

Lo spazio della cura in tempi di emergenza pandemica

Maria Giulia Franco

Abstract. During the most serious phases of the pandemic emergency, a new narrative emerged, drawing parallels with a state of war. This narrative has spread awareness in everyone, that reside in a war situation characterized by an invisible enemy to fight, an unknown virus invading the human body. The focus of my study will be on corporeality, both individual and social, in a space reminiscent of war action, the space dedicated to medical care. This proposal aims to demonstrate changes on how different proxemics caused by somatic limitation, conditions the process of care and thus the interaction between the doctor and the patient. The cases of analysis will be both the reports of experiences of doctors and nurses, who worked during the peak contagion period, and a corpus of photographs distributed online, effective in reporting different ways of magnifying the pandemic battle.

1. Introduzione

Fin dall'inizio della diffusione del virus Covid-19, le sue tragiche conseguenze hanno riportato alla memoria un passato traumatico in cui eventi come l'epidemia di peste, o lo scoppio di una grande guerra irrompevano nella vita delle persone; i delegati politici, nel ruolo di *destinanti pubblici*, hanno così rintracciato nel passato sia immediate e possibili soluzioni, come l'isolamento sociale o la quarantena, sia strategie discorsive agenti nella costituzione di uno scenario bellico e di un linguaggio "militaresco". Ha così preso sempre più forma una narrazione, ormai ampiamente diffusa e scontata, sorretta dal parallelismo sia discorsivo sia visivo con uno stato di guerra e di battaglia; ciò ha creato nuovi *destinanti*, delegati di un sapere e di un potere politico-sociale e soprattutto scientifico.

Ogni soggetto è stato immerso in uno scenario bellico caratterizzato da un unico nemico da dover combattere, un virus sconosciuto, che in qualità di attante soggetto ha invaso gli spazi collettivi attraversando i corpi; a causa di ciò, è stata condizionata ogni forma di legame intersoggettivo e intersomatico con l'altro, quest'ultimo divenuto un potenziale portatore di contagio.

Mi sembra così che la prima questione su cui hanno confluato le principali conseguenze sociali del virus sia quella riguardante la corporeità¹, analizzata in qualità di *testo*. Per questo affronterò la questione della *battaglia* (esempio di relazione *corpo a corpo*) come un fatto somatico che ha perturbato la nostra sensorialità e percezione sia del mondo sia dell'altro; mi riferirò infatti a corpi resi oggetti e campi d'azione per un pericoloso nemico, fino al momento della guarigione, durante il quale il corpo-vittima ne risulta trasformato, divenendo un corpo resistente-testimone di un agente estraneo.

In particolare, alla luce delle conseguenze pandemiche riguardanti la dimensione vitale degli individui, ritengo che la questione della corporeità medica sia oggi più che mai investita di un interesse e di una portata semiotica notevole.

Come già anticipato, con la presente proposta il mio obiettivo sarà quello di dimostrare i cambiamenti riguardanti il processo di cura dei pazienti; processo in cui il corpo del medico è divenuto l'espressione di una nuova prassi protettiva caratterizzata da molteplici dispositivi, che in qualità di *limiti somatici* lo hanno reso irricognoscibile, depersonalizzandolo e risemantizzandolo. Per questo, mi riferirò in particolare a ciò che tali conseguenze percettive e somatiche hanno apportato al legame tra il medico e

¹ Per un approfondimento sul senso del corpo: cfr. Merleau-Ponty (1945), Marrone (2001, 2005), Fontanille (2004).

il paziente, corpo malato², modificando e alterando la fase dedicata alla diagnosi. In riferimento a ciò, durante la seguente analisi emergerà come la pandemia abbia stabilito una nuova “biopolitica spaziale” (Mazzucchelli 2021), responsabile di istituire rinnovati sistemi spaziali che hanno orientato alla formazione di una nuova forma di *prosemica difensiva* (Hall 1966).

Dunque, assumendone entrambi i punti di vista, mi soffermerò su come una differente prosemica causata dalla limitazione somatica delle forme di espressività e gestualità sia del medico sia del paziente, abbia condizionato il processo di cura.

1.1 Articolazione dell'indagine: il corpus e il metodo d'analisi

I primi casi studio su cui mi concentrerò riguardano i resoconti di tre esperienze di cura vissute nel periodo di maggiore contagio pandemico, marzo-aprile 2020; i primi riguardanti i lavori di due differenti medici nello stesso pronto soccorso di Palermo e l'altro relativo al lavoro di un infermiere in un diverso ospedale, un Istituto di cura e di ricovero di Palermo. Tali testimonianze rappresentano una buona lente di ingrandimento per interpretare le modalità e le logiche secondo le quali la relazione di cura è stata risemantizzata, acquisendo una nuova identità, nuove logiche e nuovi confini prosemici.

Alla luce dei molteplici divieti di inaccessibilità agli ospedali, non è stato possibile avere un confronto diretto con quanto stava accadendo e poter attuare un'osservazione partecipante del processo di soccorso e di cura del virus. Per tale ragione, il metodo d'indagine utilizzato per la costituzione di un *corpus* pertinente è stato quello delle interviste durante le quali sono state riportate le tre testimonianze raccolte in colloqui attuati in presenza; fungendo così da strumenti d'analisi dai quali ha avuto origine l'interpretazione e l'indagine sociosemiotica.

Come secondo *case study* invece presento un mini-corpus di due fotografie, costruito inseguito a una mia ricerca in rete incentrata sulle immagini maggiormente diffuse durante il periodo pandemico; esse sono state selezionate poiché agendo sulla percezione sociale dell'emergenza pandemica, rappresentano dei testi efficaci nel riportare una delle rappresentazioni che i media hanno offerto durante il periodo di maggiore allarme. In riferimento alla questione mediatica, Marrone scrive che “i media fanno parte della società, agiscono in essa e con essa” (2001, p. 13).

