

Atto medico, inaudalgia e ascolto trascendentale

Per una riformulazione fenomenologica della pratica clinica

di Giovanni Scarafile

Abstract: L'atto medico, nella sua concezione corrente, esclude ciò che dovrebbe costituirlo: l'ascolto. Non l'ascolto come cortesia o competenza relazionale, ma come condizione trascendentale — ciò che rende possibile che un'esperienza di malattia emerga come tale. Il saggio introduce la nozione di *inaudalgia*: il dolore che nasce quando la parola del paziente, pur udita, non viene accolta nella sua portata vissuta. Ne deriva una riformulazione: l'atto medico non è originariamente un atto, ma una risposta.

Non si deve mai fare dell'esistenza o dell'essenza dell'uomo globalmente inteso una posta in gioco nelle scommesse dell'agire.

Hans Jonas

Introduzione

Questo saggio intende sostenere una tesi precisa: la nozione di atto medico, così come è comunemente intesa nella teoria e nella pratica clinica, deve essere riformulata includendo tra le sue condizioni costitutive una forma di ascolto non riducibile né a disposizione relazionale né a competenza comunicativa, ma di

ordine trascendentale – ossia orientata alle condizioni di possibilità del senso della pratica e alla sua esposizione all'eccedenza dell'esperienza.

L'ipotesi di fondo è che l'ascolto venga oggi inteso quasi esclusivamente nella sua forma empirica, vale a dire come insieme di atteggiamenti, tecniche o modalità dell'interazione che accompagnano l'atto medico senza inciderne la struttura, talché esso appare come qualcosa che può essere migliorato, modulato o persino sospeso senza che ne venga compromessa l'intelligibilità di fondo; ciò che resta in ombra, in questa prospettiva, è la possibilità che l'ascolto operi a un livello più radicale, non come qualità dell'incontro, ma come condizione che rende possibile che qualcosa come un caso clinico, una domanda o un'esperienza di malattia emerga come tale (cfr. Fonagy, Hepworth 2023).

La tesi che qui si intende argomentare è che senza questa dimensione – che verrà definita come ascolto trascendentale – l'atto medico resta formalmente corretto ma teoricamente incompleto, poiché incapace di mantenere il legame con ciò a cui dovrebbe rispondere: l'esperienza vissuta della malattia e la domanda implicita che essa articola. Il problema, in altri termini, non riguarda il grado di attenzione o di sensibilità del medico, ma il livello al quale si costituisce l'intelligibilità stessa della pratica clinica. Per sviluppare questa tesi, il saggio procederà attraverso tre passaggi: in primo luogo, verrà introdotta la nozione di ascolto trascendentale, distinguendola dalle forme di ascolto che operano all'interno di un quadro di senso già dato; in secondo luogo, sarà analizzato il fenomeno dell'inaudalgia, inteso come forma specifica di sofferenza che emerge quando la parola del paziente, pur essendo materialmente udita, non viene accolta nella sua portata esperienziale; infine, verrà proposta una riformulazione della nozione di atto medico, nel quale l'ascolto trascendentale non si aggiunge

come corredo etico esteriore, ma ne costituisce una condizione interna e irrinunciabile.

1. Oltre l'ascolto empirico: fenomenologia e statuto trascendentale dell'ascolto nella pratica clinica

In un recente convegno internazionale a cui ho partecipato, al termine di un lungo intervento dedicato al senso dell'ascolto nella relazione medico-paziente, mi è stata rivolta una domanda: «e se il paziente chiede di avere il suicidio, il medico dovrebbe ascoltarlo anche in questo caso?». La domanda era formulata con l'aria di chi crede di aver individuato il punto decisivo, la crepa capace di far crollare l'intero edificio; e confesso che la distanza tra ciò che avevo cercato di elaborare e la forma stessa dell'obiezione mi ha lasciato per un istante senza parole – non per la profondità del problema, ma per la sua capacità di collocarsi esattamente fuori dal campo della questione, offrendo un esempio nitido di un riflesso piuttosto diffuso: quello di trasformare un caso limite in una scorciatoia argomentativa, prendendo una situazione estrema, caricandola di tutto il suo peso emotivo e normativo, e utilizzandola come banco di prova definitivo – come se si potesse comprendere il senso di una pratica riducendola al punto in cui essa vacilla.

