratica medica ordinaria: verso un'etica ad hoc*, «Ragion Pratica», 46 (2016), pp. 185-206.
- Botrugno C. *Telemedicina e trasformazione dei sistemi digitali. Un'indagine di bioetica*, Aracne, Canterano 2018.
- Botrugno C., *Towards an Ethics For Telehealth*, «Nursing Ethics», 26 (2019), pp. 357-367.
- Botrugno C., *Information technologies in healthcare. Enhancing or dehumanising doctor-patient interaction?*, «Health», 25 (2021), pp. 475-493.
- Botti C., *Vulnerabilità, relazioni e cura. Ripensare la bioetica*, «Etica & Politica», 3 (2016), pp. 33-57.
- Boullier D., *Les industries de l'attention : fidélisation, alerte ou immersion*, «Réseaux», 154 (2009), pp. 233-246.

- Boullier D., *L'attention : un bien rare en quête de mesures*, «Sciences de la société», 87 (2012), pp. 128-145.
- Boullier D., *Médiologie et régimes d'attention*, in Y. Citton, *L'économie de l'attention. Nouvel horizon du capitalisme?*, La Découverte, Paris 2014.
- Boullier D., *Habitèle: mobile technologies reshaping urban life*, «Urbe. Revista Brasileira de Gestão Urbana», 6 (2014), pp.13-16.
- Boullier D., *Rendre le numérique habitable: l'habitèle*, in Y. Calbérac (ed.), *Carte d'identités. L'espace au singulier*, Hermann, Paris 2019, pp. 151-174.
- Bowden H., *A Phenomenological Study of Anorexia Nervosa*, «Philosophy, Psychiatry and Psychology», 19 (2012), pp. 227–41.
- Braustein J. F., *Bioéthique ou philosophie de la médecine?*, «Revue de métaphysique et de morale», 82 (2014), pp. 239-256, doi: [10.3917/rmm.142.0239](https://doi.org/10.3917/rmm.142.0239).
- Braverman I. M., *To see or not to see: How visual training can improve observational skills*, in «Clinics in Dermatology», 29 (2011), pp. 343-346.
- Broom A., *Virtually he@lthy: the impact of internet use on disease experience and the doctor-patient relationship*, «Qual Health Research», 3 (2005), pp. 325-345.
- Brough J. B., *Temporality and Illness: A Phenomenological Perspective*, in S. Kay Toombs (ed.), *Handbook of Phenomenology and Medicine*, Springer, Dordrecht 2001.
- Brownstein J. S., Freifeld C.C., Madoff L. C., *Digital disease detection-harnessing the Web for public health surveillance*, «The New England Journal of Medicine», 360 (2009), pp. 2153-2157.
- Brugère F., *L'éthique du «care»*, Puf, Paris 2021.
- Buzzi E., *Etica della cura medica*, La Scuola, Brescia 2013.

- Buzzoni M., *Dalla valutazione clinica alla ricerca biomedica e ritorno: la medicina come scienza umana*, in L. Alici, S. Pierosara (a cura di), *Riduzionismo e complessità. Ritrovare l'umano, umanizzare la cura*, Aboca, Sansepolcro 2022.
- Callieri B., *Aspetti fenomenologici dell'attenzione*, «Informazione, Psicologia, Psicoterapia, Psichiatria», 33 (1998), pp. 2-15.
- Callieri B., *Per un'inquieta fenomenologia dell'attenzione*, «Segni e comprensione», 57 (2006), pp. 13-24.
- Campo E., *La testa altrove. L'attenzione e la sua crisi nella società digitale*, Donzelli Editore, Roma 2020.
- Campo E., *Attenzione, distrazione, cura: una svolta negli studi critici sull'attenzione?*, «Indiscipline», 2 (2021), pp. 191-200.
- Canguilhem G., *Le normale et le pathologique*, trad. it. *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino 1998.
- Canguilhem G., *Écrits sur la médecine*, trad. it. *Sulla medicina. Scritti 1955-1989*, Einaudi, Torino 2007.
- Cappelletti P., *Medicina 4.0. Un'introduzione*, «Rivista Italiana della Medicina di Laboratorio», 14 (2018), pp.131-135.
- Cappucci P. L. (a cura di), *Il corpo tecnologico. L'influenza delle tecnologie sul corpo e sulle sue facoltà*, Baskerville, Bologna 1994.
- Caprioglio Panizza S., *The Ethics of Attention. Engaging the Real with Iris Murdoch and Simone Weil*, Routledge, New York 2022.
- Carr N., *The Shallows: What the Internet Is Doing to Our Brains*, W. W. Norton & Company, New York 2011.

Carel H., *Phenomenology and its application in medicine*, «Theoretical Medicine and Bioethics», 32 (2011), pp. 33-46.

Carel H., *Illness. The Cray of Flesh*, trad. it. *Malattia. Il grido della carne*, Ariete, Milano 2013.

Carel H., *Conspicuous, Obtrusive and Ostinate: a Phenomenology of the Ill Body*, in D. Meachem (ed.), *Medicine and Society. New Perspectives in Continental Philosophy*, Springer, Dordrecht 2015.

Carel H., *Phenomenology of Illness*, Oxford University Press, Oxford 2016.

Carnevale A., *Tecno-vulnerabili. Per un'etica della sostenibilità tecnologica*, Orthotes, Napoli-Salerno 2017.

Carpenter J.S., Brockopp D., *Comparison of patients' ratings and examination of nurses' responses to pain intensity rating scales*, «Cancer Nursing», 4 (1995), pp. 292-298.

Casalone C., *Medicina, macchine e uomini. La medicina al crocevia delle interpretazioni. Un contributo all'umanizzazione della medicina a partire dal pensiero di Jean Landrière*, Morcelliana, Brescia 1999.

Casilli A. A., *Le stéthoscope et la souris : savoirs médicaux et imaginaires numériques du corps*, «Esprit», 3-4 (2009), pp. 155-178.

Casilli A. A., *Les liaisons Numériques. Vers une nouvelle sociabilité?*, Édition du Seuil, Paris 2010.

Cassel E. J., *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*, Oxford University Press, Oxford 2004.

Cazzullo C. L., Poterzio F., *Paziente e medico. Fenomenologia e prassi della relazione terapeutica*, CIC Edizioni internazionali, Roma 2007.

Charon R, DasGupta S., Hermann N., Irvine C., Marcus E. R., Rivera Colson E., Spencer D., Spiegel M., *The Principles and Practice of Narrative Medicine*, Oxford University Press, Oxford 2016.

Charon R., *Narrative Medicine, Honoring the Stories of Illness*, trad. it. *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*, Raffaello Cortina, Milano 2019.

Cherry C. E., *Some experiments on the recognition of speech with one and two ears*, «The Journal of the Acoustical Society of America», 25 (1953), pp. 975-979.

Cherubini D., *Alterità e attenzione. Sul rapporto tra riconoscimento e giustizia in Simone Weil*, «Dialegesthai. Rivista telematica di filosofia», 21 (2019), disponibile on line: <https://mondodomani.org/dialegesthai/>.

Chiffi D., *Clinical Reasoning: Knowledge, Uncertainty, and Values in Health Care*, Springer, Cham, Switzerland 2021.

Chun Y. J., Patterson P. E., *A usability gap between older adults and younger adults on interface design of an Internet-based telemedicine system*, «Work», 41 (2012), pp. 349-352.

Citton Y., *L'économie de l'attention. Nouvel horizon du capitalisme?*, La Découverte, Paris 2014.

Citton Y., *Pour une écologie de l'attention*, Edition du Seuil, Paris 2014.

Citton Y., Doudet E. (dir.), *Écologies de l'attention et archéologie des media*, UGA Édition, Grenoble 2019.

Claassen J., Edlow B. L., *Hidden Consciousness*, «Scientific American», 5 (2022), pp. 52-57.

Clarizio E., *La vie technique du care*, «Cahiers François Viète», 15 (2013), pp. 23-48.