Come dimostrerò, entrambi i casi trattati, le pratiche mediche da un lato e la loro rappresentazione mediatica dall'altra, appartengono a uno stesso discorso pandemico, espresso però secondo una diversa forma di rappresentazione e pertinentizzazione. Infatti, la scelta dell'accostamento di due manifestazioni semiotiche tanto diverse ha origine proprio dall'obiettivo di voler far emergere effetti di senso opposti, provenienti da eterogenei statuti della metafora bellica, in contraddizione tra loro. In quanto, dai racconti delle esperienze di cura emergeranno le differenti modalità di interazione riguardanti la relazione *sensibile* tra il paziente e il medico, trasformata e limitata da un nuovo regime di cura; regime che è risultato soggetto a continue forme di *aggiustamento*³ (Landowski 2010), determinate dall'incontrollabilità del contagio del virus. Al contrario invece, dal secondo mini-corpus, questa volta mediatico, emergerà una narcotizzazione della dimensione del processo di cura incentrato sul legame medico/paziente, valorizzando e magnificando unicamente la *programmazione (ivi)* del rischio da parte del medico; quest'ultimo rappresentato come il nuovo eroe bellico, pronto all'azione di cui lui stesso ha il controllo.

² In relazione all'opposizione salute/malattia, si veda Marsciani (2005).

³ Ritengo che il processo di risemantizzazione che la relazione di cura ha subito durante la pandemia prenda forma rispetto a un regime di senso dell'*aggiustamento*, teorizzato da Landowski (2010); in quanto si tratta del regime riguardante le pratiche più *arrischiate*, i cui “comportamenti non essendo limitati all'esecuzione di algoritmi prestabiliti, hanno vocazione a variare in funzione della diversità dei contesti” (Landowski 2010, p. 49). Condizione opposta rispetto a quanto emerge dal discorso mediatico, in cui vige il regime della *programmazione* del rischio; regime meccanicista in cui la totalità dei comportamenti risulta prevista e controllata da una garanzia di sicurezza.



2. Dall'origine della relazione medico-paziente alla sua risemantizzazione pandemica⁴

Come è stato introdotto, è pertinente riflettere sul drastico cambiamento che il ruolo sociale del medico ha subito durante la pandemia, riarticolandosi secondo un valore e un senso differente: egli è stato investito di una nuova aura salvifica, portatore di un'arma risolutrice, la conoscenza scientifica.

In riferimento a ciò, nell'immaginario collettivo il medico è sempre stato percepito rispetto a un certo riconoscimento sociale, in quanto in possesso di un regime di competenza tale che lo autorizza al *poter agire* sul corpo del paziente, oggetto dell'atto di cura. Ricordando, come scrive Marrone (2012) che per lungo tempo il medico è stato valorizzato come il rappresentante di certezze assolute, e per tale ragione gli è stata attribuita una assoluta podestà sul corpo del paziente.

Risulta però pertinente sottolineare come l'identità di tale relazione abbia subito nel tempo un drastico cambiamento, relativo ai presupposti di un differente patto fiduciario, costituito rispetto al riconoscimento della soggettività del paziente; quest'ultima precedentemente esclusa dal discorso medico in cui il paziente era identificato unicamente come corpo oggettivato.

Alla luce di tale riflessione, mi soffermo sulla definizione che fornisce il dizionario Treccani sul paziente: "una persona affetta da una malattia, e più genericamente chi è affidato alle cure di un medico o di un chirurgo". La voce dizionariale è così efficace nel fare emergere l'identità del legame somatico tra i due soggetti, caratterizzato dall'implicita stipula di un contratto fiduciario tra il paziente e il medico; patto sorretto dal suo *saper e poter fare* agenti nel corpo del paziente. Il medico, dunque, deve acquisire la fiducia del malato attraverso la riuscita della sua *performance*, orientata alla cura della malattia.

Soffermandomi in particolare sul caso affrontato, l'atto di delega somatica da parte del paziente si realizza in uno scenario di senso trasformato, quello pandemico, in cui il medico deve preservare il suo corpo da una condizione di contagio e dal divenire, dunque, un paziente potenziale nel momento in cui visita il paziente reale.

Dunque, il punto di partenza è la questione somatica, e in particolare una delle sue dimensioni: la percezione sensoriale, dalla quale ha origine la soggettività.

"Soggetto e mondo si costituiscono reciprocamente a partire dall'atto della percezione, il quale per sussistere deve prendere posizione nel mondo come punto di vista su di esso" (Marrone 2005, p. 11).

Mi concentrerò su quest'ultimo punto, in quanto è all'origine di esso che deriva il discorso della salute, riguardante una particolare forma di vita alterata dall'atto del contagio pandemico. A tal proposito, emergerà dai casi riportati una trasformazione dei corpi, invasi dall'azione di nuove tecnologie, come la mascherina, la quale coagisce alla costituzione di una nuova soggettività; così i dispositivi protettivi e confinanti, in qualità di *frontiere fisiche*, divengono portatori di un senso non più unicamente culturale ma anche *naturale*, come infatti chiarisce Marrone: "la cosa che dovrebbe essere per definizione culturale, la tecnologia, si scopre essere naturale. E la cosa che dovrebbe essere naturale, il corpo, si scopre essere culturale. Fra il corpo e lo strumento non c'è alcuno scarto antropologico, o biologico ma soltanto una interscambiabilità di fondo" (Marrone 2012 p. 167).