La domanda non era tanto profonda quanto prevedibile, poiché non interrogava realmente il significato dell'ascolto, ma presupponeva già che esso fosse una variabile opzionale, una disposizione etica applicabile o sospendibile a seconda dei casi. Ed è proprio qui che si annida l'equivoco: ridotto in questo modo, l'ascolto diventa un contorno etico, un elemento decorativo dell'atto medico che sta attorno alla diagnosi e alla terapia sen-

za incidere sulla loro costituzione (Scarafile 2024) – ragione per cui è perfettamente coerente, in questa prospettiva, chiedersi se in certe situazioni sia opportuno ascoltare oppure no, come se si trattasse di modulare il grado di umanità di una pratica che resta, nel suo nucleo, indipendente dalla relazione. Il caso limite non smaschera un limite dell'ascolto, ma un limite del modo in cui lo si è preliminarmente inteso.

Se, invece, si assume sul serio ciò che l'esperienza clinica continuamente mostra, la prospettiva si rovescia: l'ascolto non interviene alla fine come un'aggiunta più o meno opzionale, ma opera all'inizio – rende possibile che qualcosa come un caso emerga, che una domanda prenda forma, che un sintomo diventi dicibile e quindi conoscibile – e, prima ancora di essere una scelta etica, si configura come condizione di intelligibilità.

Qui il riferimento alla fenomenologia della malattia diventa decisivo, perché, come scrive Carel, «Non è sufficiente considerare la malattia come un'entità nel mondo che può essere studiata con gli strumenti della scienza. Per comprendere pienamente la malattia, essa deve essere studiata anche come esperienza vissuta» (Carel 2016, p. 1); se la malattia deve essere compresa anche come esperienza vissuta, l'ascolto non è una cortesia aggiunta al sapere clinico, ma il luogo in cui tale esperienza può apparire come tale. Questo passaggio è richiesto dalla natura stessa della malattia, che Carel definisce come «una trasformazione completa della propria vita» e, ancora più radicalmente, come «un crollo di significato nella vita della persona malata» (Carel 2016, p. 14). Dunque, se la malattia trasforma globalmente la vita e incrina le strutture del senso, un ascolto meramente empirico o psicologico risulta insufficiente, e si rende necessaria una nozione più esigente – quella di un ascolto in senso trascendentale.

Si consideri, per cogliere concretamente la differenza, una si-

tuazione clinica ordinaria nella quale un medico, dopo aver comunicato una diagnosi severa, si disponga ad ascoltare il paziente nel senso più comune del termine: non lo interrompe, lascia che parli, mostra empatia, cerca di non apparire freddo o meramente procedurale. Tutto questo può risultare apprezzabile e tuttavia mancare ciò che qui è in questione, poiché proprio nel momento in cui il paziente parla, ciò che egli dice viene già preliminarmente tradotto entro categorie funzionali che il dispositivo della pratica ha predisposto, sicché il medico ascolta soltanto ciò che il proprio quadro di intelligibilità gli consente già di riconoscere – il “detto” in quanto già ricondotto al “noto” – mentre non ascolta il punto in cui, dentro il detto, si produce un’incrinatura dell’ordine di senso presupposto. Se il paziente dicesse «Non voglio essere trattato come un corpo da riparare», un ascolto soltanto psicologico o relazionale potrebbe immediatamente tradurre questa frase nei codici consueti – un timore, un bisogno di assicurazione – ma proprio in questa traduzione verrebbe smarrito il massimo rilievo fenomenologico ed etico di quella parola, la quale non esprime soltanto uno stato interno, bensì interrompe il regime di intelligibilità entro cui la relazione è stata ordinata.