- Collecchia G., *La relazione medico-paziente nel mondo digitale: una Babilonia?*, «Recenti progressi in medicina», 110 (2019), pp-397-400.
- Collecchia G., De Gobbi R., *Intelligenza artificiale e medicina digitale. Una guida critica*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2020.
- Cosmacini G., *Il mestiere di medico. Storia di una professione*, Raffaello Cortina, Milano 2000.
- Cosmacini G., Mordacci R., *Salute e bioetica*, Einaudi, Torino 2002.
- Cosmacini G., *Prima lezione di medicina*, Edizioni Laterza, Roma-Bari 2005.
- Cosmacini G., *La medicina non è una scienza. Breve storia delle sue scienze di base*, Raffaello Cortina, Milano 2008.
- Costa V., Franzini E., Spinicci P., *La fenomenologia*, Einaudi, Torino 2002.
- Costa V., *Fenomenologia dell'intersoggettività. Empatia, socialità, cultura*, Carocci, Roma 2017.
- Costa V., Cesana L., *Fenomenologia della cura medica. Corpo, malattia, riabilitazione*, Scholè, Brescia 2019.
- Costa V., *Husserl*, Carocci, Roma 2021.
- Costa V., *Trame corporee. La cura come riconfigurazione*, in L. Alici, S. Bignotti (a cura di), *Cura e narrazione. Tra filosofia e medicina*, «Humanitas», 78 (2023), pp. 250-260.
- Crabu S., *Dalla molecola al paziente. La biomedicina nella società contemporanea*, il Mulino, Bologna 2016.
- Crary J., *Suspensions of Perception. Attention, Spectacle, and Modern Culture*, MIT Press, Massachusetts 2001.

- Crary J., *Techniques of the Observer On Vision and Modernity in the Nineteenth Century*, trad. it. *Le tecniche dell'osservatore. Visione e modernità nel XIX secolo*, a cura di L. Acquarelli, Einaudi, Torino 2013.
- Crary J. *Le capitalisme comme crise permanente de l'attention*, in Y. Citton (éd.), *L'économie de l'attention. Nouvel horizon du capitalisme?*, La Découverte, Paris 2014.
- Csordas T. J., *Somatic Modes of Attention*, «Cultural Anthropology», 28 (1993), pp. 135-156.
- Curi U., *Le parole della cura. Medicina e filosofia*, Raffaello Cortina, Milano 2017.
- Dadà S., *Etica della vulnerabilità*, Morcelliana, Brescia 2022.
- Dadà S., *Uno sguardo etico sulla telemedicina. La relazione di cura tra prossimità e distanza*, in A. Masala, V. Neri (a cura di), *Vulnerabilità, social media e democrazia. Categorie resilienti e infosfera*, Edizioni ETS, Pisa 2022.
- Dadà S., *Autonomia in telemedicina. L'e-patient tra indipendenza e coinvolgimento*, «Teoria. Rivista di Filosofia», 2 (2022), pp. 33-51.
- D'Alessandro P., Potestio A., *Filosofia della tecnica*, Led Edizioni Universitarie, Milano 2006.
- Daly A. Cummins F., Jardine J, Moran D. (eds.), *Perception and the Inhuman Gaze. Perspectives from Philosophy, Phenomenology, and the Sciences*, Routledge, New York 2020.
- Damiano L., *Mente, robot ed ecologie sociali miste. Per un'epistemologia sperimentale dei robot sociali*, «Sistemi Intelligenti», 1 (2020), pp.27-39, doi: [10.1422/96278](https://doi.org/10.1422/96278).
- Danani C., *La politica tra contenimento del dolore e condizioni per la felicità*, in L. Alici (ed.), *La felicità e il dolore. Verso un'etica della cura*, Aracne, Roma 2010.
- Danani C., *Un tempo senza tempo: l'esperienza del dolore*, «Cosmopolis. Rivista di Filosofia e Teoria Politica», 2 (2014), online: <http://cosmopolis.globalist.it/>.

- Danani C., *Cura di sé, cura degli altri*, in F. Eustachi, M. Migliori, *Per la rinascita del pensiero critico*, Mimesis, Milano 2017.
- Danani C., *Abitare il futuro tecnologico. Quale dimensione politica*, in L. Sandonà, F. Zaccaron (a cura di), *Noi tecno-umani. Pandemia, tecnologie, comunità*, «Antropologica. Annuario di Studi Filosofici», vol. 1, Edizioni Meudon, Trieste 2021.
- Danani C., *La persona ammalata e i luoghi di malattia*, in L. Alici, S. Pierosara (eds.), *Riduzionismo e complessità: ritrovare l'umano, umanizzare la cura*, Aboca, Sansepolcro 2022.
- Danani C., Pagliacci D., Pierosara S. (a cura di), *Nel segno della cura del bene. Scritti in onore di Luigi Alici*, Eum, Macerata 2022.
- D'Angelo D., *A Phenomenology of Creative Attention. Merleau-Ponty and Philosophy of Mind*, «Phänomenologische Forschungen», 2 (2018), pp. 99-116.
- D'angelo D. (a cura di), *Fenomenologia e pratica dell'attenzione*, «InCircolo. Rivista di filosofia e culture», 13 (2022), pp. 1-310.
- Da Re A., *Salute si dice in molti sensi. Aspetti epistemologici ed etici*, in L. Alici, S. Pierosara (a cura di), *Riduzionismo e complessità. Ritrovare l'umano, umanizzare la cura*, Aboca, Sansepolcro 2022.
- Dell'Acqua R., Turatto M., *Attenzione e percezione. I processi cognitivi tra psicologia e neuroscienze*, Carocci, Roma 2021.
- De Montagne M., *Essais*, trad. it. *Saggi*, a cura di F. Garavini e A. Tournon, Bompiani, Milano 2017.
- Depraz N., *Where is the phenomenology of attention that Husserl intended to perform? A transcendental pragmatic-oriented description of attention*, «Continental Philosophy Review», 37 (2004), pp. 5-20.

- Depraz N. (dir.), *L'attention*, «Alter. Revue de Phénoménologie», 18 (2010), pp. 1-390.
- Depraz N., *Attention et vigilance. À la croisée de la phénoménologie et des sciences cognitives*, PUF, Paris 2014.
- Depraz N., *Attention et surprise. Paul Ricoeur en débat et au-delà*, «Alter. Revue de Phénoménologie», 23 (2015), pp. 261-278.
- Di Bernardo M., *Le nuove scoperte e il nuovo contesto della ricerca bio-medica*, «Ethics & Politics», 2 (2011), pp. 12-41.
- Di Bello S., *Dalla cura al prendersi cura. Strumenti e tecniche per migliorare la comunicazione e la relazione con i tuoi pazienti*, Autori d'Impresa, Milano 2022.
- Dias Duran L. D., *Deskilling of medical professionals: an unintended consequence of AI implementation?*, «Giornale di Filosofia», 21 (2021), pp. 47-59.
- Dolezal L., *The Remote Body: the Phenomenology of Telepresence and Re-Embodiment*, «Human Technology. An Interdisciplinary Journal on Humans in ICT Environments», 2 (2009), pp. 208-226.
- Domenicali F., *Governare la salute. Medicina e cura di sé in Canguilhem e Foucault*, «I castelli di Yale online», 2 (2020), pp. 43-67.
- Donatelli P., *Il lato ordinario della vita. Filosofia ed esperienza comune*, il Mulino, Bologna 2018.
- Donati P. P., *Le trasformazioni del rapporto comunicativo nella relazione interpersonale medico-paziente*, «Rassegna Italiana di Sociologia», 4 (1984), pp. 547-571.
- Donati P., Alici L., Gabrielli G., *Beni relazionali. La conoscenza che accomuna*, Franco Angeli, Milano 2021.

Dorfman E., *Réapprendre à voire le monde. Merleau-Ponty face au miroir lacanien*, Springer, Dordrecht 2007.

Doueïhi M., *Qu'est-ce que le numérique?*, PUF, Paris 2013.

D'Urso V., Giusberti F., *Esperimenti di psicologia*, Zanichelli, Bologna 2000.

Eichstaedt J. C., Schwartz H. A., Kern M. L., Park G., Labarthe D. R., Merchant R. M., Jha S., Agrawal M., Dziurzynski L. A., Sap M., Weeg C., Larson E. E., Ungar L. H., Seligman M. E., *Psychological language on Twitter predicts county-level heart disease mortality*, «Psychological Science», 26 (2015), pp. 159-169.

Epitteto, *Manuel d'Épictète*, trad. it. *Manuale di Epitteto. Introduzione e commento di Pierre Hadot*, Einaudi, Torino 2006.

Eysenbach G., *What is e-health?*, «Journal of Medical Internet Research», 3 (2001), doi: <https://doi.org/10.2196/jmir.3.2.e20>.

Eysenbach G., *From intermediation to disintermediation and apomediation: new models for consumers to access and assess the credibility of health information in the age of Web2.0*, «Studies in Health Technologies and Informatics», 129 (2007), pp. 162-166.

Eysenbach G., *Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness*, «Journal of Medical Internet Research», 3 (2008), doi: <https://doi.org/10.2196/jmir.1030>.