3. Nuovi scenari bellici

3.1 Spazi e virus: logiche e modalità di risemantizzazione del pronto soccorso

In riferimento alla questione analizzata, è determinante soffermarsi su una delle declinazioni della metafora bellica assunte durante la pandemia e riguardanti la dimensione prossemica.

Nel dizionario della lingua italiana, il lemma "battaglia" indica: "un insieme di combattimenti che ha per scopo immediato quello di distruggere le forze avversarie per il conseguimento di obiettivi bellici"; azione puntuale, che ha una finalità da conseguire in un tempo istantaneo da parte di una corporeità collettiva che "distrugge" un anti-soggetto. Alla base, dunque, risiede la configurazione di uno stato

⁴ Per un approfondimento sulla relazione medico-paziente e sulle sue trasformazioni nel tempo, si veda Good (2006).

“polemico” (cfr. Alonso-Aldama 2006)⁵ in cui l’avvento della pandemia è interpretabile come *un attacco* agente nel contesto sociale e in particolare in quello medico, perturbando l’ordine sociale e imponendo uno stato polemico, puntuale e tensivo (Alonso-Aldama 2006, p. 29).

Per poter comprendere ciò, la prima questione da affrontare per dimostrare la portata degli effetti pandemici sull’esperienza di cura è quella dello spazio, che in qualità di territorio del sé, soggetto a continue riscritture, deve essere difeso (Hammad 1989) come in una battaglia fisica dalle interferenze esterne, pericolose e detentrici di rischio.

Lo spazio trattato è quello del pronto soccorso, *spazio utopico* riservato all’atto di cura del paziente, dove dall’avvento della pandemia ha prevalso un processo di riarticolazione; quest’ultimo, prodotto da una forma di *prassi enunciazionale* (Marrone 2001, p. 322) caratterizzata da nuovi usi non originariamente iscritti e previsti nello spazio ma contestuali all’emergenza pandemica. Tale prassi ha definito nuovi confini di intersomaticità tra i soggetti coinvolti e ha imposto nuove norme semantiche in una spazialità in cui per statuto vigeva già una specifica logica di contenimento.

Durante il periodo pandemico, infatti, come tutti gli spazi sia pubblici che privati, anche la spazialità dei luoghi di cura descritti è stata riarticolata, divenendo l’espressione di una nuova politica ospedaliera stabilita per limitare e controllare la diffusione pandemica; politica caratterizzata da un rinnovato regime di regole di comportamento contestuali all’emergenza, stabilito da nuove competenze mediche rispetto a quelle finora agenti nella regolamentarità dello spazio di cura. A causa della straordinaria contagiosità del virus, è stata infatti imposta una ulteriore logica di contenimento, caratterizzata da un assetto di contro-programmi suscettibili di continue modifiche di prevenzione al contagio pandemico.

In particolare, mi soffermerò sull’area riservata al soccorso, dove i medici instaurano i primi contatti con i loro pazienti, dando avvio al processo di cura. Dalle interviste è stato possibile indagare sulle logiche di risemantizzazione di tale spazio, in cui prima della pandemia avveniva l’accoglienza indistinta di tutti i malati; in seguito all’irruzione pandemica, la sua funzione è stata ristabilita, divenendo uno spazio riservato alla cura dei pazienti Covid, già verificati nella fase preliminare all’ingresso. Tale assetto è stato guidato da un nuovo regime di organizzazione sanitaria, basato sul *contenimento* (Foucault 1975), intrapreso in una situazione *d’eccezione*, imprevedibile, in cui si deve permettere a ogni medico di stabilire una interazione sicura con il paziente. Sono state così stabilite nuove modalità di inserimento e di distribuzione dei corpi nello spazio, riducendo drasticamente il numero dei pazienti consentiti, richiamati al rispetto di una nuova e rigida prassi di comportamento in uno spazio delimitato da micro-confinamenti in cui posizionarsi, distanziandosi dall’altro.

Per una maggiore comprensione della trasformazione avvenuta, è pertinente approfondire l’identità dello spazio trattato, l’ospedale, definibile nel tempo sempre rispetto a una precisa politica e *condotta*; quest’ultima, prescritta in riferimento a un determinato ordine di controllo delle varie malattie dei pazienti mediante l’organizzazione delle singole aree interne (cfr. Foucault 1963, 1975). Pertinente è il riferimento alle parole di Foucault (1975), il quale analizzando l’identità e l’efficacia dei nuovi ospedali della seconda metà del Novecento scrive:

È così che l’ospedale-edificio si organizza poco a poco come strumento di azione medica: deve permettere di osservare bene gli ammalati, dunque di meglio predisporre le cure e la forma degli edifici deve, con l’accurata separazione degli ammalati, impedire i contagi (Foucault 2014, p. 125).

3.2 Nuove interazioni pandemiche

Alla luce di quanto analizzato, ospedali, pronto-soccorsi, cliniche, hanno rappresentato così gli *spazi topici* in cui una volta risemantizzati, si è verificata una nuova azione medica di *lotta* al virus in uno stato di “universo in tensione” (Landowski 2010); ciò negando ogni possibilità di anticipazione delle dinamiche sociali, determinando una condizione imprevedibile di rischio.

⁵ Cfr. Alonso-Aldama in relazione allo studio sullo statuto dell’instabilità in una “semiotica del continuo”, si concentra su ciò che accade fra due cambiamenti di stato, definendo ognuno di essi come “il risultato della tensione che oppone il polemico al contrattuale” (2006, p. 28).