È a questo livello che emerge la differenza tra ascolto empirico – ossia l’ascolto concepito come disposizione di tatto o di benevolenza aggiunta a una pratica la cui intelligibilità si presume già data – e ascolto trascendentale: il primo può rendere più umana la superficie della relazione, può attenuare la brutalità dell’interazione, può perfino produrre un certo effetto di riconoscimento soggettivo, ma non interroga le condizioni di possibilità della pratica, non porta alla luce il quadro di senso che la regge, non si espone al punto in cui tale quadro viene ecceduto da qualcosa che non vi trova immediata collocazione, e resta perciò intra-sistemico – umanizza la forma dell’incontro, ma non mette a tema il

sistema di attese, di ruoli e di criteri di adeguatezza che lo rende ciò che esso è.

Per ascolto trascendentale si deve intendere una postura di comprensione che non si limita a registrare empiricamente comportamenti, enunciati, preferenze, emozioni o vissuti, e che nemmeno si esaurisce nella raccolta delle auto-descrizioni degli attori, bensì mira a cogliere, dall'interno dell'esperienza concreta, le condizioni di possibilità che rendono una pratica intelligibile come tale, insieme al punto in cui tali condizioni vengono scosse o rimesse in questione da ciò che irrompe in essa come "alieno". L'aggettivo trascendentale, in questo contesto, non rimanda affatto a una posizione esterna, sovra-esperienziale o astrattamente *a priori*, ma designa quel movimento dell'analisi che, restando dentro l'esperienza, non si arresta a ciò che vi appare in superficie, bensì cerca ciò che la rende possibile, ciò che permane nella variazione storica delle sue forme, e insieme ciò che, in ciascuna forma storicamente determinata, non si lascia del tutto integrare nell'ordine che essa istituisce.

L'ascolto trascendentale è orientato, in primo luogo, verso le "strutture invarianti di senso" – ciò che deve essere già operante perché una pratica possa apparire come ciò che è e non come una mera successione di gesti e di procedure: in un colloquio clinico, non basta che due soggetti si trovino nello stesso spazio e parlino, ma occorre che sia operante un orizzonte di cura, una distribuzione asimmetrica delle responsabilità, un criterio che distingua il dato clinico dalla dispersione discorsiva. Tali strutture, tuttavia, non sono mai puramente semantiche, poiché il senso di una pratica è sempre già intrecciato a una normatività interna che si esercita dall'interno del suo funzionamento. Per questa ragione, un secondo tratto dell'ascolto trascendentale consiste nella capacità di portare alla luce la trama normativa implicita di ogni pratica

concreta (cfr. Korsgaard 1996) – quella normatività silenziosa che precede i giudizi morali formalizzati e i dispositivi deontologici, il che significa che l'etico non sopraggiunge come applicazione esterna di principi generali, ma è già inscritto nella struttura della pratica.

Diventa allora chiaro il ruolo del contesto, inteso non come sfondo empirico, ma come forma di vita – quel tessuto pratico condiviso nel quale si stabilizzano modi di agire, di interpretare e di attribuire significato, e dentro il quale i ruoli acquistano riconoscibilità normativa. Una stessa frase non possiede lo stesso senso in un'aula universitaria e in una stanza d'ospedale, non perché muti il tono dell'interazione, ma perché muta l'orizzonte di fini e di criteri di adeguatezza che rende intelligibile l'evento della parola; e l'ascolto trascendentale è inseparabile da una comprensione forte del contesto, perché sa che nessun enunciato è pienamente comprensibile se viene isolato dalla forma di vita che ne organizza la portata. Da questa comprensione emergono le “attese normative” (Waldenfels 2011) – pretese interne di correttezza che la pratica genera in forza del proprio *telos* e che in ambito clinico riguardano, tra le altre cose, la proporzionalità dell'intervento, la non riduzione della persona a oggetto tecnico, la veridicità situata della comunicazione, la capacità di discernere ciò che in quella concreta situazione è clinicamente ed eticamente appropriato.