Fabris A., *Etica per le tecnologie dell'informazione e della comunicazione*, Carocci, Roma 2018.

Fabris A., *Per un'ecologia degli ambienti digitali*, «IUSVEducation. Rivista interdisciplinare dell'educazione», 18 (2021), p. 86-93.

Fabris A. (a cura di), *La città come struttura comunicativa*, ETS, Pisa 2021.

- Faralli C., Brighi R., Martoni M., *Strumenti, diritti, regole e nuove relazioni di cura: il paziente europeo protagonista nell'eHealth*, Giappichelli, Torino 2005.
- Federspli G., Giaretta P. (a cura di), *Forme della razionalità medica*, Rubettino, Soveria Mannelli 2004.
- Federspil G., Giaretta P., Morigi S. (a cura di), *Filosofia della medicina*, Raffaello Cortina, Milano 2008.
- Ferguson T., *E-Patients. How They Can Help Us Heal Healthcare*, White Paper - Society of Participatory Medicine, San Francisco 2007.
- Ferrarello S., (ed.) *Phenomenology of bioethics: technoethics and Lived-Experience*, Springer, Germany 2021.
- Flodgren G., Rachas A., Farmer A. J., Inzitari M., Shepperd S., *Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes*, «The Cochrane Database of Systematic Reviews», 9 (2015), doi: [10.1002/14651858.CD002098.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD002098.pub2).
- Floridi L., *Information. A Very Short Introduction*, trad. it. *La rivoluzione dell'informazione*, a cura di Durante M., Codice Edizioni, Torino 2012.
- Floridi L., *La quarta rivoluzione. Come l'infosfera sta trasformando il mondo*, Raffaello Cortina, Milano 2017.
- Floridi L., *Pensare l'infosfera. La filosofia come design concettuale*, Raffaello Cortina, Milano 2020.
- Floridi L., *Ethics of Artificial Intelligence. Principles, Challenges, and Opportunities*, trad. it. *Etica dell'intelligenza artificiale. Sviluppi, opportunità, sfide*, Raffaello Cortina, Milano 2022.
- Foucault M., *Crisi della medicina o crisi dell'antimedicina?* in A. Dal Lago (a cura di), *Archivio Foucault 2. Poteri, saperi, strategie*, Feltrinelli, Milano 1997.

Foucault M., *Naissance de la clinique : une archéologie du regard médical*, trad. it. *Nascita della clinica. Un'archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino 1998.

Foucault M., *L'Herméneutique du sujet. Cours au Collège de France 1981-1982*, trad. it. *L'ermeneutica del soggetto. Corso al Collège de France (1981-1982)*, Feltrinelli, Milano 2016.

Fox S., Fallows D., *Internet Health Resources*, Pew Internet and American Life Project, TPCR 2003, online: <https://ssrn.com/abstract=2054071>.

Fredriksson A., Panizza S., *Ethical Attention and the Self in Iris Murdoch and Maurice Merleau-Ponty*, «The Journal of the British Society for Phenomenology», 53 (2022), pp. 24-39.

Gabrielli F., Bacini M., *La relazione e lo schermo. Figure antropologiche del digitale*, Rubettino, Soveria Mannelli 2021.

Gadamer H. G., *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, trad. it. *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano 1994.

Gadamer H. G., *Schmerz. Einschätzungen aus medizinischer, philosophischer und therapeutischer Sicht*, trad. it. *Il dolore. Valutazioni da un punto di vista medico, filosofico e terapeutico*, Apeiron, Sant'Oreste 2004.

Gagliardi F., Cruciani M., *Medicina, Filosofia e cognizione*, Aracne, Roma 2019.

Gagliardi F., *Le teorie della diagnosi tra filosofia cognizione e storia*, «Rivista di filosofia», 2 (2020), pp. 239-264.

Gaglio G., Mathieu-Fritz A., *Les pratiques médicales et soignantes à distance. La télémédecine en actes*, «Réseaux», 207 (2018), pp. 9-24.

Galeno C., *Opere Scelte*, a cura di I. Garofalo, M. Vengetti, UTET, Torino 1978.

- Galimberti U., *L'età della tecnica e la fine della storia*, Orthotes, Napoli-Salerno 2021.
- Galimberti U., *L'uomo nell'età della tecnica*, Orthotes, Napoli-Salerno 2023.
- Gallagher S., *Lived body and environment*, «Research in Phenomenology», 16 (1986), pp. 139-170.
- Gallagher S., *Body image and body schema: A conceptual clarification*, «Journal of Mind and Behavior», 7 (1986), pp. 541-54.
- Gallagher S., *Body schema and intentionality*, in J. Bermudez, A. Marcel, N. Eilan (eds.), *The Body and the Self*, MIT/Bradford Press, Cambridge 1995.
- Gallagher S., *Dimension of Embodiment: Body Image and Body Schema in Medical Contexts*, in S. Kay Toombs (ed.), *Handbook of Phenomenology and Medicine*, Springer, Dordrecht 2001.
- Gallois F., Raully A., *De la relation de soins à la relation de service: quelle organisation de la télésurveillance médicale?*, «Revue Française de Socio-Économie», 23 (2019), pp. 203-219.
- Galvagni L., *La salute: ma cos'è?*, «Punto Omega. Salute, globalizzazione e federalismi sanitari», 17 (2005), pp. 10-13.
- Galvagni L., *Narrazioni cliniche. Etica e comunicazione in medicina*, Carocci Editore, Roma 2020.
- Galvagni L., *Clinical Narratives: Stories and Ethics in Healthcare*, in R. Pegoraro, L. Caenazzo, L. Mariani (eds.), *Introduction to Medical Humanities. Medicine and the Italian Artistic Heritage*, Springer, Cham 2022.
- Garrau M., *Care et attention*, Puf, Paris 2014.

- Garrau M., *Politiques de la vulnérabilité*, Biblis, Paris 2023.
- Gehlen A., *Die Seele im technischen Zeitalter*, trad. it. *L'uomo nell'era della tecnica*, a cura di M. T. Pansera, Arnaldo Editore, Roma 2003.
- Gerardi S., Strati A., *Telemedicina. Fra tecnologia e organizzazione*, Carocci, Roma 2004.
- Geddes de Filicaia M., *Cliente, paziente, persona. Il senso delle parole in sanità*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2013.
- Gesualdo F., Stilo G., D'Ambrosio A., Carloni E., Pandolfi E., Velardi P., Fiocchi A., Tozzi A. E., *Can Twitter Be a Source of Information on Allergy? Correlation of Pollen Counts with Tweets Reporting Symptoms of Allergic Rhinoconjunctivitis and Names of Antihistamine Drugs*, «PLoS One», 10 (2015), doi: [10.1371/journal.pone.0133706](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133706).
- Ghilardi G., *Etica dell'agire scientifico e tecnologico*, Mimesis, Milano-Udine 2018.
- Giaretta P., Moretto A., Gensini G. F., Trabucchi M., *Filosofia della medicina. Metodo, modelli, cura ed errori*, il Mulino, Bologna 2009.
- Gibson E. J., Walk R.D., *The "visual Cliff"*, «Scientific American», 202 (1960), pp. 64-71.
- Good B. J., *Medicine, rationality and experience: An Antropological Perspective*, trad. it. *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Einaudi, Torino 2006.
- Grandjean N., Loute A., *Valeurs de l'attention. Perspectives éthique, politique et épistémologique*, Presse Universitaire Septentrion, Villeneuve d'Ascq 2019.
- Grignon C., Delphine A. M. *Médecine, philosophie e revolution scientifique. Une étude bibliographique*, «Gesnerus», Schwabe Ag, 71 (2014), pp.187-203.
- Gronda R., *Smart cities e oggetti sociali*, in A. Fabris (a cura di), *La città come struttura comunicativa*, ETS, Pisa 2021.

Guchet X., *Du soin dans la technique. Question philosophique*, ISTE Editions Ltd, London 2021.

Gurwitsch A., *Teorie du champ de la conscience*, Desclée de Brouwer, Paris 1957.

Gurwitsch A., *Studies in Phenomenology and Psychology*, Northwestern University Press, Evanston, 1979.

Gussoni G. (a cura di), *Terapie digitali, un'opportunità per l'Italia*, Passoni Editore, Milano 2021.

Hadot P., *Exercices spirituels et philosophie antique*, trad. it. *Esercizi spirituali e filosofia antica*, Einaudi, Torino 2005.

Hadot P., *La citadelle intérieure. Introduction aux Pensées de Marc Aurèle*, trad. it. *La cittadella interiore. Introduzione ai "Pensieri" di Marco Aurelio*, Vita & Pensiero, Milano 2017.