Mi soffermo così sugli effetti e sulle conseguenze che la riarticolazione di tale spazio ha subito, mediante quanto ricostruito dai racconti medici; da questi emerge l'esistenza di due forme di interazione, in cui intervengono soggettività differenti, determinate dalla riarticolazione dello spazio di cura. La prima, come avviene in un potenziale scenario bellico, riguarda la partecipazione di diversi attori "non umani", come i macchinari, i dispositivi diagnostici o ancora gli esami clinici. Questo è il caso in cui la relazione somatica tra il medico e il paziente si realizza in una temporalità più rapida, resa appunto mediata dall'azione di svariati oggetti tecnici; questi ultimi divenuti i *delegati* (Latour 1992) ai quali lo sguardo del medico affida il compito della verità, in una spazialità a volte nascosta, invisibile agli occhi del paziente. Gli oggetti, dunque, durante la pandemia hanno avviato a un processo di diagnosi più rapido, determinando una limitazione del contatto diretto con il paziente, e quindi anche della sua presa passionale, emotiva e somatica; infatti, dalle testimonianze dei due medici, emerge una forma di comunicazione codificata, regolata da un funzionamento oscuro ma garante di un certo grado di certezza. La loro *performance* avviene infatti in uno spazio confinato, nascosto e non visibile in cui verrà tracciata una delle tappe del percorso di cura.

La seconda forma di interazione invece riguarda due corporeità differenti, entrambe da proteggere, il corpo malato del paziente e il corpo del medico, difeso da dispositivi esterni e per questo in un continuo stato di tensione. Per tale ragione, nella prassi medica ha preso forma un nuovo regime conflittuale relativo a due programmi narrativi in tensione tra loro, quello di instaurazione fiduciaria con il paziente e quello di prevenzione del contagio; mi riferisco appunto all'intreccio fra due problemi, quello operativo, riferito al *dovere* della *performance* medica, e quello deontico relativo invece alla sua sicurezza, in cui vige una isotopia modale costante data dal *dover* difendersi. In conseguenza di ciò, nel corpo del medico durante il processo curativo agiscono nuovi dispositivi che impongono inevitabili resistenze fisiologiche, ponendolo in uno stato di chiusura e confinamento tale da limitare il contatto percettivo con l'esterno; è l'azione protettiva della tuta, dei guanti, della mascherina e della visiera a renderlo nell'immediato un corpo illeggibile allo sguardo del paziente.

3.3 Come ripensare alla relazione di cura infermiere-paziente

Il caso precedentemente analizzato dimostra come nella dimensione della cura, la questione somatica non può che essere trattata se non considerando il nesso corpo- intersoggettività, su cui si regge l'intero processo di guarigione del paziente.

"L'esperienza clinica vede aprirsi un nuovo spazio: lo spazio tangibile del corpo, che è al contempo la massa opaca in cui si celano segreti, invisibili lesioni e il mistero stesso delle origini" (Foucault 1969, p. 209). Le parole di Foucault scritte per la prima volta nel 1963 nel suo importante testo *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*, pongono alla luce la rilevanza e la portata valoriale della corporeità durante l'esperienza medica; esperienza definita dal filosofo come una dialettica tra ciò che è enunciabile e ciò che è visibile sul piano del sensibile. La verità sensibile, manifestabile unicamente attraverso il linguaggio corporeo, è così parte determinante della diagnosi medica, fortemente compromessa dalla trasformazione protettiva che i corpi coinvolti subiscono durante la fase pandemica. A tal proposito risulta pertinente il riferimento a Marrone, il quale definisce: "l'esperienza sensibile e, in generale, corporea come co-partecipante alla costruzione e alla trasformazione della significazione" (2005, p. 15).

Per poter comprendere ciò, risulta necessario indagare sulle trasformazioni relative a un altro tipo di relazione di cura, quella riguardante il paziente e l'infermiere all'interno di uno degli Istituti di cura di Palermo, dove si sono verificate nuove forme di interazione tra i pazienti, i medici e gli infermieri.

Da quanto riportato, è emerso che la stretta e complementare relazione infermiere-paziente è stata una delle principali ad essere coinvolta, poiché riarticolata da un nuovo protocollo anti-contagio. Ciò ha comportato la ridefinizione radicale del campo d'azione dei gesti più semplici (toccare, vocalizzare, guardare), determinanti per la riuscita della consueta prassi dell'infermiere; prassi agente in funzione di un accudimento continuo del paziente, e per questo sempre sottoposta a un certo grado di rischio. Infatti, dalla testimonianza emerge come la durata del contatto tra i due soggetti sia stata limitata non solo dal rischio di contagio per l'operatore, ma anche dall'aumento di pazienti in terapia ai quali ogni infermiere



deve rispondere (a ogni infermiere solitamente venivano assegnati due pazienti). Per tale ragione, durante la crisi emergenziale, la figura dell'infermiere è stata investita di una rinnovata riconoscibilità e rappresentazione sociale e valoriale, responsabile di qualificarla come uno dei nuovi delegati, eroe in prima linea nell'emergenza.

Come nel caso precedentemente trattato, analizzo l'identità di un corpo, quello dell'infermiere, riarticolato dai nuovi dispositivi, la cui azione risulta essere talmente invasiva da ostacolare la dimensione della visibilità, non più diretta e continua nel corpo del paziente, ma ben confinata dalla mascherina e dagli occhiali protettivi e per questo *intravedibile* allo sguardo. Ciò ha trasformato notevolmente il regime di senso riguardante le modalità di interazione tra i due attori, poiché l'infermiere deve rispondere a quella delicata e fragile fase di manifestazione dei sintomi del virus riscontrabili nello stato di malessere⁶ del paziente; malessere sviluppato in un periodo durativo e continuo, non solo somatico ma anche emotivo. Si tratta della condizione in cui la corporeità del paziente subisce una perdita del senso di controllo e di dominio, tale da annullare una possibile esperienza di sé e di azione nei confronti dello spazio occupato.