2. Inaudalgia come indicatore critico della pratica clinica

Nel contesto sanitario, l'inaudalgia designa una forma specifica di sofferenza che si produce quando la parola del paziente, pur essendo materialmente udita, non viene accolta nella sua portata esperienziale — vale a dire quando essa viene immediatamente

ricondata a un sistema di significati già disponibile, clinico, organizzativo o procedurale, senza che la relazione venga realmente modificata da ciò che il paziente esprime. Non si tratta, in questo senso, di un semplice deficit comunicativo né di una carenza relazionale genericamente intesa, ma di un evento che incide sulla costituzione stessa dell'esperienza di cura. Un'indicazione convergente si trova in Jaspers, secondo cui le esperienze interiori che non trovano spazio di espressione ed elaborazione tendono a produrre effetti più intensi: «Quando esperienze interiori sgradevoli vengono ostacolate nella loro manifestazione, quando vengono “inghiottite”, allontanate, di proposito spinte da parte e dimenticate, “represe”, senza che ne sia fatta una elaborazione intellettuale, esse hanno ripercussioni più forti dell'ordinario» (Jaspers 1964, p. 400).

Per comprendere la qualità propria di questo dolore, occorre partire dal fatto che il paziente non entra nella relazione di cura come portatore neutro di informazioni, ma come coscienza già alterata dall'evento della malattia (cfr. Husserl 2008), la quale modifica la percezione del corpo, interrompe la continuità del tempo vissuto e destabilizza l'orizzonte delle attese. Carel osserva che «la malattia cambia il modo in cui la persona malata esperisce il mondo e il modo in cui lo abita» e che un mutamento di tale ampiezza «merita, o spesso semplicemente richiede, un'attenzione filosofica» (Carel 2016, p. 4), il che implica che la parola del paziente non trasmette semplicemente dati, ma tenta di articolare un mondo nel quale il corpo, da fondo tacito dell'esperienza, diviene presenza problematica, il futuro si trasforma in possibilità incerta e l'ovvio si opacizza.

La riflessione di Svenaeus è in questa cornice particolarmente feconda: il corpo, scrive, «rappresenta il più fondamentale essere-a-casa e, al tempo stesso, il potenziale non-essere-a-casa della

persona in questione»; e ancora: «Il non-essere-a-casa nel corpo può manifestarsi in qualsiasi momento [...] ma viene intensificato e portato al punto di costituire un grave disturbo in varie forme di malattia» (Svenaeus 2013, p. 99). La malattia non aggiunge soltanto un contenuto doloroso alla vita del soggetto, ma rende inquietante il luogo stesso del suo abitare originario, sicché la parola che tenta di dire questa condizione non è mai un semplice mezzo di comunicazione, bensì il tentativo di articolare un'esperienza che eccede le categorie disponibili e che cerca, nella relazione clinica, riconoscimento e riorganizzazione.

Quando questa parola non trova ascolto, ciò che viene respinto non è un contenuto isolato, ma una richiesta di riconfigurazione del campo relazionale; l'inaudalgia è il dolore che nasce quando l'esperienza vissuta della malattia non riesce a transitare in forma efficace dentro la pratica che dovrebbe farsene carico. Perciò essa è intimamente legata alla distinzione, messa in luce da Toombs, fra malattia come vissuto e malattia come stato patologico: «il fenomeno della malattia-in-quanto-vissuta è del tutto distinto dal fenomeno dello stato patologico e i due non possono essere identificati l'uno con l'altro» (Toombs 1992, p. XV). Se questa distinzione viene neutralizzata, il paziente può essere correttamente diagnosticato e trattato, ma non realmente accolto nella verità di ciò che vive.

L'inaudalgia, peraltro, non riguarda soltanto il paziente: l'effetto della sordità relazionale si riflette anche sul medico, poiché quando la pratica riduce ciò che accade a ciò che è già previsto dalle proprie categorie, essa impoverisce anche la capacità del professionista di rispondere in modo adeguato. Toombs lo mostra con chiarezza quando afferma che medico e paziente «comunicano abitualmente tra loro dall'interno di "mondi" differenti, ciascun "mondo" fornendo un orizzonte di significato unico»

(Toombs, 1992, p. XV). Se questa differenza non viene riconosciuta, il circuito interpretativo tende a chiudersi, attribuendo la difficoltà alla resistenza o alla fragilità del paziente, mentre resta in ombra l'incapacità della pratica di lasciarsi modificare da ciò che accade in essa – e può così emergere una sofferenza professionale legata al divario tra ciò che la pratica richiede e ciò che si riesce effettivamente a realizzare, una tensione che si manifesta come stanchezza relazionale, irrigidimento operativo o distacco emotivo, mostrando come l'inaudalgia del paziente si rifletta nel medico come impoverimento del suo orizzonte di azione.