Hari J., *Stolen Focus: Why You Can't Pay Attention - and How to Think Deeply Again*, trad. it. *L'attenzione rubata. Perché facciamo fatica a concentrarci*, La Nave di Teseo, Milano 2023.

Hauerwas S., *Souffering Presence: Theological Reflection on Medicine, the Mentally Handicapped, and the Church*, University of Notre Dame Press, Indiana 1986.

Heidegger M., *Vorträge und Aufsätze*, trad. it. *Saggi e discorsi*, a cura di G. Vattimo, Mursia, Milano 1976.

Heidegger M., *Was heißt Denken? (1951-52)*, trad. it. *Che cosa significa pensare. Chi è lo Zarathustra di Nietzsche*, Sugarco, Milano 1978.

- Husserl E., *Ideen su einer reinen Phänomenologie und Phänomenologischen Philosophie*, trad. it. *Idee per una fenomenologia pura e una filosofia fenomenologica*, a cura di V. Costa, Mondadori, Milano 2008.
- Husserl E., *Wahrnehmung und Aufmerksamkeit: Texte aus dem Nachlass (1893-1912)*, trad. it. *Percezione e attenzione*, a cura di A. Scanziani e P. Spinicci, Mimesis, Milano-Udine 2016.
- Husserl E., *Analysen zur Passiven Synthesis. Aus Vorlesungs und Forschungsmanskripten 1918-1926*, trad. it. *Lezioni sulla sintesi passiva*, a cura di V. Costa, La Scuola, Brescia 2016.
- Husserl E., *Cartesianische Meditationen und Pariser Vorträge*, trad. it. *Le conferenze di Parigi. Meditazioni Cartesiane*, a cura di D'angelo D., Bompiani, Milano 2020.
- Husserl, *Erfahrung und Urteil. Untersuchungen zur Genealogieder Logik. Ausgerbeitund herausgegeben von Ludwig Landgrebe*, trad. it. *Esperienza e giudizio. Ricerche sulla genealogia della logica*, a cura di F. Masi, Scholé, Brescia 2022.
- Ienca M., Ferretti A., Hurst S., Puhan M., Lovis C., Vayena E., Considerations for ethics review of big data health research: A scoping review, «PLoS One», 13 (2018), doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204937>.
- Ihde D., *Technology and the Lifeworld: From Garden to Earth*, Indiana University Press, Bloomington 1990.
- Ihde D., *Medical Technics*, University of Minnesota Press, Minneapolis 2019.
- Ielo D., *Agenda digitale: dalle parole ai fatti. Sanità, scuola, ricerca, start up, smart city, infrastrutture, appalti, anticorruzione, radiotelevisione*, Giappichelli, Torino 2015.
- Illich I., *Limits to medicine-Medical Nemesis: the exploprition of Health*, trad. it. *Nemesis medica. L'espropriazione della salute*, Red Edizioni, Cornaredo 2005.

Irving G., Neves A. L., Dambha-Miller H., Oishi A., Tagashira H., Verho A., Holden J., *International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries*, «British Medical Journal Open», 7 (2017), doi: [10.1136/bmjopen-2017-017902](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902).

James H., *The Wings of the Dove*, trad. it. *Le ali della colomba*, Rizzoli, Milano 1995.

James W., *Principles of Psychology*, Harvard University Press, Harvard 1981.

Jaspers K., *Der Arzt im technischen Zeitalter*, trad. it. *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina, Milano 1991.

Johnston W. A., Dark V. J., *Selective Attention*, «Annual Review of Psychology», 37 (1986), pp. 43-75.

Jonas H., *Das Prinzip Verantwortung*, trad. it. *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, Einaudi, Torino 1990.

Jonas H., *Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*, trad. it. *Tecnica, Medicina, Etica. Prassi del principio responsabilità*, Einaudi, Torino 1997.

Karadag G., *Digital Diseases. Symptoms of the Internet Era*, Peter Lang Verlag, Berlin 2019.

Karcioglu O., Topacoglu H., Dikme O., Dikme O., *A systematic review of the pain scales in adults: Which to use?*, «The American Journal of emergency medicine», 4 (2018), pp.707-714.

Kant I., *Der Streit der Fakultäten*, trad. it. *Il conflitto delle facoltà*, a cura di D. Venturelli, Morcelliana, Brescia 1994.

Kaplan F., Hafner V. V., *The Challenges of Joint Attention*, «Interaction Studies», 2 (2006), pp. 135-169.

Karadag G., *Digital Diseases. Symptoms of the Internet Era*, Peter Lang Verlag, Berlin 2019.

- Kay Toombs S., *Illness and the paradigm of lived body*, «Theoretical Medicine and Bioethics», 9 (1988), pp. 201-226.
- Kay Toombs S., *The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*, Springer, Dordrecht 1992.
- Kay Toombs S., *The Lived experience of disability*, «Human Studies», 18 (1995), pp. 9-23.
- Kay Toombs S. (ed.), *Handbook of Phenomenology and Medicine*, Springer, Dordrecht 2001.
- Kelly S. D., *Seeing Things in Merleau-Ponty*, in T. Carman (ed.), *The Cambridge Companion to Merleau-Ponty*, Cambridge University Press, New York 2005.
- Kessous E., Mellet K., Zouinar M., *L'Économie de l'attention : Entre protection des ressources cognitives et extraction de la valeur*, «Sociologie du Travail. Association pour le développement de la sociologie du travail», 52 (3/2010), pp. 359-373.
- Kiefer B., *L'attention, cette nouvelle rareté*, «Revue Médical Suisse», 414 (2014), pp. 208–208.
- Kissler M. J., Kissler K., Burden M., *Toward a Medical "Ecology of Attention"*, «New England Journal of Medicine», 384 (2021), pp. 299-301.
- Kleinpeter E., *Four Ethical Issues of "E-Health"*, «IRBM», 38 (2017), pp. 245-249.
- Knudsen C., *Video mediated communication: Producing a sense of presence between individuals in shared virtual reality*, in J. Baggaley, P. Fahy, C. O'Hagan (eds.), *Educational Conferencing: Video and text traditions. Proceedings of the First International Symposium on Educational Conferencing*, Banff, Alberta 2002.
- Koffka K., *Perception: An introduction to the Gestalt-theorie*, «Psychological Bulletin», 19 (1922), pp. 531-585.

Krutzinna J., Floridi L. (eds.), *The Ethics of Medical Data Donation*, Springer, Cham 2019.

Kuhn T. S., *The Structure of Scientific Revolutions*, trad. it. *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino 2009.

Lalumera E., *Etica della comunicazione sanitaria*, Il Mulino, Bologna 2022.

Latour B., *Science in Action. How to Follow Scientists and Engineers Through Society*, Harvard University Press, Harvard 1988.

Laugier S., *L'etica come attenzione al particolare*, «Iride», 1 (2008), pp. 103-123.

Laugier, S., *La volonté de voir: éthique et perception morale du sens*, «Protée», 36 (2008), pp. 89-100.

Laugier S., *L'etica di Amy. La cura come cambio di paradigma*, «Iride», 2 (2011), pp. 331-344.

Laugier S., *Etica e politica dell'ordinario*, LED Edizioni Universitarie, Milano 2015.

Leder D., *A Tale of Two Bodies: The Cartesian Corpse and the Lived Body*, in D. Leder (ed.) *The Body in Medical Thought and Practice*, Springer, Dordrecht 1992.

Le Breton D., *La Sauver du Monde. Une anthropologie des sens*, trad. it. *Il sapore del mondo. Un'antropologia dei sensi*, Raffaello Cortina, Milano 2007.

Le Breton D., *Anthropologie de la douleur*, trad. it. *Antropologia del dolore*, Meltemi, Roma 2007.

Le Breton D., *Expériences de la douleur. Entre destruction et renaissance*, trad. it. *Esperienze del dolore. Fra distruzione e rinascita*, Raffaello Cortina, Milano 2014.

Legrenzi P., Umiltà C., *Una cosa alla volta. Le regole dell'attenzione*, il Mulino, Bologna 2016.