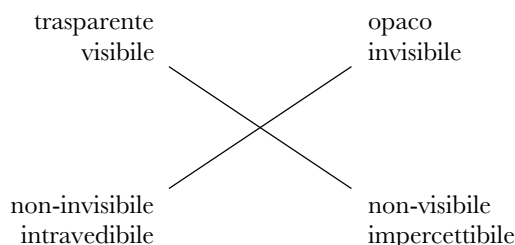
In riferimento alla dimensione del visibile, i volti dei soggetti analizzati, quello del paziente, del medico e dell'infermiere presentano una principale differenza che ha agito nelle logiche di interazione prossemica tra i soggetti, producendo effetti nell'altro; articolo tale differenza rispetto all'opposizione semantica del *visibile/invisibile*.

Lo sguardo del medico, modificato dalla mascherina e dalla visiera, viene reso *impercettibile* per un suo riconoscimento limitando la possibilità di un dialogo intersoggettivo esaustivo con lo sguardo del paziente. Ciò riguarda anche lo sguardo dell'infermiere che seppur in forma minore rispetto al caso del medico, viene ben confinato dall'azione della mascherina e per i casi più gravi anche dalla visiera; l'unica differenza che garantisce una possibilità di riconoscimento dell'identità del medico da parte del paziente e di conseguenza di costituzione fiduciaria nei suoi confronti riguarda l'aspetto della durata e intensità dell'atto di cura e quindi dell'interazione tra i due soggetti.

Dunque, una volta riprogrammata una nuova comunicazione, la voce risulta essere il segno espressivo, garante di una distinzione identitaria e l'unico elemento diretto di scambio corporeo tra i soggetti.

Lo sguardo del paziente invece, viene confinato unicamente dalla mascherina, la quale dimezzando le facoltà del volto e determinando una linea di barriera somatica, nega le capacità olfattive e ogni forma di espressività facciale; infatti, lo sguardo del paziente, seppur modificato, rappresenta l'unico elemento del viso ad essere segno espressivo del suo stato di salute.

La dimensione visiva funge infatti, da segno di riconoscimento, il cui carattere identitario viene però notevolmente alterato. Lo sguardo del paziente, visibile ma confinato, assume un ruolo fondamentale per l'identificazione iniziale dei sintomi del virus, a discapito invece del risultato di una diagnosi approfondita in cui la dimensione tattile era protagonista; infatti, gli occhi costituiscono l'unica parte del viso del malato rimasta visibile, ancora leggibile e per tale ragione soggetta all'interrogazione da parte dello sguardo del medico e dell'infermiere. La vista, garante di soggettività, rappresenta dunque il primo senso ad essere coinvolto nelle fasi di interazione, per tale ragione ne articolo il senso ponendo in quadrato la categoria *visibile vs invisibile*:



⁶ Come analizza Fontanille (2005), il malessere funge da segno precursore dell'espressione diretta della malattia. Corrisponde a quella fase durativa del contagio pandemico, in cui si sviluppano i molteplici sintomi del virus.



Dunque, pongo nel piano del *visibile* lo sguardo del paziente, al quale viene delegata l'unicità della vista, in contrarietà invece con la dimensione dell'*invisibile*, in cui si ritrovano gli oggetti agenti nel processo di cura, poiché posti in uno spazio inaccessibile per il paziente. Questa dimensione è posta in una relazione di complementarità con la dimensione del *non-visibile*, attribuibile allo sguardo del medico, ben confinato e risemantizzato dall'azione dei molteplici dispositivi protettivi.

Lo sguardo dell'infermiere invece, attualizza una condizione di *non-invisibilità*, poiché determina un grado di intravisione che ne permette un possibile riconoscimento agli occhi del paziente.

4. Processi curativi a confronto

Dai casi descritti, di forte interesse semiotico, ritengo sia possibile interpretare due differenti regimi di prassi curative e di interazione somatica, agenti in due fasi del contagio del paziente. La prima riguarda l'azione del medico sul corpo del paziente, l'altra quella dell'infermiere, entrambe regolate da una nuova logica prossemica e somatica che limita un potenziale grado di probabilità dei rischi di contagio.

La prassi medica è solitamente articolata da due limiti, identificabili come i punti di aspettualità saliente (Fontanille, Zillberberg 1998; Alonso-Aldama 2006): il primo riguardante la fase iniziale della cura della malattia del paziente (inclusa la fase preliminare dedicata alla diagnosi) e quello finale, *terminativo* caratterizzato dalla riuscita o meno della sua *performance*, del suo *dover agire* immediato contro un agente esterno nel corpo del paziente; ciò, dunque, avviene in una temporalità *discontinua*, e confinata che determinerà lo stato di guarigione del paziente. La prassi dell'infermiere invece, agisce in una fase differente della malattia del paziente, quella relativa allo stato durativo e *continuo* del malessere; la sua *performance* riguarda infatti un *dover controllare* lo stato di salute del malato, differenziandosi da quella del medico per il suo carattere di *duratività*.