Ne deriva una conseguenza teoricamente rilevante: l'inaudalgia non va concepita come fenomeno individuale, ma come patologia della relazione di cura – un indicatore critico che segnala come il nesso tra vulnerabilità, ascolto e risposta non si sia compiuto. La fenomenologia del corpo malato permette qui un ulteriore approfondimento: Svenaeus scrive che «l'esperienza del corpo proprio come inquietante è un'esperienza spaventosa e terrificante perché rivela un non-essere-a-casa che è nascosto nel nucleo stesso del nostro più intimo essere-a-casa: il corpo» (Svenaeus 2013, p. 100).

L'inaudalgia, nella situazione clinica, può essere letta come il corrispettivo relazionale di questa inquietudine: non soltanto il corpo diventa *unheimlich* (perturbante, non familiare), ma anche la relazione che dovrebbe restituire orientamento e dimora si rivela inabitabile.

3. Riformulare l'atto medico: normatività, eccedenza dell'esperienza e statuto trascendentale dell'ascolto

Alla luce del percorso svolto, diventa ora possibile – e necessario – riportare il discorso all'atto medico, non semplicemente come

applicazione di quanto detto, ma come luogo teorico in cui si gioca la portata più radicale della nozione di ascolto trascendentale. La tesi che intendo argomentare è che l'atto medico, così come tradizionalmente concepito, risulti strutturalmente incompleto se non include, tra le sue condizioni costitutive, una forma di ascolto che non sia meramente empirica, psicologica o deontologica, ma trascendentale – ossia orientata alle condizioni di possibilità del senso della pratica e alla sua esposizione all'eccedenza dell'esperienza. Occorre partire da una constatazione fenomenologica: ciò che chiamiamo atto medico non è mai un gesto puramente tecnico né una sequenza causale tra diagnosi, decisione e intervento, poiché esso si colloca sempre all'interno di una pratica nella quale sono iscritti fini, ruoli e criteri di adeguatezza – una trama di senso e di normatività implicita che ne orienta la possibilità stessa. Proprio questa struttura, tuttavia, rischia di produrre autoreferenzialità: quando il paziente viene compreso esclusivamente come portatore di dati clinici, la pratica mantiene la propria coerenza interna ma perde il contatto con l'esperienza vissuta della malattia e la domanda che essa articola.

Il richiamo a Carel e a Toombs converge qui in modo denso: da un lato, l'insistenza sul fatto che la malattia va compresa come trasformazione globale del mondo del paziente; dall'altro, la dimostrazione che medico e paziente non si muovono spontaneamente nel medesimo orizzonte di senso. Per questo Toombs può affermare che «l'atto della guarigione richiede che medico e paziente condividano una comprensione comune della malattia del paziente» (Toombs 1992, p. 89): se non vi è questa comprensione condivisa, può darsi trattamento, ma non ancora pienamente cura.

L'atto medico, dunque, non può essere definito unicamente in termini di correttezza tecnica o di conformità a protocolli, ma deve essere compreso come risposta a una situazione che “prece-

de" il soggetto e lo interpella: non è il medico che semplicemente applica un sapere a un caso, ma è la situazione che, nella sua concretezza irriducibile, chiede di essere interpretata e a cui occorre rispondere in modo appropriato.

L'atto medico non è originariamente un atto, ma una risposta – e questa trasformazione prospettica ha conseguenze rilevanti, poiché implica che esso non possa essere compreso a partire da un modello in cui il soggetto agisce sovranamente sulla base di informazioni già determinate, ma debba essere pensato a partire da una struttura nella quale qualcosa accade prima che il medico intervenga, qualcosa che lo raggiunge, lo riguarda e lo obbliga a prendere posizione (Scarafile 2016). Il paziente, con la sua parola, con il suo corpo, con il suo silenzio, non è oggetto di osservazione, ma ciò a cui si risponde.