- Leriche R. (dir.), *Encyclopédie française*, vol. VI, Comité de l'Encyclopédie Française, Paris 1936.
- Levins E., *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, trad. it. *Altrimenti che essere o al di là dell'essenza*, a cura di Petrosino S. e Aiello M. T., Jaca Book, Milano 1983.
- Lewis D. S., *A Grief Observed*, trad. it. *Diario di un dolore*, Adelphi, Milano 1990.
- Lingiardi V., *Diagnosi e destino*, Einaudi, Torino 2018.
- Lipson M, Lipson A., *Psychotherapy and the ethics of attention*, «The Hastings Center Report», 26 (1996), pp. 17-22.
- Lisciani-Petrini E., *Le avventure del corpo. Con Merleau-Ponty verso una "nuova ontologia"*, «Teoria. Rivista di Filosofia», 41 (1/2021), pp. 189- 207.
- Lo Sapio L., *Filosofia della medicina: spunti di riflessione e modelli teorici*, «Scienza & Filosofia», 8 (2012), pp. 203-220.
- Loute, A., *La sagesse pratique face aux tensions des éthiques du care*, «Les ateliers de l'éthique / The Ethics Forum», 10 (2015), pp. 13-28.
- Loute A., *L'imagination au coeur de l'économie de l'attention. L'optimisme sémantique de Paul Ricoeur*, «Bulletin d'analyse phénoménologique», 2 (2017), pp. 494-524.
- Loute A., *Pour une éthique des objets techniques du soin*, in R. Le-Berre (éd.), *Manuel de soins palliatifs*, Dunod, Paris 2020.
- Loute A., *Ricoeur and E-health*, in W. Reijers, A. Romele, M. Coeckelbergh. (eds.), *Interpreting Technology. Ricoeur on Questions Concerning Ethics and Philosophy of Technology*, Rowman & Littlefield, London 2021.
- Lupton D., *The Digitally Engaged Patient: Self-Monitoring and Self-Care in the Digital Health Era*, «Social Theory & Health», 11 (2013), pp. 256-270.

- Lupton D., *The commodification of patient opinion: the digital patient experience economy in the age of big data*, «Sociology of Health & Illness», 36 (2014), pp. 856-869.
- Lupton D., *The Quantified Self. A Sociology of Self-Tracking Cultures*, Polity Press, Cambridge 2016.
- Maio G., *Fundamentals of an Ethics of Care*, in F. Krause, J. Boldt (eds.), *Care in Healthcare: Reflections on Theory and Practice [Internet]*, Palgrave Macmillan, Cham 2018, pp. 51-63.
- Malherbe J. F., *Elementi per un'etica clinica. Condizioni dell'alleanza terapeutica*, a cura di L. Galvagni, Fondazione Bruno Kessler Press, Trento 2014.
- Malva A., Zurlo V., *Babylon Health: il servizio anglosassone di medicina generale privato basato su app*, «Rivista Società Italiana di Medicina generale», 5 (2019), pp. 15-17.
- Mannelli C., *Etica e intelligenza artificiale. Il caso sanitario*, Donzelli, Roma 2022.
- Marco Aurelio, *Pensieri*, Mondadori, Milano 2016.
- Marin F., *Il bene del paziente e le sue metamorfosi nell'etica biomedica*, Mondadori, Milano-Torino 2012.
- Marin F., *L'agenda della bioetica. Problemi e prospettive*, Il Poligrafo, Padova 2019.
- Marin F., *La progressiva digitalizzazione della salute: potenzialità, limiti e implicazioni etiche*, in V. Neri, B. Pérez Calle (eds.), *Visibilità, dimensione pubblica e civic agency attraverso e nei media digitali*, Ediciones Egregius, Sevilla 2020.
- Marinelli M., *Trattare le malattie, curare le persone. Idee per una Medicina Narrativa*, FrancoAngeli, Milano 2015.

- Marinelli M., *Medicina tra scienza e narrazione*, in L. Alici, P. Nicolini (a cura di), *L'umano e le sue potenzialità tra cura e narrazione*, Aracne, Canterano 2020.
- Marinelli M., *Medicina Narrativa e identità personale. Alla ricerca di un rapporto orientato verso la persona*, in V. Busacchi, G. Martini (a cura di), *Paul Ricoeur: l'identità narrativa tra ermeneutica e psicoanalisi*, «B@bel online», 8 (2021), pp. 217-229.
- Marinelli M., *Dizionario di Medicina Narrativa. Pratiche e parole*, Scholé, Brescia 2022.
- Mark G., *Attention Span: A Groundbreaking Way to Restore Balance, Happiness and Productivity*, Hanover Square Press, Toronto 2023.
- Marry Y., Squillot F., *La guerre de l'attention. Comment ne pas la perdre*, Édition L'échappée, Paris 2022.
- Martin A., Hurst S., *On vulnerability. Analysis and applications of a many-faceted concept: Introduction*, «Les ateliers de l'éthique / The Ethics Forum», 12 (2017), pp. 146–153.
- Maturo A., *Sociologia della malattia*, FrancoAngeli, Milano 2007.
- May C., Harrison R., Finch T., MacFarlane A., Mair F., Wallace P., *Understanding the normalization of telemedicine services through qualitative evaluation*, «Journal of the American Medical Informatics Association», 10 (2003), pp. 596-604.
- Mayère A., *Patients projetés et patients en pratique dans un dispositif de suivi à distance. Le "travail du patient" recomposé*, «Réseaux», 207 (2018), pp. 197-225.
- McBee E., Ratcliffe T., Schuwirth L., O'Neill D., Meyer H., Madden S. J., Durning S.J., *Context and clinical reasoning: Understanding the medical student perspective*, «Perspectives on Medical Education», 7 (2018), pp. 256-263, doi: [10.1007/s40037-018-0417-x](https://doi.org/10.1007/s40037-018-0417-x).
- McCartney M., *Innovation without sufficient evidence is a disservice to all*, «British Medical Journal», 358 (2017), doi: [10.1136/bmj.j3980](https://doi.org/10.1136/bmj.j3980).

- Méan M., Garnier A., Wenger N., Castioni J., Waeber G., Marques-Vidal P., *Computer usage and task-switching during resident's working day: Disruptive or not?*, «PLoS One», 12 (2017), doi: [10.1371/journal.pone.0172878](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172878).
- Mecarelli O., Capovilla G., Romeo A., Rubboli G., Tinuper P., Beghi E., *Past and present public knowledge and attitudes toward epilepsy in Italy*, «Epilepsy & Behavior», 18 (2010), pp. 110-115.
- Meola L., *Autonomia del paziente e sanità digitale. Considerazioni bio-etiche sulla mobile-health*, in C. Buccelli (a cura di), *Le scienze della vita al vaglio della bioetica e della medicina legale*, vol. II, Napoli 2017, p. 392-399.
- Meola L., *Auto-sorveglianza e governo: sguardi prospettici della mobile-health*, «Medicina e Morale», 69 (2020), pp. 311-325.
- Merleau-Ponty M., *Le visible et l'invisible*, trad. it. *Il visibile e l'invisibile*, Bompiani, Milano 1993.
- Merleau-Ponty M., *Psychologie et pédagogie de l'enfant. Cours de Sorbonne 1949-1952*, Verdier, Lagrasse 2001.
- Merleau-Ponty M., *Causeries*, trad. it. *Conversazioni*, SE, Milano 2002.
- Merleau-Ponty M., *Notes de cours. 1959-1961*, trad. it. *È possibile oggi la filosofia? Lezioni al Collège de France 1958-1959 e 1960-1961*, a cura di Carbone M., Raffaello Cortina, Milano 2003.
- Merleau-Ponty M., *Le primat de la perception et ses conséquences philosophiques*, trad. it. *Il primato della percezione e le sue conseguenze filosofiche*, Medusa, Milano 2004.
- Merleau-Ponty M., *Éloge de la philosophie*, trad. it. *Elogio della filosofia*, Se, Milano 2008.
- Merleau-Ponty M., *Phénoménologie de la perception*, trad. it. *Fenomenologia della percezione*, Bompiani, Milano 2019.

- Micali S., *La diastasi originaria: tra linguaggio ed esperienza. Un'intervista a Bernhard Waldenfels*, «Paradigmi. Rivista di critica filosofica», 66 (2004), pp. 477-487.
- Micali S., *Fenomenologia della temporalità: un'analisi critica del fenomeno della diacronia*, in M. Durante (a cura di), *Responsabilità di fronte alla storia. La filosofia di Emmanuel Levinas tra alterità e terzietà*, il Melangolo, Genova 2008.
- Micali S., *Tra l'altro e se stessi. Studi sull'identità*, Mimesis, Milano-Udine 2020.
- Micali S., *Phenomenology of Anxiety*, trad. it. *Fenomenologia dell'angoscia*, Quodlibet, Macerata 2023.
- Migga Kizza J., *Computer Network Security and Cyber Ethics*, McFarland & Co, North Carolina, 2002.
- Migliorino N., *Il gesto terapeutico. Forma e contatto*, Franco Angeli, Milano 2010.
- Molinier P., Paperman P., Laugier S., *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Edition Payot & Rivage, Paris 2021.
- Moore C., Dunham P. J. (ed.), *Joint Attention. Its Origins and Role in Development*, Psychology Pres, New York 2016.
- Moran D., Embree L. (eds.), *Phenomenology: Critical Concepts in Philosophy*, Routledge, London 2004.
- Mordacci R., Sobel R., *Health: A Comprehensive Concept*, in A. L. Caplan, J. J. McCartney, D. A. Sisti (eds.), *Health, Disease and Illness Concepts in Medicine*, Georgetown University Press, Washington DC, 2004.
- Morley J. Machado C. C. V., Christopher B., Cows J., Joshi I., Taddeo M., Floridi L., *The ethics of AI in health care: A mapping review*, «Social Science & Medicine», 260 (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113172>.