Rispetto alla prassi dell'infermiere, risulta pertinente il riferimento alle teorie di Denis e Pontille (2022), riguardanti la pratica di manutenzione verso gli oggetti, paragonata alla prassi umana dedita alla cura; teorie che aprono a una possibile traccia attinente all'analisi finora attuata, in quanto approfondiscono una particolare prassi di manutenzione, quella relativa all'atto di cura del medico. Riporto qui le parole scritte dal sociologo Antoine Hennion (2015) riguardo all'importanza del confronto tra l'attività di manutenzione delle cose e quella relativa al processo di cura umana: "en partant de la fragilité comme condition commune des personnes d'un côté, et des choses de l'autre. Les personnes comme les choses nécessitent toujours qu'on les fasse exister un peu plus" (Hennion 2015, p. 78).

Applicando ciò a quanto è emerso dall'analisi, mi soffermo non sull'atto di cura del medico ma su quello dell'infermiere, e in particolare sul legame di interdipendenza che caratterizza la condizione di fragilità del paziente. La pratica dell'infermiere risulta infatti un esempio efficace di una particolare forma di manutenzione realizzatasi nel processo di accudimento del corpo del contagiato, non più indipendente a causa della sua vulnerabilità. Tale processo come avviene nel caso di una prassi manutentiva, si sviluppa in una temporalità ricorsiva necessitando appunto di una costanza e ripetizione per poter assicurare la riuscita della cura del paziente e dunque la fine dello stato di malattia.

Dunque, dall'analisi sulle logiche e sulle differenti modalità di interazione e di cura, emerge la rappresentazione di una condizione bellica di lotta collettiva al virus regolata dal nuovo e mediato regime prossemico, una configurazione di gesti e pratiche strategiche riguardanti una nuova prassi anti-contagio. Alla luce delle differenze emerse tra le due forme di azione agenti nella rappresentazione dello stato pandemico emergenziale, individuo alcune opposizioni tematiche che le caratterizzano, significandole.

Medico	Infermiere
<i>dover agire</i>	<i>dover controllare</i>
puntualità	duratività
discontinuità	continuità

5. Corpi mediati, corpi in battaglia: due casi di rappresentazione mediatica dell'emergenza

Soffermandoci sulle logiche soggiacenti al parallelismo bellico, considero pertinente per tale narrazione indagare sulle modalità di articolazione di un altro tipo di testo, due differenti fotografie diffuse in rete, selezionate come oggetto d'analisi, poiché ritenute efficaci nel fare emergere un'altra forma di costruzione della realtà emergenziale e in particolare del tema dell'intercorporeità. Si vedrà come entrambe le immagini si costituiscano rispetto all'associazione dei due universi di senso, la realtà pandemica e quella bellica, mediante però due forme di rappresentazione a differenza.



Fig. 1 – Testimonianza mediatica dell'eroe in battaglia.



Fig. 2 – Testimonianza mediatica del processo di cura.

La prima (Fig. 1), rientra nella categoria dei testi mediatici maggiormente diffusi in rete, in cui si vede rappresentato il volto di un operatore medico, il quale mediante la sua stessa espressione e gestualità si dichiara pronto alla realizzazione della sua *performance*.

La fotografia risalente alla primavera del 2020 dimostra come sia proprio lo spazio del corpo umano a essere implicato nella costruzione delle nuove forme di narrazione pandemica/bellica (cfr. Fabbri 2007). Il soggetto della fotografia è un corpo plasmato, fotografato in primo piano, al fine di far emergere l'espressività di un volto e in particolare di uno sguardo deciso, eroico, i cui confini vengono trasformati dall'azione dei dispositivi protettivi. Infatti, servendosi della forza semiotica del linguaggio del corpo umano, il testo narrativizza l'emergenza in atto testimoniando ed enfatizzando l'eroismo e la forza dell'*expertise* della figura del medico, portatore di un sapere e di una competenza pregressi; quest'ultimo dichiarandosi pronto per iniziare la battaglia, mediante il gesto di sistemazione degli occhiali protettivi. La strategia utilizzata mira così alla diffusione di una realtà emergenziale che esorta un osservatore a prendere atto dello scenario di minaccia e di lotta la cui risoluzione deriva unicamente dalla performance medica, narcotizzando invece la dimensione dell'intercorporeità riguardante il rapporto di cura, su cui invece si basavano le esperienze raccontate.

Emerge dunque come tale rappresentazione mediatica agisca nel costruire e diffondere la portata identitaria del nuovo delegato, valorizzato come l'unico *eroe della battaglia* pandemica, dalla quale poter salvarsi solo grazie al suo *fare*. In riferimento a ciò, è questo il caso in cui la presenza della mascherina risulta efficace nel designare un modo di comunicare l'elevata minaccia del contagio del Covid e dello stato eccezionale di pericolo, aumentando così lo stato di allerta e pericolo.

Inoltre, la questione passionale⁷ funge da ulteriore elemento che condiziona le modalità e le logiche espressive-gestuali del soggetto patemico rappresentato, il medico. Si istituisce così una dialettica tra la dimensione passionale e quella somatica, che diviene funzionale alla diffusione mediatica della narrazione bellica di lotta al virus.

Il secondo testo invece (Fig. 2), risalente anche esso allo stesso periodo, viene costruito rispetto a una strategia di rappresentazione differente, finalizzata a riportare un quadro fedele di quanto accade all'interno di uno dei pronto soccorso del nord Italia. Essa ha infatti l'obiettivo di testimoniare l'oggettività degli eventi in cui la figura del medico viene messa sullo sfondo, poiché sostituita da un'azione collettiva realizzata da molteplici delegati alla cura, intenti nel loro fare.

⁷ In riferimento alla questione passionale nello scenario bellico, cfr. Fabbri, Montanari (2012). Per un approfondimento su una semiotica delle passioni, cfr. Fabbri (2011), Fontanille, Greimas (1991).