L'apertura propria dell'ascolto trascendentale è decisiva per almeno tre ragioni che meritano di essere distinte analiticamente: in primo luogo, la pratica clinica è intrinsecamente esposta a un'eccedenza di senso che non può essere interamente catturata da categorie predefinite, poiché la singolarità del paziente, della sua storia, del suo modo di abitare il corpo malato eccede costantemente la griglia interpretativa disponibile; in secondo luogo, le attese normative della pratica non sono completamente esplicitabili in forma di regole, poiché emergono nel concreto dell'agire e richiedono una capacità di discernimento situato che nessun codice può integralmente anticipare; in terzo luogo, la relazione di cura implica una dimensione di riconoscimento che nessuna procedura standardizzata può garantire, giacché il paziente non chiede soltanto un intervento, ma di essere riconosciuto nella propria unicità. Tale riconoscimento non è un atto aggiuntivo, ma una condizione di intelligibilità della pratica stessa, senza la quale ciò che il medico fa può essere corretto, ma non pienamente significativo.

Si potrebbe allora formulare la seguente definizione: l'atto medico è l'insieme delle operazioni attraverso cui un professionista della salute risponde, in modo tecnicamente competente e normativamente adeguato, a una situazione di vulnerabilità che lo interpella, lasciandosi guidare non solo da conoscenze oggettive, ma anche dall'ascolto delle condizioni di senso e delle eccedenze che tale situazione manifesta. In questa formulazione, l'ascolto trascendentale non è un'aggiunta, ma una componente interna dell'atto stesso: senza di esso, l'atto medico resta incompleto – e l'incompletezza di cui si parla non è un difetto morale, bensì un limite strutturale, giacché non si tratta di rendere la medicina più umana nel senso di aggiungere empatia a una pratica già definita, ma di riconoscere che la pratica stessa, per essere pienamente ciò che è, deve includere una dimensione di ascolto capace di interrogare il proprio ordine e di aprirsi all'eccedenza dell'esperienza.

Solo in questo modo l'atto medico può sottrarsi alla doppia riduzione che lo minaccia – quella tecnicistica, che lo riduce a prestazione, e quella relazionale superficiale, che lo dissolve in semplice scambio comunicativo – e può essere restituito a ciò che esso, nella sua forma più alta, è sempre già stato: il luogo in cui un sapere rigoroso accetta di lasciarsi istruire da ciò che non sa ancora, in cui la competenza non si chiude nella propria autosufficienza ma si espone alla singolarità irripetibile di chi chiede aiuto, e in cui la risposta del medico – proprio perché nasce da un ascolto che non anticipa ciò che deve emergere – raggiunge quella pienezza che nessun protocollo, da solo, può conferirle. L'atto medico, in definitiva, non è semplicemente ciò che il medico fa: è ciò che accade quando un sapere ha il coraggio di rimanere in ascolto di ciò che lo eccede – e proprio in questo coraggio ritrova la propria dignità più profonda.

Riferimenti bibliografici

- Carel H. (2016), *Phenomenology of illness*, Oxford University Press, Oxford.
- Fonagy P., Hepworth M., Campbell C. (2023), *Theoretical models of psychodynamic psychotherapy*, in Crisp H., Gabbard G.O. (a cura di), *Gabbard's textbook of psychotherapeutic treatments* (2nd ed.), American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC.
- Husserl E. (2008), *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica. Libro primo: Introduzione generale alla fenomenologia pura*, Mondadori, Milano.
- Jaspers K. (1964), *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Korsgaard C.M. (1996), *The sources of normativity*, Cambridge University Press, New York.
- Scarafile G. (2016), *Controversies on body: Brief remarks on the nexus between the ethics of communication and the altruistic convenience in the doctor-patient relationship*, in «Pragmatics & Cognition», 23(3), pp. 486-500.
- Id. (2024), *La spina nella carne: Cinque lezioni sul dialogo*, Yod Institute.
- Svenaeus F. (2013), *The body as alien, unhomelike, and uncanny*, in Id., *The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health: Steps towards a philosophy of medical practice*, Springer, Berlin-London, pp. 101-120.
- Toombs S.K. (1992), *The meaning of illness: A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*, Springer, Dordrecht.
- Waldenfels B. (2011), *Phenomenology of the alien: Basic concepts*, Northwestern University Press, Evanston, IL.