- Morsello B., *Narrative medicine, definizioni epistemologiche e prospettive digitali*, in B. Morsello, C. Cilona, F. Misale (eds.), *Medicina narrativa. Temi, esperienze e riflessioni*, RomaTre Press, Roma, 2017.
- Mortari L., *Filosofia della cura*, Raffaello Cortina, Milano 2015.
- Mortari L., *La pratica dell'aver cura*, Pearson, Torino 2022.
- Moruzzi G., Magoun H. W., *Brain stem reticular formation and activation of the EEG*, «EEG Clinical Neurophysiology», 1 (1949), pp. 455-473.
- Moss D., *Hating in the First-Person Plural: Psychoanalytic Essays on Racism, Homophobia, Misogyny, and Terror*, Other Press, New York 2003.
- Murray E., Lo B., Pollack L., Donelan K., Catania J., Lee K., Zapert K., Turner R., *The impact of health information on the Internet on health care and the physician-patient relationship: national U.S. survey among 1.050 U.S. physicians*, «Journal of Medical Internet Research», 3 (2003), doi: <https://doi.org/10.2196/jmir.5.3.e17>.
- Murdoch I., *Existentialists and Mystics: Writings on Philosophy and Literature*, trad. it. *Esistenzialisti e mistici. Scritti di filosofia e letteratura*, Il Saggiatore, Milano 2006.
- Musacchio N., Guaita G., Ozzello A., Pellegrini M. A., Ponzani P., Zillich R., De Micheli A., *Intelligenza artificiale e big data in ambito medico: prospettive, opportunità, criticità*, «The Journal of AMD», 21 (2018), pp. 204-218.
- Nardi A., *Lettura digitale vs lettura tradizionale: implicazioni cognitive e stato della ricerca*, «Form@re. Open Journal Per La Formazione in Rete», 15 (2015), pp. 7-29.
- Natoli S., *Il buon uso del mondo. Agire nell'età del rischio*, Mondadori, Roma 2015.
- Natoli S., *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*, Feltrinelli, Milano 2016.

Nicolini A., *Cura dell'altro e ritualità sadomasochista*, in S. Chemotti (a cura di), *La cura come relazione con il mondo. Sapienza delle donne, costruzione o costrizione?*, il Poligrafo, Padova 2015.

Nombret K., *Observation et attention*, «Spirale», 99 (2021), pp. 40-46.

Norman D. A., *Toward a theory of memory and attention*, «Psychological Review», 75 (1968), pp. 522-536.

Northoff G., *Neuro-philosophy and the health mind: learning from the unwell brain*, trad. it *La neurofilosofia e la mente sana. Imparare dal cervello malato*, a cura di Andrea Scalabrini, Raffaello Cortina, Milano 2019.

Odell J., *How to Do Nothing*, trad. it. *Come non fare niente. Resistere all'economia dell'attenzione*, Hoepli, Milano 2021.

OMS, *Telemedicine. Opportunities and Developments in members states*, Report on the Second Global Survey on e-Health, Ginevra 2010.

O'Shea J., *Digital disease detection: A systematic review of event-based internet biosurveillance systems*, «International Journal of Medical Informatics», 101 (2017), pp. 15-22.

Ottani L., *Shooting in Sarajevo*, a cura di R. Biagiarelli, Bottega Errante Edizioni, Udine 2020.

Oudshoorn N., *Diagnosis at a distance: the invisible work of patients and healthcare professionals in cardiac telemonitoring technology*, «Sociology of Health and Illness», 20 (2008), 272-288.

Oudshoorn N., *Telecare Technologies and the Transformation of Healthcare*, Palgrave Macmillan, New York 2011.

- Pagliacci D., *L'io nella distanza. Essere in relazione, oltre la prossimità*, Mimesis, Milano-Udine 2019.
- Pagliaro B., *Attenzione! Capire l'economia digitale ti può cambiare la vita*, Hoepli, Milano 2018.
- Pagnini A. (a cura di), *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica e diritto*, Carocci, Roma 2010.
- Paperman P., Laugier S., *Les souci des autres. Éthique et politique du care*, Edition des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris 2011.
- Park S. H., Han K., *Methodologic Guide for Evaluating Clinical Performance and Effect of Artificial Intelligence Technology for Medical Diagnosis and Prediction*, «Radiology», 286 (2018), pp. 800-809.
- Pasher H., *The Psychology of Attention*, Mit Press, Cambridge 1998.
- Pellegrino E. D., *Toward a Reconstruction of Medical Morality: The Primacy of the Act of Profession and the Fact of Illness*, «The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine», 4 (1979), pp. 32–56.
- Piaget J., *Six études de Psychologie*, trad. it. *Lo sviluppo mentale del bambino e altri studi di psicologia*, Einaudi, Torino 2000.
- Pols J., *Care at a Distance. On the Closeness of Technology*, Amsterdam University Press, Amsterdam 2012.
- Pols J., *Fabuleuses webcams. Regards actifs et technologies invisibles*, «Réseaux», 1 (2018), pp.65-94.
- Porter R., *La rivoluzione scientifica ha prodotto una rivoluzione medica?*, «Intersezioni. Rivista di storia delle idee», 7 (1/1992), pp. 87-101.

- Portis L., *Il dolore e le sue componenti culturali*, in V. Agnoletti, A. Stievano (a cura di), *Antropologia culturale, infermieristica e globalizzazione*, FrancoAngeli, Milano 2001.
- Posner M. I., Snyder C. R., Davidson B. J., *Attention and the Detection of Signals*, «Journal of experimental psychology», 109 (1980), pp. 160-174.
- Pravettoni G., Triberti S., *Il medico 4.0. Come cambia la relazione medico-paziente nell'era delle nuove tecnologie*, Edra, Milano 2019.
- Properzi M., *Corpo vissuto ed esperienza virtuale. Una prospettiva fenomenologica*, «Rivista internazionale di filosofia e psicologia», 10 (2019), pp. 250-264.
- Proust M., *À la recherche du temps perdu*, trad. it. *Alla ricerca del tempo perduto*, Newton Compton Editori, Roma 2011.
- Pulcini E., *La cura del mondo. Paura e responsabilità nell'età globale*, Bollati Boringhieri, Torino 2009.
- Quaglini S., Cesarelli M., Giacomini M. (a cura di), *E-health. Medicina digitale*, Pàtron Editore, Bologna 2017.
- Quaranta I., *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano 2006.
- Quaranta I., Minelli M., Fortin S., *Assemblages, Transformations, and the Politics of Care*, Bononia University Press, Bologna 2018.
- Quintarelli S. (a cura di), *Intelligenza artificiale. Cos'è davvero, come funziona, che effetti avrà*, Bollati Boringhieri, Torino 2020.
- Ratcliffe M., *Feelings of being: phenomenology, psychiatry and the sense of reality*, Oxford University Press, Oxford 2008.
- Ravat J., *Par-delà cas et principes. Pragmatisme interactionnel et public bioéthique*, «Noesis», 28 (2016), doi: <https://doi.org/10.4000/noesis.2909>.