Così, a differenza della prima, l'enunciario viene proiettato nello *spazio topico* della battaglia pandemica articolato da specifiche azioni, pratiche mediche questa volta rappresentate nel loro farsi. Emerge dunque una forma di narrazione differente rispetto alla precedente immagine, in quanto in essa non è rappresentato un unico protagonista ma molteplici soggetti che co-agiscono nello spazio medico.

Dunque, attuando un confronto tra le due immagini, emerge una differente modalità di valorizzazione di quanto rappresentato; riprendendo le tipologie riguardanti le *estetiche fotografiche* di Floch (1986) e le considerazioni successive di Lorusso e Violi (2004), la prima immagine riproduce un caso di *fotografia mitica* (Floch 1986) in quanto articola visivamente il senso e i sistemi di valori riguardanti la metafora bellica e la politica dell'emergenza. La sua funzione è quella di magnificare la figura dell'eroe e del suo patriottismo, enfatizzando lo stato di rischio in cui agisce e narcotizzando invece il processo di medicalizzazione, in cui si costituisce il legame sensibile con il paziente; distanziandosi dalla concretezza degli eventi, in cui medico e il paziente interagiscono durante l'atto di cura. Crea così un tipo di *fotografia-simbolo* (Lorusso, Violi 2004), posta in contrapposizione con la seconda, in cui viene documentata una porzione di realtà nel suo farsi; quest'ultima, infatti, rientra in una tipologia di fotografia differente, corrispondente a una *immagine-documento* (*ibidem*), in quanto mette in scena una forma di valorizzazione *referenziale* (Floch 1986) orientata non alla costruzione di una funzione o di un ruolo sociale, ma al racconto dei fatti concreti.

Dunque, individuando una prospettiva passionale ben determinata, riconosco la corporeità come linguaggio efficace per la costituzione di una narrazione generale di uno stato di emergenza, in cui ha preso sempre più forma la diffusione di una relazione di natura fiduciaria nei confronti di una morale collettiva di lotta sociale al virus.

Alla luce dell'indagine su entrambi i *case study*, ritengo sia pertinente soffermarmi su una delle loro principali differenze, soggiacente alla modalità di rappresentazione della battaglia pandemica assunta.

Come è stato anticipato, i testi visivi analizzati si costituiscono rispetto a una strategia di esaltazione della fase della battaglia pandemica, in cui i delegati alla cura vengono percepiti come eroi pronti all'azione, rispetto a una realtà controllata da un regime di *programmazione* (Landowski 2010). In riferimento alle teorie di Landowski, la realtà rappresentata nelle due immagini articola un quadro di programmazione in cui il rischio è già quantificato nell'azione dei medici, in una condizione in cui "la prudenza è la prima delle raccomandazioni e tutto, in linea di massima, è fatto per ridurre il più possibile i rischi di fallimento" (Landowski 2010, p. 107).

Al contrario invece, dalle interviste è stato rilevato che le pratiche di cura *corpo a corpo* sono avvenute in un altro regime di senso, quello dell'*aggiustamento*⁸, differenziabile dal primo per la natura dei rischi che in esso possono sopraggiungere. In quanto, riprendendo il riferimento a Landowski, durante la prima fase pandemica, il fare medico deve rimodularsi rispetto al pericolo di un fenomeno non previsto, l'irruzione e la diffusione del Covid, che limita ogni possibilità di programmazione preliminare; si costituisce un nuovo processo di risemantizzazione relativo alla prassi curativa e riguardante la relazione sensibile tra il medico e il paziente. Secondo Landowski, infatti, si tratta del regime caratterizzato da un fenomeno non programmato dall'uomo. Riconosco tale regime all'interno della fase pandemica iniziale, 2020, in cui le logiche e le modalità di interazione vengono riarticolate rispetto a un quadro di *riprogrammazione* della prassi medica.

6. Conclusioni

Riconosco dunque la pertinenza dei casi d'analisi nelle loro modalità rappresentative e nelle logiche di interazione medica che li regolano; logiche secondo le quali questi stessi casi più di altri dimostrano come la percezione somatica sia individuale che sociale si sia trasformata in funzione del sopraggiungere di uno stato emergenziale.

⁸ Attraverso il regime dell'*aggiustamento*, Landowski esplicita il ruolo del corpo come: "il motore semiotico, capace di fondare un regime di senso non dominato dalla ragione ma dalla sensibilità e sensorialità che precede ogni possibile cognizione" (2010, p. 76).



Così, alla luce di quanto analizzato, risulta che la forza dell'irruzione di un fenomeno non previsto, un attacco immediato all'ordine e alla regolarità generale, sia in grado di stravolgere il senso delle relazioni e dei corpi sia umani che non umani, condizionando la natura di molteplici contesti sociali.

Da ciò è ricavabile il senso che regge la diffusione della narrazione generale di uno stato bellico responsabile di condizionare *in primis* una particolare spazialità, lo spazio del corpo e tutto ciò che la relazione con esso implica. Come è emerso nelle esperienze riportate, ciò avviene mediante l'invasione di molteplici oggetti, dispositivi protettivi agenti in particolare nella corporeità dei medici o degli operatori sanitari; questi ultimi infatti sono divenuti degli *attori ibridi* (Marrone 2013), in quanto composti da "arms and man" (Fabbri, Montanari 2012). Come scrive Montanari (2020), durante la pandemia il concetto di dispositivo si è dilatato, riarticolarlo la sua categoria. La corporeità è stata risemantizzata e riarticolata mediante l'uso certificato dei "dispositivi di protezione individuale (DPI)" del Covid, che proteggendo dal virus e designando la configurazione spaziale di soglia del contagio, hanno determinato una nuova forma di comunicazione, come quella appunto riguardante la relazione di cura.