- Rawlinson M. C., *Medicine's discourse and the practice of medicine*, in V. Kestenbaum (ed.), *The Humanity of the Ill: Phenomenological Perspectives*, The University of Tennessee Press, Knoxville 1982.
- Ricoeur P., *Temps et récit*, trad. it. *Tempo e racconto*, vol. I, Jaca Book, Milano 1986.
- Ricoeur P., *L'Attention. Étude phénoménologique de l'attention et de ses connexions philosophiques*, «*Studia Phaenomenologica*», 13 (2013), pp. 21-50.
- Ricoeur P., *La souffrance n'est pas la douleur*, in C. Marin, N. Zaccai-Reyners (ed.), *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricoeur*, Puf, Paris 2013.
- Ricoeur P., *Les trois niveaux du jugement médical*, trad. it. *Il giudizio medico*, D. Jervolino (ed.), Morcelliana, Brescia 2016.
- Roda C., *Human Attention in Digital Environments*, Cambridge University Press, Cambridge 2011.
- Roda C., *A Roadmap of Studies in Attention and Technology*, in W. Doyle, C. Roda, *Communication in the Era of Attention Scarcity*, Palgrave MacMillan, Cham 2019.
- Rogers W., Mackenzie C., Dodds S., *Why bioethics needs a concept of vulnerability*, «*International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*», 5 (2012), pp. 11-38.
- Ruberto M. G., in *La medicina ai tempi del web. Medico e paziente nell'e-health*, FrancoAngeli, Milano 2011.
- Rugarli C., *Medici a metà. Quel che manca nella relazione di cura*, Raffaello Cortina, Milano 2017.
- Russo M. T., «*Nullus medicus nisi philosophus*». *La formazione filosofica del personale sanitario e i nuovi modelli di salute e malattia*, in B. Morsello, C. Cilona, F. Misale (eds.), *Medicina narrativa. Temi, esperienze e riflessioni*, RomaTre Press, Roma, 2017.

Sackett D. L., Rosenberg W. M., Gray J. A., Haynes R. B., Richardson W. S., *Evidence-Based Medicine: what it is and it isn't*, «British Medical Journal», 312 (1996), pp. 71-72.

Sackett D. L., *Evidence-Based Medicine*, «Spine», 23 (1998), pp. 1085-1086.

Sacks O., *The Man Who Mistook His Wife For a Hat*, trad. it. *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*, Adelphi, Milano 1986.

Saigí-Rubió F., Borges do Nascimento I. J., Robles N., Ivanovska K., Katz C., Azzopardi-Muscat N., Novillo Ortiz D., *The Current Status of Telemedicine Technology Use Across the World Health Organization European Region: An Overview of Systematic Reviews*, «Journal of Medical Internet Research», 24 (2022), doi: <https://doi.org/10.2196/40877>.

Sallis J., *The Logos of the Sensible World: Merleau-Ponty's Phenomenological Philosophy*, Indiana University Press, Bloomington 2019.

Sanders C., Rogers A., Bowen R., Bower P., Hirani S., Cartwright M., Fitzpatrick R., Knapp M., Barlow J., Hendy J., Chrysanthaki T., Bardsley M., Newman S. P., *Exploring barriers to participation and adoption of telehealth and telecare with the Whole System Demonstrator trial: a qualitative study*, «BMC Health Services Research», 12 (2012), doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-220>.

Sarte J. P., *L'Être et le Néant*, trad. it. *L'essere e il nulla*, Il saggiatore, Milano 2008.

Savcisen G., Eliassi-Rad T., Hansen L. K., Mortensen L. H., Lillehot L., Rogers A., Zettler I., Lehmann S., *Using sequences of life-events to predict human lives*, «Nature computational Science», 4 (2024), pp. 43-56, doi: <https://doi.org/10.1038/s43588-023-00573-5>.

Sävenstedt S., Zingmark K., Sandman P. O., *Being present in a distant room: Aspects of teleconsultations with older people in a nursing home*, «Qualitative Health Research», 14 (2004), pp. 1046-1057.

Sävenstedt S., Zingmark K., Hydén L. C., Brulin C., *Establishing Joint Attention in Remote Talks with the Elderly about Health: A Study of Nurses' Conversation with Elderly Persons in Teleconsultations*, «Scandinavian Journal of the Caring Sciences», 4 (2005), pp. 317-324.

Scardicchio A. C., *Curare, guardare. Epistemologia ed estetica dello sguardo in medicina*, FrancoAngeli, Milano 2019.

Schulz P. J., Nakamoto K., *Health literacy and patient empowerment in health communication. The importance of separating conjoined twins*, «Patient Education and Counseling», 90 (2013), pp. 4-11.

Segal D. L. (ed.), *Diagnostic Interviewing*, Springer, New York 2019.

Seneca, *Lettere a Lucilio*, Bur, Milano 2013.

Shorter E., *Bedside Manners. The Troubled History of Doctors and Patients*, trad. it. *La tormentata storia del rapporto medico-paziente*, Feltrinelli, Milano 1986.

Sigerist H. E., *Introduction à la médecine*, Payot, Paris 1932.

Simon H. A., *Designing Organizations for an Information-Rich World*, in M. Greenberger (ed.), *Computers, Communications, and the Public Interest*, Johns Hopkins Press, Baltimore 1971, trad. it. *Il labirinto dell'attenzione. Progettare organizzazioni per un mondo ricco di informazioni*, Luca Sossella Editore, Roma 2019.

Simon P., *Télémedicine. Enjeux et pratiques*, Le Coudrier, Brignais 2015.

Simon P., *Télémedecine et télésoin. L'essentiel pour pratiquer*, Le Coudrier, Brignais 2021.

Simondon G., *Sur la technique*, trad. it. *Sulla tecnica*, a cura di Caridi A.S., Orthotes, Napoli-Salerno 2017.

- Simondon G., *Du mode d'existence des objets techniques*, trad. it. *Del modo di esistenza degli oggetti tecnici*, a cura di Caridi A. S., Orthotes, Napoli-Salerno 2020.
- Sloterdijk P., *Du mußt dein Leben ändern. Über Anthropotechnik*, trad. it. *Devi cambiare la tua vita. Sull'antropotecnica*, Raffaello Cortina, Milano 2010.
- Soldini M., *Filosofia e medicina. Per una filosofia pratica della medicina*, Armando Editore, Roma 2006.
- Sontag S., *Illnes as Metaphor and Aids and Its Metaphors*, trad. it. *Malattia come metafora e L'aids e le sue metafore*, Nottetempo, Milano 2020.
- Stegenga J., *Care and Cure. An Introduction to Philosophy of Medicine*, The University of Chicago Press, Chicago 2018.
- Stegenga J., *Medical Nihilism*, Oxford University Press, Oxford 2018.
- Steerling E., Houston R., Gietzen L. J., Ogilvie S. J., De Ruiter H. P., Nygren J. M., *Examining how Ethics in Relation to Health Technology is Described in the Research Literature: Scoping Review*, «Interactive Journal of Medical research», 11 (2022), doi: <https://doi.org/10.2196/38745>.
- Stempsey W. E., *The philosophy of Medicine: development of a discipline*, «Medicine, Health Care and Philosophy», 7 (2005), pp. 243-251.
- Straus S. E., Glasziou P., Scott Richardson W., Brian Haynes R., *Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM*, trad. it. *Evidence-Based Medicine, Come praticare e insegnare la medicina basata sulle prove di efficacia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2007.
- Sun T., He X., Song X., Shu L., Li Z., *The Digital Twin in Medicine: A Key to the Future of Healthcare?*, «Frontiers in Medicine (Lousanne)», 14 (2022), doi: <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.907066>.

- Taddio L., Giacomini G. (a cura di), *Filosofia del digitale*, Mimesi, Milano-Udine, 2020.
- Tang H., Ng J. H., *Googling for a diagnosis - Use of Google as a diagnostic aid: Internet Based Study*, «British Medical Journal», vol. 333, 7579 (2006), pp. 1143-1145.
- Tesio L., *La biomedicina fra scienza e assistenza. Medicina riabilitativa: scienza dell'assistenza*, «Il Nuovo Areopago», 14 (1995), pp. 81-95.
- Tesio L., *The good-hearted and the brave. Clinical medicine at the bottom of the barrel of science*, «Journal of Medicine and the Person», 8 (2010), pp. 103-111.
- Tesio L., *I bravi e i buoni. Perché la medicina clinica può essere una scienza*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2015.
- Tesio L., Buzzoni M., *The illness-disease dichotomy and the biological-clinical splitting of medicine*, «Medical Humanities», 47 (2021), pp. 507-512.
- Tolstoj L., *Smert' Ivana Il'iča*, trad. it. *La morte di Ivan Il'ič*, Feltrinelli, Milano 2019.
- Tomasello M., *The Cultural Origins of Human Cognition*, trad. it. *Le origini culturali della cognizione umana*, il Mulino, Bologna 2005.
- Tomasello M., *Joint Attention as Social Cognition*, in C. Moore; P. J. Dunham (eds.), *Joint Attention. Its Origins and Role in Development*, Psychology Pres, New York 2016.
- Topol E., *Deep Medicine. How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*, Basic Book, New York 2019.
- Tozzi A. E., *Impazienti. La medicina basata sull'innovazione*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2019.
- Tronto J., *Cura e politica democratica. Alcune premesse fondamentali*, «La società degli individui», 38 (2010), pp. 34-42.

- Valery P., *Chaiers III*, trad. it. *Quaderni*, vol. III, *Sistema, Psicologia, Soma e C E M, Sensibilità, Memoria*, a cura di J. Robinson-Valery, Adelphi, Milano 1988.
- Valery P., *Chaiers IV*, , trad. it. *Quaderni*, vol. IV, *Tempo, Sogno, Coscienza, Attenzione, L'io e la personalità*, a cura di J. Robinson-Valery, Adelphi, Milano 1990.
- Vanzago L., *Merleau-Ponty*, Carocci, Roma 2017.
- Vega C., *Attention et soin. Subjectivité, lien et travail*, «Multitudes», 32 (2008), pp. 51-63.
- Verbeek P. P., *Don Ihde: The Technological Lifeworld*, in H. J. Achterhuis (ed.), *American Philosophy of Technology: The Empirical Turn*, Indiana University Press, Bloomington 2001, pp. 119-146.
- Vermersch P., *L'attention entre phénoménologie et sciences expérimentales, éléments de rapprochement*, «Intellectica. Revue de l'Association pour la Recherche Cognitive», 38 (2004), pp. 325-362.
- Vial S., *Ce que le numérique change à autrui : introduction à la fabrique phénoménotechnique de l'altérité*, «Hermès. La Revue», 68 (2014), pp. 151-157.
- Vial S., *Voir et percevoir à l'ère numérique : théorie de l'ontophanie*, in M. Carbone, A. C. Dalmasso, J. Bodini (éds.), *Vivre par(mi) les écrans*, Les Presses du réel, Dijon 2016.
- Vial S., *L'être et l'écran. Comment le numérique change la perception*, Puf, Paris 2017.
- Vicarelli G., Bronzini M., *Sanità digitale. Riflessioni teoriche ed esperienze applicative*, il Mulino, Bologna 2019.
- Vieira Caliman L., Citton Y., Prado Martin M. R., (dir.), *L'attention médicamentée : la Ritaline à l'école*, PUR, Rennes 2023.
- Vitali-Rosati M., *Corps et virtuel. Itinéraires à partir de Merleau-Ponty*, L'Harmattan, Paris 2010.

- Vitali-Rosati M., Sinatra M. E. (dir.), *Pratiques de l'édition numérique*, Presses de l'Université de Montréal, Montréal 2014.
- Wakefield B. J., Holaman J. E., Ray A., Morse J., Kienzle M. G., *Nurse and patient communication via low and high-bandwidth home telecare systems*, «Journal of Telemedicine and Telecare», 10 (2004), pp. 156-159.
- Waldenfels B., *Bruchlinien der Erfahrung. Phänomenologie, Psychoanalyse, Phänomenotechnik*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main 2002.
- Waldenfels B., *Soglie d'attenzione. Itinerari dei sensi*, trad. it. G. Baptist 2003, online: http://www.filosofia.it/wp-content/uploads/2012/05/Waldenfels_Soglie_attenzione.pdf.
- Waldenfels B., *Phänomenologie der Aufmerksamkeit*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 2004.
- Waldenfels B., *Phénoménologie et phénoménotechnique*, in P. M. S. Alves, J. M. Santos, A. F. De Sa, *Humano e inumano: a dignidade do homem e os novos desafios*, Actas do Segundo Congresso Internacional da Associação Portuguesa de Filosofia Fenomenológica, Phainomenon Lisboa 2006.
- Waldenfels B., *Grundmotive einer Phänomenologie des Fremden*, trad. it. *Fenomenologia dell'estraneo*, trad. it. a cura di F. G. Menga, Raffaello Cortina, Milano 2008.
- Waldenfels B., *Attention suscitée et dirigée*, in N. Depraz, *L'attention*, «Alter. Revue de Phénoménologie», 18 (2010), pp. 33-44.
- Waldenfels B., *Estraneo, straniero, straordinario. Saggi di fenomenologia responsiva*, a cura di Perone U., Rosenberg & Sellier, Torino 2020.
- Waldenfels B., *Creatività responsiva*, a cura di R. Guccinelli, InSchibboleth, Roma 2022.

- Wehrle M., *L'attention: plus ou moins que la perception? Au croisement des perspectives de la phénoménologie et des sciences cognitives*, in N. Depraz, *L'attention*, «Alter. Revue de Phénoménologie», 18 (2010), pp. 210-242.
- Weil S., Bousquet J., *Corrispondenza*, a cura di A. Marchetti, trad. it. di G. Gaeta, Se, Milano 1994.
- Weil S., *Attente de Dieu*, trad. it. *Attesa di Dio*, Adelphi, Milano 2008.
- Weil S., *La pesanteur et la grâce*, trad. it. *L'ombra e la grazia*, Se, Milano 2021.
- Worms F., *Soin et politique*, Puf, Paris 2012.
- Wu W., *Attention*, Routledge, New York 2014.
- Ziebland S., Wyke S., *Health and illness in a connected world: how might sharing experiences on the internet affect people's health?*, «The Milbank Quarterly», 90 (2012), pp. 219-249.
- Zuppironi A., *Riduzionismo medico e senso della cura*, in G. Marrone (ed.), *Il discorso della salute. Verso una sociosemiotica medica*, Meltemi, Milano 2005.

Riconoscimenti

Faccio fatica a considerare questo lavoro come se fosse solamente *mio*. Se volgo lo sguardo indietro, ritrovo subito le relazioni e i confronti di cui si è nutrito e quanto le maestre e i maestri, le colleghe e gli amici, siano stati essenziali. A ciascuna di queste persone non posso dire solo *grazie*, ma devo *riconoscere* il loro contributo, che si è intrecciato in modo indissolubile alla trama delle mie parole.

La mia gratitudine, prima fra tutti, va alla mia Tutor, la professoressa *Carla Danani*, maestra attenta e sempre disponibile, che ha avuto la massima cura tanto di questo lavoro quanto di me durante i tre anni del mio Dottorato. I confronti profondi, intelligenti, insieme ai dialoghi stimolanti, non sono mai mancati e il suo insegnamento, filosofico e umano, va ben oltre la portata di queste pagine: è diventato una postura nei confronti del mondo e un invito a saper *abitare* – mai termine fu più appropriato! – la complessità delle cose. Grazie anche per l’inestinguibile energia e l’autenticità che mette nel suo lavoro in cui, come ricorda sempre, devono convivere armoniosamente due anime: la ricerca e l’insegnamento.

E, con lei, un ringraziamento alla scuola maceratese di filosofia morale, che mi ha formato e vanta una multiforme linea di ricerca che si lascia ben volentieri ispirare anche dall’etica della cura: perciò grazie al professor *Luigi Alici* e alle professoresses *Donatella Pagliacci* e *Silvia Pierosara*.

Grazie al professor *Alain Loute* per avermi accolto all’*Istitut de Recherche en Santé et Société* dell’*Université Catholique de Louvain*. Con lui mi sono affacciato su prospettive inedite e gli sono grato per tutte le riflessioni critiche che abbiamo condiviso; soprattutto per quelle avute di fronte a una birra belga, mentre il cielo arancione di Bruxelles volgeva al tramonto.

Grazie a *Gregory Aiguier* e *Jean-Philippe Cobbaut*, per avermi invitato al *Centre d’Éthique Médicale* dell’*Université Catholique de Lille*, dove ho incontrato, e assistito a lezioni, di ricercatori appassionati e appassionanti.

Grazie a *Francesca Marin* e *Lucia Galvagni* che mi hanno saggiamente “orientato” nella scelta del luogo per il periodo di ricerca all’estero e sono entrambe d’ispirazione per la generosità e la freschezza con cui danno forma alle loro ricerche.

Grazie al Dott. *Valdo Pezzoli* dell’*Ospedale EOC di Lugano* che, un giorno, vestendomi con un camice bianco, mi ha permesso di seguire i consulti e le visite ai suoi pazienti e, ancor più, di entrare nella vita palpitante di un reparto ospedaliero, dove mi sono confrontato con infermieri, chirurghi, anestesisti, farmacisti, persone malate e familiari.

Grazie a *Camilla Domenella, Alessandra Lucaioli e Francesca Petetta*, amiche preziose – prima ancora che colleghe –, per avermi accompagnato nel percorso e per tutti i momenti condivisi, anche durante il Master in *Medicina Narrativa* nel quale si sono addensate molte delle riflessioni qui presenti.

Infine, grazie a chi ha vissuto nel ritmo del mio respiro, restandomi accanto.