Concludo così individuando nel periodo attuale una trasformazione narrativa in cui facendo riferimento alla struttura *polemico-contrattuale* (Alonso-Aldama 2006) del processo pandemico, lo stato *polemico* persiste ma in *absentia*, poiché emerge la determinazione di uno stato emergenziale differente, attribuibile a una fase di tregua e di controllo di lotta al virus, caratterizzata sempre da un certo livello di tensione. Dunque, nell'ottica della processualità degli eventi accaduti, considero quanto analizzato aperto a nuove riflessioni e a nuovi studi, in quanto superata quella fase pandemica di maggiore emergenza, si vive in uno stato di convivenza con il virus in cui il pericolo è notevolmente ridotto, seppur presente a causa di imprevedibili picchi di contagio, potenziali responsabili di una nuova fase bellica di lotta al virus.

Bibliografia

Nel testo, l'anno che accompagna i rinvii bibliografici è quello dell'edizione in lingua originale, mentre i rimandi ai numeri di pagina si riferiscono alla traduzione italiana, qualora sia presente nella bibliografia.

- Alonso-Aldama, J., 2006, *Il discorso del terrorismo*, Roma, Meltemi.
- Barcellona, L., Rampoldi, C., 2003 "Introduzione", in G. Manetti, L. Barcellona, C. Rampoldi, a cura, *Il contagio e i suoi simboli*, Pisa, ETS, pp. 11-25.
- Bozzo, L., a cura, 2012, *Studi di strategia. Guerra, politica, economia, semiotica, psicoanalisi, matematica*, Milano, Egea-Bocconi.
- Denis, J., Pontille, D., 2022, *Le soin des choses. Politiques de la maintenance*, Paris, La Découverte.
- Fabbri, P., 2007, "La comunicazione arrischiata: per una semiotica dell'emergenza", in L. D'Alessandro, a cura, *Il gioco dell'intelligenza collettiva e i nuovi percorsi dei significati*, Milano, Edizioni Angelo Guerini e Associati, pp. 81-97.
- Fabbri, P., 2011, "Che rabbia!" in *Alfabeto2*, n. 13, www.alfabeto2.it.
- Fabbri, P., Montanari, F., 2012, "Semio-guerra. Approfondimenti per una semiotica della strategia", in L. Bozzo, a cura, 2012, pp. 159-182.
- Floch, J.-M., 1986, *Les formes de l'empreinte: brandt, Cartier-bresson, Doisneau, Stieglitz, Strand*, Montignac, Éditions FANLAC.
- Fontanille, J., 2004, *Figura del corpo*, Roma, Meltemi.
- Fontanille, J. 2005, "Il malessere", in G. Marrone, a cura, *Il discorso della salute. Verso una sociosemiotica medica*, Roma, Meltemi, pp. 35-50.
- Fontanille, J., Greimas, A. J., 1991, *Semiotique des passions*, Paris, Seuil; trad. it. *Semiotica delle passioni*, Milano, Bompiani 1996.
- Fontanille, J., Zillberberg, C., 1998, *Tension et signification*, Bruxelles, Éditions Mardaga.
- Foucault, M., 1963, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF; trad. it. *Nascita della clinica*, Torino, Einaudi 1969.
- Foucault, M., 1975, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard; trad. it. *Sorvegliare e punire*, Torino, Einaudi 2014.
- Good, B. J., 2006, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Torino, Einaudi.
- Hall, E., 1966, *The Hidden Dimension*, New York, Garden City; trad. it. *La dimensione nascosta*, Milano, Bompiani 1982.
- Hammad, M., 1989, "La privatisation de l'espace", in *Nouveaux actes sémiotique*, nn. 4-5, pp. 159-220.
- Hennion, A., 2015, "Paying Attention. What is Tasting Wine About?", in A. Berthoin Antal, M. Hutter, D. Stark, a cura, *Moments of valuation: exploring sites of dissonance*, Oxford, Oxford University Press, pp. 37-56.
- Landowski, E., 2010, *Rischiare nelle interazioni*, Milano, FrancoAngeli.
- Latour, B., 1992, "Where are the missing masses? The sociology of a few mundane artefacts", in W.E. Bijker, J. Law, a cura, *Shaping Technology / Building Society*, Cambridge (Mass.)-London, MIT Press, pp. 225-258; trad. it. "Dove sono le masse mancanti? Sociologia di alcuni oggetti di uso comune", in A. Mattozzi, a cura, *Il senso degli oggetti tecnici*, Roma, Meltemi 2006, pp. 81-124.
- Lorusso, A., Violi, P., 2004 *Semiotica del testo giornalistico*, Bari, Laterza.
- Marsciani, F., 2005, "Gli spazi della cura", in G. Marrone, a cura, 2005, *Il discorso della salute. Verso una sociosemiotica medica*, Roma, Meltemi, pp. 191-202.
- Marrone, G., 2001, *Corpi sociali*, Torino, Einaudi.
- Marrone, G., 2005, *La cura Ludovico*, Torino, Einaudi.
- Marrone, G., a cura, 2012, *Semiotica della natura*, Milano, Mimesis.
- Mazzucchelli, F., 2021, "La quarta parete di casa", in *Semestrali di Studi e ricerche di geografia*, n. 2, pp. 177-182.
- Merleau-Ponty, M., 1945, *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard; trad. it. *Fenomenologia della percezione*, Milano, Bompiani 2017.
- Montanari, F., 2020, "Dispositivi", in *E/C*, www.ec-aiss.it.